S 11 KA 340/09

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 11 KA 340/09
Datum
06.10.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008, 17.10.2008 und 23.10.2008 stehen in großen Teilen in Einklang mit der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage, §§ 87ff. SGB V.

2. Das bisher bestehende Vergütungssystem nach Rechtskreisen wird im Rahmen der Vorgaben des Gesundheitsfonds relativiert. Aufgrund der spezifischen Ausgestaltung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wirkt der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen bestehende Rechtskreis unmittelbar in den Rechtskreis von Vertragsarzt zur Kassenärztlichen Vereinigung hinein.

3. Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hat die Bildung eines bundeseinheitlichen Orientierungswertes nach § 87a SGB V sowie die Bildung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Rahmen seines Gestaltungsspielraums in nicht zu beanstandender Weise vorgenommen.

4. In diesem Rahmen war er auch zur Bildung länderspezifischer Honorarverteilungsquoten berechtigt.

5. Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss durfte im Rahmen der Bildung von Regelleistungsvolumina Vorwegabzüge für bestimmte Leistungen, die als besonders förderungswürdig angesehen werden, zu Lasten aller Fachgruppen vorsehen. Jedenfalls hat er diesbezüglich seiner Beobachtungspflicht Genüge getan.

6. Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hätte auf der Grundlage der §§ 87ff. SGB V Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur in den einzelnen Bundesländern festlegen müssen. Diesbezüglich bestand kein Ermessensspielraum. Die Nichtbeachtung dieser gesetzlichen Vorgaben führt zur Rechtswidrigkeit der o. g. Beschlüsse. Insoweit besteht jedoch keine Rechtsverletzung der vertragsärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft, deren Rechtskreis nicht berührt wird, da es im Ermessen der Gesamtvertragspartnern auf Landesebene liegt zu bestimmen, ob und in welcher Weise die Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten in die regionale Euro-Gebührenordnung einfließen.
Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Gerichtskosten. Die Beteiligten haben einander im Übrigen keine Kosten zu erstatten.

Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit des RLV-Zuweisungsbescheides für das Quartal I/09.

Die Klägerin ist eine überörtliche Gemeinschaftspraxis bestehend aus vier Fachärzten für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde. Mit Zuweisungsbescheid vom 26. November 2008 wurde der Klägerin – noch als Gemeinschaftspraxis mit 3 Ärzten – ein Regelleistungsvollumen (im folgenden RLV) in Höhe von 111.673,39 Euro zugewiesen, wobei jeweils exakt 1/3 der Summe auf die drei Ärzte entfiel. Die RLV-relevante Fallzahl betrug pro Arzt 1.108 Fälle bei einem Fallwert von 30,53 Euro. Zusätzlich erhielt die Gemeinschaftspraxis einen Aufschlag um den Faktor um 1,1 auf Grund der Fachgleichheit der Praxis. Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin am 11.12.2008 Widerspruch ein, den sie mit Schreiben vom 11.02.2009 auch begründete. Sie führte aus, der Widerspruch richte sich gegen die generelle Berechnung des

