L 24 KA 132/11

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 36/07
Datum
07.09.2011
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 132/11
Datum
06.09.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Abschnitt III Ziffer 3.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen (BRLV) durch die kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs 4 SGB V zum 1. Januar 2005 ist auch dann verbindlich, wenn ein Honorarverteilungsvertrag keine eigene die Förderpflicht für Gemeinschaftspraxen und MVZ im früheren § 87 Abs 2a Satz 1 SGB V umsetzende Regelung trifft, auch wenn ansonsten die Übergangsvorschrift III Ziffer 2.2 BRLV einschlägig ist.
Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht der Honorarbescheid, den die Beklagte der Klägerin für das zweite Quartal 2005 erstellt hat.

Die Klägerin ist ein seit dem 1. April 2005 nach § 95 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ). Es bestand im Quartal 2005/II aus einem Facharzt für Orthopädie und einem Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten.

Mit Honorarbescheid vom 27. Oktober 2005 gewährte die Beklagte für 2.425 HVV-relevante Behandlungsfälle ein Bruttohonorar in Höhe von 57.885,24 EUR. Die durchschnittliche Fallzahl betrug 1.270 und die Grenzfallpunktzahl 860. Als Korrekturfaktor wurde 1,0 zugrunde gelegt.

Die Klägerin erhob Widerspruch. Das Honorar liege mehr als 30 % unter der Abrechnung der bis zum 31. März 2005 bestehenden Einzelpraxen. Hier sei aber die Besonderheit zu berücksichtigen, dass zwei bestehende Praxen mit einem bestehenden Patientenstamm zusammengelegt worden seien.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 9. März 2007 zurück. Im streitbefangenen Quartal habe der ab dem 1. April 2005 gültige Honorarverteilungsvertrag (HVV; in der Fassung vom 19. Mai 2005, modifiziert durch den Beschluss der Vertreterversammlung vom 17. Februar 2006 Anwendung gefunden). Die Honorarabrechnung sei HVV konform. Der Korrekturfaktor sei nach § 10 Abs. 4 HVV zu Recht auf 1,0 festgesetzt worden. Danach ergebe sich der praxisindividuelle Fallzahlkorrekturfaktor aus dem Verhältnis der individuellen Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 10 Abs. 1 HVV zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe gemäß Anlage I zum HVV im Basiszeitraum IV/2003 bis III/2004. Liege das erste Abrechnungsquartal nach dem 31. Dezember 2002 und seien noch keine acht Abrechnungsquartale vergangen, werde der Faktor mit 1,0 festgelegt. Da die Klägerin erst zum 1. April 2005 als MVZ aus zwei Einzelpraxen gegründet worden sei, sei hier nach § 10 Abs. 4 HVV ein Korrekturfaktor von 1,0 zuzuordnen gewesen. Es handele sich um eine neu gegründete Praxisform, so dass ein Honorarvergleich mit den vorangegangenen Einzelpraxen nicht möglich sei. Die durchschnittliche Fallzahl und die Grenzfallpunktzahl würden in einem MVZ gebildet, indem die Durchschnittsfallzahl der vertretenen Arztgruppen addiert und dann durch die Anzahl der tätigen Ärzte dividiert werde. Ebenso verhalte es sich bei der Grenzfallpunktzahl. Im Ergebnis sei ein gewichteter Mittelwert (§ 10 Abs. 3 HVV) zu bilden gewesen. Die Beklagte habe auch die Möglichkeit der Anpassung der HVV-relevanten Parameter geprüft. Eine Erhöhung nach § 10 Abs. 4 letzter Satz HVV in Verbindung mit C. Nr. 1.1. und B. Abs. 3 der Richtlinie zum HVV (RiLiHVV) sei nicht möglich, da es sich hier um das erste Abrechnungsquartal handele. Deshalb sei auch Punkt C. Nr. 3 RiLiHVV nicht anzuwenden. Nach § 12 Abs. 1 HVV sei eine Anpassung im Widerspruchsverfahren möglich, wenn beispielsweise Praxisschließungen oder ähnliches innerhalb der letzten vier Quartale erfolgt seien und dadurch eine Fallzahlsteigerung im Quartal des Widerspruchs und damit eine Überschreitung des Korrekturfaktors vorliege. Da der reale Korrekturfaktor im II. Quartal 2005 bei 0,95 gelegen habe, sei eine Erhöhung nicht möglich. D Nr. 3.1 RiLiHVV sei nur anzuwenden, wenn Änderungen innerhalb eines bestehenden MVZ erfolgten. Eine Änderung der Zusammensetzung der Klägerin sei aber nicht erfolgt. Zunächst seien in diesem Quartal Dr. E. als Orthopäde und Dr. H. als HNO-Arzt tätig gewesen. Diese seien