RLV. Die Ermittlung desselben beruhe auf den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses (im folgenden EBewA) vom 27. und 28.08. sowie 23.10.2008 sowie dem Beschluss des Bewertungsausschusses (im folgenden BewA) vom 27.10.2008. Dabei sei wesentliche Grundlage für die Ermittlung der Anzahl der individuellen RLV ein arztgruppenspezifischer Anteil am RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs. Die Berechnung dieses RLV-Vergütungsvolumens sei wiederum abhängig von der Berechnung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B. Die Ermittlung dieser morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sei fehlerhaft, weil der Beschluss gegen die gesetzlichen Vorgaben des § 87c SGB V verstoße. Nach dieser Vorschrift sei Grundlage für die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009 eine Hochrechnung der aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen unter Berücksichtigung der Auswirkungen des EBM 2008. Gegen diese Vorgabe verstoße Beschluss Teil B Nr. 1.2 hinsichtlich der Feststellung der Leistungsmenge nach Wertstellung. Nach diesem Beschluss werde die je Versicherten und Kasse abgerechnete Leistungsmenge mit einer sog. Honorarverteilungsquote (im folgenden HVV-Quote) multipliziert, die zunächst im Beschluss des EBewA vom 27. und 28.08.2008 bundeseinheitlich mit 0,9059 festgelegt worden sei. Mit dem erneuten Beschluss vom 23.10.2008 habe der EBewA diese HVV-Quote dann regional unterschiedlich gegliedert und für Hessen eine Quote für 0,9040 festgelegt, die auch Gegenstand der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Quartal I/09 und damit folgende Grundlage für die Errechnung der relevanten Vergütung für die RLV und letztlich auch für die Berechnung des arztindividuellen RLV nach den Vorgaben des Honorarvertrages gewesen sei. Diese Festlegung einer HVV-Quote für das Bundesland Hessen in Höhe von 0,9040 habe keine gesetzliche Grundlage. Nach den ihr bekannten Zahlen habe die tatsächliche HVV-Quote für das Bundesland Hessen rechnerisch 0,9412 betragen. Das bedeute, dass tatsächlich nach Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsreglung 94,12 % des Leistungsbedarfs je Versichertem nach sachlich-rechnerischer Berichtigung in Hessen anerkannt worden seien. Nach der gesetzlichen Systematik hätte dieser Leistungsbedarf auch Basis für die Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2009 sein müssen. Tatsächlich habe der Beschluss des EBewA vom 23.10.2008 ausschließlich einer Umverteilung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen der alten Bundesländer hinsichtlich der Auswirkungen der Beschlüsse vom 27. und 28.08.2008 gedient. Für eine bundeseinheitliche HVV-Quote, wie sie im ersten Beschluss des EBewA enthalten gewesen sei, hätte es eine Berechtigung gegeben unter dem Gesichtspunkt, dass unterschiedliche Verteilungseffekte und Honorarverteilungsgrundsätze der Vergangenheit der Kassenärztlichen Vereinigung zu einer bundesdurchschnittlichen einheitlichen Berechnung des anerkannten Leistungsbedarfes herangezogen würde, mit dem Ziel einer zukünftigen Vereinheitlichung der vertragsärztlichen Vergütung bundesweit. Diese Grundsätze habe der EBewA jedoch verlassen und nunmehr willkürlich Honorarverteilungsquoten eingeführt. Er habe hier insbesondere die hessischen Vertragsärzte dadurch benachteiligt, indem er die tatsächlich vorhandene Quote nochmals herabgesenkt habe, während andere Kassenärztliche Vereinigungen eine Erhöhung ihrer HVV-Quoten erhalten hätten, ohne dass dies den tatsächlichen Abrechnungsergebnissen der Vergangenheit entsprochen hätte. Für eine solche willkürliche Verschiebung von Geldern zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen gäbe es im Gesetz keine ausreichende rechtliche Grundlage, so dass der Beschluss des EBewA an dieser Stelle rechtswidrig sei. Konsequenterweise hätte die Beklagte ihn damit nicht anwenden dürfen. Bei tatsächlicher Zugrundelegung einer Quote von 94,12 % wäre das Honorarvolumen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Quartal I/09 in Hessen höher gewesen und damit hätte auch ein höherer RLV-Vergütungsanteil den Versorgungsebenen und Arztgruppen und damit letztlich auch der Klägerin zur Verfügung gestanden, da ein höherer durchschnittlicher Fallwert ermittelt worden wäre. Mit Bescheid vom 26. März 2009 korrigierte die Beklagte ihren vorhergehenden Bescheid vom 26. November 2008 auf eine Gesamtsumme von 121.183,95 Euro, wobei ein Betrag von 9.520,56 Euro auf den im Laufe des Quartals I/09 neu in die Gemeinschaftspraxis eingetretenen Kollegen A. angerechnet wurde.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11. Mai 2009 zurück und legte dar, dass sie die RLV entsprechend den Vorgaben rechtmäßig ermittelt habe. Die Grundsätze des Honorarverteilungsvertrages 2009 (im folgenden HVV) beruhten auf den Vorgaben der Beschlüsse des EBewA, die für sie bindend seien. Sie sei verpflichtet gewesen, diese Beschlüsse umzusetzen, da es sich um bundesweite Vorgaben für die Ermittlung des Honorarvolumens und der RLV handele. Selbst wenn sie selber der Auffassung wäre, dass der EBewA fehlerhafte Vorgaben für die Ermittlung der RLV aufgestellt hätte, komme ihr keine Verwerfungskompetenz zu.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die Klage vom 27.05.2009.

Das Gericht hat mit Beschluss vom 03. Juni 2009 die Kassenärztliche Bundesvereinigung (im folgenden Beigeladene zu 1) sowie den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (im folgenden Beigeladene zu 2) und den Bewertungsausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Verfahren beigeladen, diesen Beschluss jedoch hinsichtlich des Beigeladenen zu 3) im Termin zur mündlichen Verhandlung wieder aufgehoben.

Die Klägerin trägt vor, dass das RLV im streitgegenständlichen Bescheid zwar rechnerisch korrekt in Umsetzung der Beschlüsse des BewA bzw. des EBewA ermittelt worden sei, diese Beschlüsse jedoch rechtswidrig seien. Zunächst führe die Systematik der Beschlüsse dazu, dass die Vergütung von vertragsärztlicher Leistung im Jahr 2009 durch arzt- und praxisbezogene RLV nicht geeignet sei, die Vergütung vertragsärztlicher Leistung im Kernleistungsbereich aller Fachgruppen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 i. V. m. § 87b Abs. 1 SGB V zu gewährleisten. Nach der Systematik des Gesetzes dienten die RLV dazu, einer übermäßigen Ausdehnung der abgerechneten Leistungen des Arztes und der Arztpraxis entgegenzuwirken bzw. diese zu begrenzen. Dieser Leistungsmengenbegrenzung seien nach der Systematik des § 87b Abs. 2 SGB V sämtliche ärztlichen Leistungen zu unterziehen. Lediglich einzelne weitere vertragsärztliche Leistungen könnten außerhalb der RLV vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollten, oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich sei. Die Systematik des Beschlusses des EBewA führe jedoch genau zu dem umgekehrten Ergebnis. Erst wenn eine Vielzahl von Leistungen, die keiner Steuerung durch RLV unterlägen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ohne jede Begrenzung vergütet worden seien, bleibe der verbleibende Geldbetrag der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die insoweit auch im Jahre 2009 letztlich noch budgetiert sei, zur Aufteilung auf die Leistungen übrig, die als Kernleistungen der Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten durch Vertragsärzte mit den RLV abgebildet würden. Diese Systematik führe von vornherein dazu, dass bei Kassenärztlichen Vereinigungen, die den Vorwegabzug für diese sog. besonders förderungswürdigen Leistungen nach den Vorgaben des BewA zutreffend vorgenommen hätten, für die Vergütung der Leistungen in den RLV Euro-Werte je Fall verblieben, die – wie die Entwicklung auch in den weiteren Quartalen des Jahres 2009 zwischenzeitlich gezeigt habe – oftmals nicht mal mehr in der Lage seien, die Grundpauschalen des EBM in der Fassung der Euro-Gebührenordnung für das Jahr 2009 abzudecken. Für das Fachgebiet der HNO-Ärzte sei dies beispielsweise im Quartal II/09 bei der Grundpauschale für die Behandlung von Kindern bereits der Fall. Es sei auch bekannt, dass bei anderen Fachgruppen wie z. B. den Augenärzten bereits generell der RLV-Fallwert nicht mehr ausreichend sei, um die Grundpauschalen zu vergüten. Dieses Ergebnis führe