zuvor in Einzelpraxis mit einem Korrekturfaktor von 1,0 und 1,5 tätig gewesen. Beide seien zwar während des II. Quartals 2005 ausgeschieden, jedoch sei die Anstellung von zwei neuen Ärzte (ein Orthopäde und ein HNO-Arzt) erfolgt, so dass eine Veränderung der Arztanzahl im II. Quartal 2005 nicht vorliege. Auch im Rahmen einer Einzelfallentscheidung komme eine Erhöhung des Korrekturfaktors im II. Quartal 2005 nicht in Betracht. Eine Erhöhung des Korrekturfaktors aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfes (Punkt D. Nr. 4 RiLiHVV) scheide aus, da eine tatsächliche Überschreitung des Korrekturfaktors im II. Quartal 2005 nicht vorgelegen habe. D Nr. 5.1 RiLiHVV sei nicht anzuwenden gewesen, da dies die Tätigkeit von mehr als drei Ärzten im MVZ vorausgesetzt hätte und bei der Klägerin nur zwei Ärzte beschäftigt gewesen seien. Eine Erhöhung der Grenzfallpunktzahl nach D. Nr. 8 RiLiHVV scheide aus, da weder ein besonderes Leistungsspektrum noch eine besondere Patientenstruktur vorgelegen habe.

Hiergegen hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Potsdam (SG) Klage erhoben. Ihr stehe ein höheres Honorar zu, insbesondere sei der Korrekturfaktor auf mindestens 1,25 zu erhöhen. Es sei unzureichend berücksichtigt worden, dass zwei bestehende Einzelpraxen zusammengelegt worden seien und somit kein neuer Anbieter entstanden sei. Es handele sich hier um eine ähnliche Situation wie bei einer Praxisübernahme oder einer Praxisnachfolge, so dass der Korrekturfaktor der Vorgängerpraxis zu übernehmen sei. Die Beklagte habe bereits den verbindlichen Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129= B-2649 = C-2525; BRLV) nicht vollständig umgesetzt. Die von der Beklagten angegebene Ziffer 2.2. BRLV in dessen Abschnitt III (nachfolgend nicht mehr mitzitiert) decke nicht die Regelung des Punktes 3.2.2. im Beschluss, wonach für Gemeinschaftspraxen und MVZ Zuschläge zu gewähren seien. Nach der Regelung D. Ziffer 5.1. RiLiHVV sei eine Erhöhung des Korrekturfaktors bei einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ nur möglich, wenn dort mehr als drei Ärzte tätig seien. Dies stehe im Widerspruch zum Beschluss des Bewertungsausschusses, der keine Mindestzahl vorgebe. Der Bescheid sei daher ermessenfehlerhaft und die Beklagte sei zur Neubescheidung zu verurteilen

Der Beklagte hat über die Begründung des Widerspruchsbescheides hinaus vorgebracht, Voraussetzung nach D 1.2. RiLiHVV sei die Übernahme einer Praxis, was vorliegend zu verneinen sei. Die Zählung der Behandlungsfälle beruhe auf § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) und § 25 Abs. 1 Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä), die nach § 4 Abs. 1 BMV-Ä und § 8 Abs. 1 EKV-Ä für MVZ entsprechend anzuwenden seien (Verweis auf Bundessozialgericht -BSG-, Urt. v. 20. April 2004 -B 6 KA 15/04 R). Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 sei im Quartal 2005/II nicht anzuwenden gewesen, weil 2.2 BLRV bestimme, dass, soweit zum 31. März 2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden seien, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in § 85 Abs. 4 SGB V vergleichbar seien, diese bis zum 31. Dezember 2005 fortgeführt werden könnten, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene das Einvernehmen hierzu hergestellt hätten. Dies sei vorliegend erfolgt. In Brandenburg gebe es bereits seit 2002 arztgruppenspezifische Grenzwerte, die genau die Auswirkungen hätten, die der Gesetzgeber mit der Einführung der Regelleistungsvolumen bezweckt habe. Aufgrund 2.2 BLRV sei es dabei nicht darauf angekommen, dass sich jede einzelne Regelung der bundeseinheitlichen Vorgabe des Bewertungsausschusses in den Honorarverteilungsverträgen habe widerspiegeln müssen. Im Übrigen habe es auch im zweiten Quartal 2005 für Gemeinschaftspraxen und MVZ in D 5.1. RiLiHVV Sonderregelungen gegeben. Allerdings sei für deren Anwendung eine Kooperation von mehr als drei Ärzten Voraussetzung gewesen.

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 7. September 2011 (GA Bl. 178) unter Aufhebung des streitgegenständlichen Honorarbescheides zur Neubescheidung verpflichtet. Zur Begründung hat es ausgeführt, grundsätzlich sei der hier zugrunde liegende HVV der Beklagten nicht zu beanstanden. Die Beklagte habe die sich aus § 85 Abs. 4 SGB V ergebenden Vorgaben in nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßender Form umgesetzt. Auch die Vorgaben aus dem BLRV habe sie umgesetzt, allerdings mit Ausnahme der Vorgaben nach Ziffer 3.2.2 Satz 2 BRLV zu Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren. Die Vorgabe des Bewertungsausschusses spiegele sich weder in dem Honorarverteilungsvertrag noch in der Richtlinie zum Honorarverteilungsvertrag ausreichend wider. § 10 Abs. 5 HVV regele lediglich, dass die Regelungen zur Bildung des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis entsprechend für Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren gelte. Entgegen ihrer Auffassung könne sich die Beklagte hier nicht mit Erfolg auf Ziffer 2.2 BRLV berufen. Das grundlegende gesetzgeberische Ziel - die Bildung von arztgruppenspezifischen Grenzwerten und einen festen Punktwert - habe die Beklagte zwar in dem HVV umgesetzt, weil diese Vorgaben des Gesetzgebers bereits in dem zuvor geltenden HVM der Beklagten enthalten gewesen seien. Sie habe jedoch bei der Bildung der Regelleistungsvolumina für Gemeinschaftspraxen und MVZ nicht die Vorgaben des Bewertungsausschusses berücksichtigt. Allein die Nutzung des Korrekturfaktors zur Erweiterung des Regelleistungsvolumens anhand der Behandlungsfälle werde den Organisationsformen einer Gemeinschaftspraxis oder der eines medizinischen Versorgungszentrums nicht gerecht. Diese würden insbesondere unter Berücksichtigung der Definition eines Behandlungsfalles in diesen Kooperationsformen nach den Regelungen der Bundesmantelverträge ggf. benachteiligt (§ 21 Abs. 1 Satz 7 BMV-Ä und § 25 Abs. 1 Satz 7 EKV- Ä). Danach gälten alle in einer Einrichtung nach § 311 SGB V oder einem medizinischen Versorgungszentrum bei einem Versicherten pro Quartal erbrachten Leistungen als ein Behandlungsfall. Das Bundessozialgericht habe dazu ausgeführt, dass diese normativ verbindlichen Regelungen grundsätzlich auch für die Honorarverteilung der KÄVn gälten und zwar unabhängig davon, dass in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V Leistungen verschiedener Arztgruppen erbracht werden könnten und die Behandlungsdichte im einzelnen Behandlungsfall deshalb möglicherweise höher sei als bei Behandlungsfällen in einer einzelnen Arztpraxis. Insbesondere die Bezugnahme auf das medizinische Versorgungszentrum im Sinne von § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V lasse erkennen, dass die Partner der Bundesmantelverträge das Problem gesehen hätten, dass in derartigen ärztlich geleiteten Einrichtungen für den einzelnen Patienten Leistungen auf verschiedenen Fachgebieten erbracht werden können. Deshalb würden diese Organisationsformen jedoch gegenüber Einzelpraxen benachteiligt.