dazu, dass entgegen der gesetzlichen Systematik nicht die RLV zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes dienten, sondern ausschließlich zu einer Budgetierung der ärztlichen Leistungen, die den RLV unterfielen, zugunsten der unbegrenzten Abrechnungsmöglichkeit von anderen Arztgruppen oder Ärzten die von den sogenannten besonders förderungswürdigen Leistungen profitieren könnten. Nach dem gesetzlichen Auftrag habe der BewA die RLV danach bemessen müssen, ab welchem Zeitpunkt eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis vorläge. Ein Zusammenhang hierzu ließen die RLV jedoch gerade nicht erkennen.

Darüber hinaus sei auch zu beanstanden, welche Leistungen und Arztgruppen von der Steuerung über RLV ausgenommen worden seien. Dies gelte insbesondere im fachärztlichen Leistungsbereich für ganze Arztgruppen wie die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, die Fachärzte für Pathologie, die Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte sowie psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die psychotherapeutisch tätigen Arztgruppen könnten sich zwar auf eine gesetzliche Sonderregelung für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen im Rahmen des § 87b SGB V beziehen. Dies gelte jedoch gerade nicht für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen dieser Arztgruppe. Es sei insoweit nicht nachvollziehbar, weshalb diese Leistungen ebenfalls keinerlei Mengensteuerung unterlägen, sondern im Wege des Vorwegabzuges zu Lasten der fachärztlichen Versorgungsebene mit dem vollen Wert der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien. Warum darüber hinaus gerade Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und Fachärzte für Pathologie keiner Begrenzung durch RLV unterzogen würden, sei nicht begründbar.

Des Weiteren seien auch die Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt. Die Klägerin betreibe an 3 Standorten überörtlich eine Gemeinschaftspraxis und versorge dabei noch mehrere Belegkrankenhäuser. Der Aufschlag für fachgleiche Gemeinschaftspraxen um den Faktor 1,1 werde diesem tatsächlichen Leistungsgeschehen nicht gerecht, da in dieser Konstellation keine Vertreterfälle anfielen, die üblicherweise bei Behandlung derselben Versicherten in anderen Konstellationen anfallen würden. Der pauschale Aufschlag auf die Behandlungsfallzahl decke solche Besonderheiten nicht in rechtlich ausreichendem Maße ab.

Darüber hinaus sei auch der Beschluss im Teil A, Ziffer 2.4, in dem die Leistungsbedarfe der Quartal I/07 bis IV/07 mit Anpassungsfaktoren festgelegt worden seien, rechtswidrig. Es sei kein Grund ersichtlich, wieso die Psychotherapeuten für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen den Faktor von 1,3196 zugewiesen bekämen, während im Übrigen der Faktor 1,2944 angewandt würde. Hierdurch werde von vornherein der Gesamtvergütung der Beklagten ebenso wie allen Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit weniger Geld zur Verfügung gestellt, als für die Vergütung dieser entsprechenden Leistungen, die darüber hinaus sowohl nach der Wertentscheidung des Gesetzgebers als auch nach dem Beschluss des BewA keinerlei Begrenzung unterlägen, benötigt würde. Dies führe dazu, dass die um diesen Faktor zu gering ausgestattete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entsprechend weniger Geld für die Vergütung der ärztlichen Leistungen in den RLV enthalte, was nicht den Vorgaben des Gesetzes entspreche.

Hinter der Ermittlung der HVV-Quoten stünde eine rein politische Entscheidung zur Förderung der neuen Bundesländer. Die Werte seien willkürlich gewählt worden. In vielen Bundesländern, insbesondere gerade in den neuen Bundesländern, seien die RLV-Fallwerte deutlich höher als in Hessen.