Die Ermächtigung für die Sonderregelung in Ziffer 3.2.2 BRLV ergebe sich als expliziter Regelungsauftrag an den Bewertungsausschuss aus § 87 Abs. 2 a Satz 1 SGB V, wonach Gemeinschaftspraxen und andere Kooperationsformen zu fördern seien (Bezugnahme auf BSG, Urt. v. 17. März 2010 -B 6 KA 41/08 R- SozR 4-2500 § 87 Nr. 21). Die in D Nr. 5.1 RiLiHVV vorgesehene Regelung zur Förderung dieser Organisationsformen werde den verbindlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht gerecht, da hier mindestens drei Ärzte tätig sein müssten und der Nachweis eines Anteils von mehr als 15% gemeinsamer Fälle erfolgen müsse. Die Regelung werde auch von der Öffnungsklausel in Ziffer 2.2 BRLV nicht gedeckt. Denn die Öffnungsklausel verlange eine Vergleichbarkeit der Auswirkungen der Steuerungsinstrumente, also der Honorarverteilungsergebnisse, die sie bewirkten. Eine Vergleichbarkeit der Ziele genüge nicht (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 17. März 2010, B 6 KA 43/08 R, in: SozR 4-2500 § 85 Nr. 54). Entgegen der Ansicht der Beklagten sei die Vorgabe des Bewertungsausschusses in Ziffer 3.2.2. BRLV umzusetzen gewesen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses regele in Ziffer 3.2.2 ausdrücklich, dass für Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren ein Aufschlag zur Fallpunktzahl zu erfolgen habe.

Fehle eine derartige Regelung, sei nach § 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V die Vorgabe des Bewertungsausschusses Bestandteil des Honorarvertrages. Die insoweit hier nur in der Richtlinie zum HVV enthaltene, mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vereinbare Regelung sei daher als nachrangig anzusehen. Entsprechend den allgemeinen Grundsätzen der Normengeltung und -hierarchie folge hieraus, dass die im Verhältnis zu den höherrangigen Regelungen des Bewertungsausschusses nachrangigen Bestimmungen des HVV rechtswidrig und damit unwirksam seien (Bezugnahme auf BSG, Urt. v. 3. Februar 2010 –B 6 KA 31/08 R- SozR 4-2500 § 85 Nr. 53 m. w. N.). Dass die im Beschluss des Bewertungsausschusses geregelte Begünstigung von Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und ähnlichen Einrichtungen rechtmäßig sei, habe die Rechtsprechung zwischenzeitlich bestätigt (Bezugnahme auf BSG, SozR 4-2500 § 87 Nr. 21 m. w. N.).