Darüber hinaus sei der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss Teil C dem gesetzlichen Auftrag für die Festlegung für die Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kostenversorgungsstruktur, die im Gesetz ausdrücklich vorgesehen sei, nicht nachgekommen. Der Bewertungsausschuss habe schlichtweg festgestellt, dass er keine Besonderheiten erkennen könne und deswegen die Partner vor Ort auch keine Möglichkeit hätten, selbst die ausdrücklich im Gesetz unter § 87c Abs. 2 SGB V angeführten Indikatoren zu nutzen, ohne gegen den Beschluss des BewA zu verstoßen. Dies sei rechtswidrig.

Auch habe der Bewertungsausschuss keine Möglichkeiten vorgesehen, die Besonderheiten der Versorgungsunterschiede in der belegärztlichen Versorgung ausreichend zu berücksichtigen, um dem gesetzlichen Auftrag des § 115 SGB V zur Förderung des Belegarztwesens nachzukommen bzw. den Vertragspartnern auf Landesebene hier eine entsprechende Förderung durch Öffnungsklauseln zu ermöglichen. Gerade in der belegärztlichen Versorgung stelle das Bundesland Hessen eine Besonderheit dar, die als regionale Besonderheit bei der Messung der Kosten und Versorgungsstruktur hätte berücksichtigt werden müssen.

Schließlich sei auch die Zugrundelegung des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwertes von 3,5001 Cent rechtswidrig, da die Bewertung der Leistung nach der Euro-Gebührenordnung, die durch die Multiplikation von Punkten mit dem Orientierungspunktwert die Leistungsbewertung in Euro ergebe, nicht an diese Reduzierung angepasst worden sei. Der tatsächliche kalkulatorische Punktwert für die Berechnung des notwendigen Leistungsbedarfs und dessen Relation in Punkten für den EBM habe 5,11 Cent betragen. Bei Multiplikation des Punktleistungsbedarfs mit dem Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent werde von vornherein die Leistung nicht ausreichend vergütet. Da dieser Orientierungspunktwert nicht nur Grundlage für die Vergütung der einzelnen Leistungen sondern auch für die Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Grund des historischen Leistungsgeschehen je Versicherten sei, werde von vornherein über diese Formel des BewA der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung weniger Geld zur Verfügung gestellt, als für die Erbringung der ärztlichen Leistungen erforderlich sei. Dies schlage auf die Ermittlung des RLV und damit auf den RLV-Fallwert unmittelbar durch beeinträchtige die klägerische Praxis erheblich.