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten: Die Anwendbarkeit der Ziffer 3.2.2 BRLV hänge davon ab, ob die bei der Klägerin bis zum 31. März 2005 vorhandenen Steuerungsinstrumente mit den Vorgaben des § 85 Abs. 4 SGB V vergleichbar gewesen sei. Auch das BSG habe in seiner Entscheidung vom 17. März 2010 (B 6 KA 43/08 R) zum Ausdruck gebracht, dass es vorrangig auf die im Gesetz normierten Mechanismen fester Punktwert und arztgruppenspezifische Grenzwerte ankomme, aus denen sachlogisch folge, dass bei deren Vorhandensein den gesetzgeberischen Vorgaben weitgehend entsprochen werde. Der Gesetzgeber sehe in § 85 Abs. 4 SGB V keine besondere Honorarverteilungsregelungen für Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren vor. Das Vorhandensein derartiger Vorschriften im Honorarverteilungsvertrag bis zum 31. März 2005 sei damit keine Tatbestandsvoraussetzung für deren Fortgeltung mit der Folge der Nichtanwendbarkeit des BRLV gewesen. Der Regelungsauftrag des Gesetzgebers an den Bewertungsausschuss in § 87 Abs. 2a 5GB V, sei im Rahmen der Leistungsbewertung im einheitlichen Bewertungsmaßstabe ergangen und habe in Ziffer 2.2 BRLV keine Berücksichtigung gefunden. Zur Frage der Anwendbarkeit der Ziffer 2.2 BRLV habe der 6. Senat des BSG bereits mehrfach in ihrem Sinne entschieden (Urteile vom 3. Februar 2010 -B 6 KA 31/08 R; 17. März 2010 -B 6 KA 43/08 R; 18. August 2010 -B 6 KA 27/09; 14. Dezember 2011 -B 6 2012 -B 6 KA30/11R, juris). An der Honorarverteilungssystematik hätten die Vertragspartner bis zum 31. Dezember 2008 grundsätzlich nichts geändert und die weitere Fortgeltung auf die jeweiligen Verlängerungen der Übergangsregelung gestützt. Die inhaltliche Ausgestaltung der fortgeführten Honorarverteilungsregelungen erfüllten zudem die tatbestandlichen Anforderungen der Übergangsregelung. Insofern unterschieden sich die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten entscheidend von denen, die bisher in den o. g. Verfahren vor dem Bundessozialgericht einer Überprüfung unterzogen worden seien und sämtliche als nicht unter die Übergangsregelung des Abschnitts III Ziffer 2.2 des o. g. Beschlusses fallend beurteilt worden seien. Aus der Rechtmäßigkeit und Wirksamkeit der fortgeführten Honorarverteilungsregelungen folge deren uneingeschränkte Anwendung bei der Honorarfestsetzung des hier streitbefangenen Quartals und die Nichtanwendbarkeit der einzelnen Vorgaben der Ziffer 3 BRLV. Abweichendes folge auch nicht aus der von der Klägerin angeführten Entscheidung des BSG vom 17. März 2010 (B 6 KA 41/08 R). Denn hierbei seiv es lediglich um die Frage gegangen, ob der Bewertungsausschuss eine gesetzliche Ermächtigung zur Regelung der in Ziffer 3.2.2 BRLV enthaltenen Inhalte besessen habe. Eine solche Regelungskompetenz habe sie nicht in Frage gestellt. Das BSG habe bereits in seiner Entscheidung vom 14. Dezember 2011 (B 6 KA 6/11 R) klargestellt, dass Modifizierungen der Honorarverteilung, die nicht systemrelevant seien und nicht von den Vorgaben des § 85 Abs. 4 Satz 6-8 SGB V wegführten, der Annahme der Fortführung nicht entgegenstünden. Auch hieran werde deutlich, dass allein die gesetzlichen Vorgaben relevant seien, nicht aber die Vorgaben der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 7. September 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil. Zu Recht habe das SG die Auffassung vertreten, dass die Übergangsregelung gemäß Ziffer 2.2 BRLV eine Vergleichbarkeit der Auswirkungen der Steuerinstrumente verlange. Ziffer 3.2.2 BRLV habe zwingend umgesetzt werden müssen. Soweit die Beklagte dem Urteil des BSG vom 14. März 2010 (B 6 KA 43/08 R) entnehmen wolle, dass das BSG bereits alleine die Einführung fester Punktwerte und Arztgruppen spezifischer Grenzwerte als dem Umsetzungserfordernis genügend ansehe, sei dies falsch. Dieses betone vielmehr, dass die Umsetzung der Privilegierung von MVZ und Gemeinschaftspraxen einen expliziten Regelungsauftrag darstelle (Bezugnahme auf Urteil vom 17. März 2010 – B 6 KA 41/08 R). Die Auswirkungen im hiesigen Falle seien gerade nicht vergleichbar. Der HVV führe für Gemeinschaftspraxen und MVZ zu einer unangemessenen Benachteiligung, weil die gesetzgeberisch gewollte Privilegierung nicht realisiert werde. Die alleine in D Nr. 5.1 RiliHVV vorgesehene Regelung zur Förderung der Organisationsformen (Gemeinschaftspraxen und MVZ) werde den Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht gerecht, da dort weitergehend und unter Überschreitung der Gestaltungskompetenz verlangt werde, dass in den dort genannten Kooperationsformen mehr als drei Ärzte tätig sein müssten. D.5.1 RiliHVV knüpfe auch nicht an konkrete Punktmengen an, vielmehr an drei weitere und gänzlich unterschiedliche Kriterien, obgleich solche dem BRLV nicht entnehmbar seien. Auch sprächen die Gliederung der Richtlinie und die systematische Verortung in D.5.1 RiliHVV dagegen, dass eine besondere Förderung der MVZ und Gemeinschaftspraxen beabsichtigt gewesen sei. Abschnitt D sei mit "Praxisbesonderheiten" bezeichnet. Die weitergehenden Abrechnungsmöglichkeiten würden zudem nur ausdrücklich auf Antrag gewährt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Diese haben dem Gericht vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Der Berufung bleibt Erfolg versagt. Das SG hat die Beklagte zu Recht unter Aufhebung des streitgegenständlichen Bescheides zur Neubescheidung verpflichtet.