Der Kläger beantragt,
den RLV-Zuweisungsbescheid vom 26. November 2008 ersetzt durch den RLV-Zuweisungsbescheid vom 26. März 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Mai 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beigeladenen zu 1) und 2) beantragen ebenfalls,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte nimmt auf die Gründe des Widerspruchsbescheides Bezug, teilt jedoch die seitens der Klägerin vorgebrachten Argumente unter vergütungspolitischen Aspekten. Die Beschlüsse führten zu einer Benachteiligung der hessischen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Dies beruhe zum einen auf der nicht nachvollziehbaren HVV-Quote, aber auch generell auf der Vergütungssystematik. Diese führe tatsächlich zu den von der Klägerin dargestellten Effekten, dass innerhalb der RLV die einzelnen Leistungen teilweise nicht einmal mehr die Grundpauschalen mit dem Wert der Euro-Gebührenordnung abdeckten. Die Beschlüsse des BewA seien insbesondere im Hinblick auf die Festlegung der länderspezifischen HVV-Quoten rechtswidrig. Nach Auffassung der Beklagten hätte die HVV-Quote für Hessen 99,40% betragen müssen. Dieser Wert entspreche den abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen in Hessen im Jahr 2007 und sei dem BewA bis zum 01. Juni 2008 übermittelt worden. Bereits diese Datenlieferung habe die honorarwirksame Begrenzungsregelung enthalten, so dass kein Raum für eine neuerliche Begrenzung der Leistungsmenge durch den BewA bestanden habe. Jedenfalls habe der EBewA keine gesetzliche Kompetenz, gezielt eine Geldumverteilung zwischen den Ländern vorzunehmen. Dadurch habe er den ihm zustehenden Regelungsrahmen rechtswidrig überschritten. Für die Beklagte habe eine Reduzierung der HVV-Quote auf 90,59% im 1. Beschluss des EBewA bereits einen Honorarverlust von 70.156.083,38 Euro bewirkt. Die nochmalige Absenkung des Wertes auf 90,40% habe eine weitere Reduzierung um 3.776.000,00 Euro bedeutet. Die Beklagte äußert darüber hinaus Zweifel an der Zulässigkeit einer doppelten Berücksichtigung von honorarverteilungsbegrenzenden Regelungen, nämlich einmal bei der Berechnung des Orientierungspunktwertes und des Weiteren bei der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Darüber hinaus sehe der zwischenzeitlich vorliegende Referentenentwurf der Bundesregierung zum Entwurf eines sog. GKV-Finanzierungsgesetzes vom 25.08.2010 eine Neuregelung zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 durch Einfügung eines neuen § 87d SGB V vor. Dies sei für das vorliegende Verfahren insofern von Relevanz, als dort geregelt werden solle, dass der Bewertungsausschuss ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung vorsehe, soweit der durchschnittliche Behandlungsbedarf dieser Versicherten einen vom BewA zu bestimmenden Wert unterschreite. Dieses asymmetrische Verteilungsverfahren solle die Verteilung des bisherigen Zuwachses der Honorarreform zwischen den KVen im Jahre 2011 gerechter gestalten. Offensichtlich halte der Gesetzgeber eine ausdrückliche gesetzliche Regelung für derartige Umverteilungsmechanismen für erforderlich. Eine solche habe es jedoch für das Jahr 2009 gerade nicht gegeben. Des Weiteren sei die Beklagte durch die Honorarreform besonders betroffen, da der ihr für das Jahr 2009 zugebilligte Zuwachs deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liege.

Die Beigeladene zu 2) trägt vor, dass die Beschlüsse des EBewA und des BewA rechtmäßig seien. Bei diesen Beschlüssen handele es sich um untergesetzliche Rechtsnormen. Bei der Normsetzung komme dem Bewertungsausschuss nach der ständigen Rechtssprechung des BSG als Normgeber, wie anderen Normgebern auch, generell eine weitgehende Gestaltungsfreiheit zu, die auch von der Rechtsprechung zu respektieren sei. Die gerichtliche Überprüfung dieser Beschlüsse sei daher im Wesentlichen darauf zu beschränken, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt habe. Alleine der Aspekt, dass andere – möglicherweise sogar bessere – Lösungen denkbar seien, könne daher eine Rechtswidrigkeit der Beschlüsse nicht begründen, denn die Verbindlichkeit normativer Regelungen hänge generell nicht davon ab, ob die Normadressaten sie für sinnvoll, einsichtig und angemessen hielten. Darüber hinaus sei anerkannt, dass dem BewA bei der Neuregelung komplexer Materien Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräume zuzugestehen seien, die bewirkten, dass für einen Übergangszeitraum auch an sich rechtliche problematische Regelungen hingenommen werden müssten. Gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen seien in derartigen Fällen vorübergehend unbedenklich, weil sich häufig bei Erlass der Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen ließen. Nur wenn von vornherein feststehe, dass ein vom Normgeber für die Regelung der konkreten Materie gewähltes Differenzierungskriterium systemfremd sei und ihm keine sachliche Rechtfertigung innewohne, könne auch der Gesichtspunkt der Erprobungsregelung nicht zur Rechtmäßigkeit der Normgebung führen. Diese Rechtssprechung müsse auch auf die nach § 87 ff. SGB V durch den BewA zu treffende Beschlüsse zur vertragsärztlichen Honorarreform Anwendung finden.