Gemäß § 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V in der hier maßgeblichen Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes -GMG- (vom 24.November 2003, BGBl I 2190) verteilt die Beklagte die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte. Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 gemäß Satz 2 den gemeinsam und einheitlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab (Honorarverteilungsvertrag) an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung sind Art und Umfang

der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe festzulegen. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird (§ 85 Abs. 4 Sätze 1 bis 8 SGB V).

Der Bewertungsausschuss bestimmt Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung nach Absatz 4 der Vorschrift sowie den Inhalt der nach Abs. 4 Satz 4, 6, 7 und 8 zu treffenden Regelungen, d. h. zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Vertragsarztes, zu arztgruppenspezifischen Grenzwerten (Regelleistungsvolumina) und zur Vergütung der den Grenzwert überschreitenden Leistungen mit abgestaffelten Punktwerten. Die vom Bewertungsausschuss getroffenen Regelungen sind nach § 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V Bestandteil der Honorarverteilungsverträge.

Dieser Verpflichtung ist der Bewertungsausschuss mit dem BRLV nachgekommen.

Bestandteil des Beschlusses ist dabei dessen Ziffer 3.2.2 im Abschnitt III.

Ziffer 3.2.2. Satz 2 BRLV lautet "Für diese Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß den Bedarfsplanungs-Richtlinien oder den Richtlinien über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis (Angestellte-Ärzte Richtlinien) unterliegen, gilt folgende Regelung: Die zutreffende Fallpunktzahl wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages von - 130 Punkten für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen, - 30 Punkten je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum repräsentierten Fachgebiet oder Schwerpunkt, jedoch mindestens 130 Punkten und höchstens 220 Punkten errechnet."

Gemäß der Übergangsregelung in der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses Ziffer 2.2 können allerdings Steuerungsinstrumente, die den Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in § 85 Abs. 4 5GB V vergleichbar sind, im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf Landesebene fortgeführt werden.

Die Beklagte kann sich insoweit aber nicht mit Erfolg darauf berufen, dass der HVV in Anwendung der Ziffer 2.2 BRLV eine Übernahme der Ziffer 3.2.2 S. 2 BRLV obsolet mache.

Der Senat teilt vielmehr die Auffassung des SG, dass der einschlägige HVV zwar grundsätzlich wirksam ist, jedoch die bindende Vorgabe der Ziffer 3.2.2 S. 2 BRLV nicht ausreichend umgesetzt wurde:

Hierzu wird zunächst auf die Ausführungen des SG im angegriffenen Urteil nach § 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) verwiesen.

§ 87 Abs. 2a S. 1 SGB V stellte einen expliziten Regelungsauftrag dar. Dieser tritt zusätzlich zu § 85 Abs. 4 SGB V:

Das BSG führt dazu im Urteil vom 17. März 2010 (– B 6 KA 41/08 R –) wörtlich aus:

(Rdnr.16) "Bei der Neufassung des EBM-Ä zum 1.4.2005, durch die der Bewertungsausschuss die Übergangsphase nach dem Auslaufen der Praxisbudgets zum 30.6.2003 beendet hat, konnte der Normgeber an die frühere Regelung im EBM-Ä und dazu ergangene Rechtsprechung anknüpfen. Zudem war er nach § 87 Abs 2a Satz 1 SGB V in der ab 1.1.2004 geltenden Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) gehalten, Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen zu berücksichtigen. Dieser gesetzliche Auftrag ist im Gesetzgebungsverfahren zum GMG dahin interpretiert worden, der Bewertungsausschuss sei verpflichtet, bei der Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen und Fallpauschalen die Besonderheiten von Gemeinschaftspraxen und anderen Kooperationsformen zu berücksichtigen. Zur Begründung dieses Regelungsziels ist darauf hingewiesen worden, der anfallende Betreuungsaufwand pro Patient bei der Behandlung durch eine kooperative Versorgungsform im Vergleich zur Behandlung durch eine Einzelpraxis sei höher, da in der kooperativen Versorgungsform oftmals mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt seien. Zur Förderung der Versorgung durch kooperative Versorgungsformen, beispielsweise medizinische Versorgungszentren, sollten spezifische Fallpauschalen entwickelt werden, die den Besonderheiten dieser Versorgungsform Rechnung tragen. Im Hinblick auf diese spezialgesetzliche Ermächtigung konnte sich der Bewertungsausschuss für die Regelungen in Nr 5.1 in Teil I der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä und in Nr 3.2.2 in Teil III des BRLV nicht nur auf die allgemeine gesetzliche Ermächtigung des § 87 Abs 2 SGB V, sondern auf den expliziten Regelungsauftrag des § 87 Abs 2a Satz 1 SGB V stützen."

Der Bundesgesetzgeber durfte einen solchen Regelungsauftrag auch erteilen. Anhaltspunkte dafür, dass der Gesetzgeber verfassungsrechtlich gehindert sein könnte, im Rahmen von Regelungen der vertragsärztlichen Vergütung vorzugeben, dass die Leistungserbringung in kooperativer Berufsausübung besonders zu berücksichtigen sei, bestünden nach Auffassung des BSG allerdings nicht. Solange die Vorgaben nicht bewirkten, dass wegen der begrenzten Gesamtvergütungen die Förderung der Gemeinschaftspraxis in der Weise zu Lasten der Einzelpraxen geht, dass diese nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden könne, sei der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers sehr weit (BSG., a. a. O. Rdnr. 17).

Der Bewertungsausschuss musste also die verbindliche Vorgabe des Bundesgesetzgebers zur Förderung der Gemeinschaftspraxen und MVZ beachten, die bis zum 31. März 2007 in § 87 Abs. 2a SGB V enthalten war (bis zum Inkrafttreten der Änderungen durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG] Vom 26. März 2007).

Die erfolgte Umsetzung in Ziffer 3.2.2 BRLV trägt dem Rechnung.

Sie gilt auch vorrangig gegenüber dem HVV, ungeachtet der Ziffer 2.2 BRLV:

Dies ergibt sich bereits aus allgemeinen Erwägungen zum Verhältnis der Regelungen des Bewertungsausschusses zu denen eines HVV.

Ganz allgemein gilt nämlich, dass die Regelungen des Bewertungsausschusses denjenigen des HVV vorgehen. Dies folgt daraus, dass in § 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 i. V. m. Abs. 4a Satz 1 letzter Teilsatz SGB V vorgesehen ist, dass "der Bewertungsausschuss den Inhalt der nach Absatz 4 Satz 4, 6, 7 und 8 zu treffenden Regelungen" bestimmt. Zudem ist in § 85 Abs 4 Satz 10 SGB V normiert, dass "die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2" sind. Durch diese beiden Regelungen ist klargestellt, dass der Inhalt des HVV sich nach den vom Bewertungsausschuss normierten Vorgaben zu richten hat und dass diese Regelungen des Bewertungsausschusses Bestandteil des HVV sind. Aus beidem folgt jeweils, dass die Bestimmungen des HVV nachrangig gegenüber den Vorgaben des Bewertungsausschusses sind, sodass der HVV zurücktreten muss, soweit ein Widerspruch zwischen ihm und den Vorgaben des Bewertungsausschusses vorliegt, es sei denn, dieser hätte Spielräume für die Vertragspartner des HVV gelassen (so weitgehend wörtlich, BSG, Urt. v. 3.02.2010 –B 6 KA 31/08 R- Juris Rdnr. 21).

Soweit es das Verhältnis der Ziffern 2.2 zu 3.2.2 BRLV betrifft, könnte nur eine bereits bestehende Honorarregelung, welche dem Förderungsgebot in § 87 Abs. 2a S. 1 SGB V in gleicher Weise Rechnung trägt, an Stelle der vom Bewertungsausschuss selbst getroffenen Regelung Wirksamkeit beanspruchen. Nur insoweit könnte über Ziffer 2.2 BRLV ein Spielraum im vorgenannten Sinne bestehen. Bereits bestehende Honorarregelungen können also in einengender Anwendung der Übergangsvorschrift nur Alternativregelungen zu Ziffer 3.2.2 BLRV Fortgeltung beanspruchen.

Folgte man hingegen der Auffassung der Beklagten, aufgrund Ziffer 2.2 BRLV bliebe auch 3.2.2. BRLV unanwendbar, verstieße Ziffer 2.2 BRLV gegen die Förderpflicht des § 87 Abs. 2a S. 1 SGB V und wäre generell unwirksam.

Der HVV selbst und die dazu ergangene Richtlinie sind als Alternativregel zur Förderung der Gemeinschaftspraxen und MVZs unzureichend, wie bereits das SG herausgearbeitet hat:

Der HVV selbst enthält keine Regelung, welche als Förderung der Gemeinschaftspraxen und MVZ angesehen werden könnte.

D 5 RiLiHVV lautet:

"Weist eine Gemeinschaftspraxis, Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V oder MVZ nach § 95 SGB V mit mehr als drei Ärzten einen Anteil von mehr als 15 % gemeinsamer Fälle nach, deren Berücksichtigung zu einer Überschreitung des Korrekturfaktors führen würde, wird auf Antrag der Korrekturfaktor der Gemeinschaftspraxis oder des medizinischen Versorgungszentrums um 0,25 maximal auf 1,5 angehoben."

Zum einen wären Gemeinschaftspraxen und MVZ nicht erst ab einer Größe von vier Ärzten zu fördern gewesen.

Auch bereits bei zwei unterschiedlichen Fachärzten in einem MVZ können die Regelungen über einen Behandlungsfall nach den Regelungen der Bundesmantelverträge (§ 21 Abs. 1 Satz 7 BMV-Ä und § 25 Abs. 1 Satz 7 EKV- Ä) benachteiligen, weil alle bei einem Versicherten pro Quartal erbrachten Leistungen als ein Behandlungsfall zählen. Dass dies speziell bei einer Konstellation wie hier -Orthopäde und HNO-Arzt- ausgeschlossen oder auch nur geringer wäre, ist nicht ersichtlich. Beispielsweise kann in einem Quartal ein Patient mit orthopädischem Leiden das MVZ auch aufsuchen, weil er akut an einer Krankheit im HNO-Bereich leidet.

Außerdem weist die Klägerin zum anderen zutreffen darauf hin, dass die Regelung in der RiLiHVV nur auf eine ausnahmsweise Beseitigung einer sich bei der Honorarabrechnung ergebenden Benachteiligung abstellt. Eine Förderung ist aber bereits begrifflich mehr als die Vermeidung einer Benachteiligung.

Einem Klageerfolg steht auch nicht entgegen, dass das gesetzgeberische Förderziel für das längst abgelaufene Quartal 2005/II nicht mehr erreicht werden kann. Zwar kann eine neu zu konzipierende Honorarverteilungsregelung keine Steuerungswirkungen mehr für die Leistungserbringung in diesem Quartal erzielen. Dies ist indessen nicht entscheidend. Vom Streitgegenstand her kommt es maßgebend darauf an, ob der Honorarbescheid für das Quartal II/2005 rechtmäßig ist, was voraussetzt, dass die ihm zugrunde liegenden Honorarverteilungsregelungen wirksam waren. Diese Frage kann im vorliegenden Verfahren entschieden werden. Erweist sich der HVV als rechtswidrig, so muss die Honorarverteilung neu geregelt werden, auch wenn die neue Honorarverteilung die mit solchen Regelungen an sich verbundenen Steuerungsziele nicht mehr realisieren kann (so wiederum weitgehend wörtlich: BSG, Urteil vom 17. März 2010 –B 6 KA 43/10 juris Rdnr. 12).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe zur Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG liegen nicht vor. Es handelt sich sowohl auf Ebene des Bundesgesetzgebers als auch hinsichtlich der Regelungen des Bewertungsausschusses um abgelaufenes Recht. Der streitgegenständliche Beschluss des Bewertungsausschusses ist durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 7. Sitzung vom 27./28. August 2008 mit Wirkung zum 1. September 2008 aufgehoben worden.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2013-09-26