Im Einzelnen seien diese Beschlüsse nicht zu beanstanden. Die Systematik der RLV entspreche den gesetzlichen Vorgaben. § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V sehe ausdrücklich vor, dass vertragsärztliche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden könnten, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich sei. Vor diesem Hintergrund seien u. a. solche Leistungen ausgenommen worden, die bis Ende des Jahres 2008 extrabudgetär vergütet und erst in den letzten Jahren in den Leistungskatalog der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen worden seien, wie z. B. Polysomnographien, Akupunktur, Schmerztherapien. Diese Leistungen würden als besonders förderungswürdig angesehen. Dies gelte auch für Leistungen wie z. B. den organisierten Notfalldienst, dringende Besuche oder besondere Inanspruchnahmen, bei denen die künftige Erbringung der Leistungen und damit die Versorgung der Versicherten nicht durch die bei einer Überschreitung des RLV nach § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V wirksam werdende Abstaffelung gefährdet werden sollte. Darüber hinaus setzte eine Vielzahl der nach Beschluss Teil F, Anlage 2 Nr. 2 ausgenommenen Leistungen eine besondere Qualifikation voraus und könne demzufolge nicht von allen Ärzten der jeweiligen Arztgruppe des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs erbracht werden. Eine Einbeziehung dieser Leistungen in die RLV der Arztgruppe hätte zur Folge, dass sich auch für Ärzte, die diese Leistungen nicht erbringen dürften oder tatsächlich nicht erbrächten ein Fallwertanstieg und damit ein größeres RLV ergeben würde. Aus dem gleichen Grund seien auch Leistungen von der Geltung der RLV ausgenommen worden, die nur von einer geringen Anzahl von Ärzten einer Fachgruppe erbracht würden, wie z. B. Schwangerschaftsabbrüche oder nephrologische Leistungen des EBM-Kapitels 13.3.6. Nicht zu beanstanden sei auch, dass für diese Leistungen nach § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V Vorwegabzüge gebildet würden. Die Umsetzung der Vorgaben des § 87b SGB V habe vorausgesetzt, dass die meisten Beträge prospektiv ermittelt worden seien und demzufolge auf Schätzungen beruhten. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung im EBewA hätten noch keine vollständigen Abrechnungsdaten des Jahres 2008 vorgelegen, so dass hilfsweise auf die Abrechnungsdaten bzw. Ausgaben des zuletzt verfügbaren zusammenhängenden Jahres zurückgegriffen worden sei. Eine den Leistungen bzw. Leistungsbereichen zuzurechnende Ausgabendynamik sei angemessen berücksichtigt worden, indem nach Beschluss Teil G (Rückstellungen) zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzügen gemäß Teil F Anlage 2 Nr. 2 entsprechende Rückstellungen zu bilden seien. Damit habe sichergestellt werden sollen, dass eine ggf. auf Landesebene erwartete Ausgabendynamik gegenüber den Ausgaben des Jahres 2007 im Vorhinein einkalkuliert werden konnte und somit auf Ebene der RLV keine Überzahlungen durch zu hohe RLV-Vergütungsvolumen entstünden. Die nach Beschluss Teil G zu bildenden Rückstellungen dienten somit der Risikominimierung.

Auch die Höhe der Festlegung dieser Vorwegabzüge sei sachgerecht, da sie sich an der Höhe der Vorwegabzüge an den Vergütungen des Jahres 2007 orientiere. Da absehbar gewesen sei, dass die Beschlüsse zu einer Honorarsteigerung für die Vertragsärzte in Höhe von ca. 3 Mrd. Euro im Jahr 2009 gegenüber im Jahr 2007 führen würden, habe auch von einem ausreichenden Vergütungsvolumen für die Bildung der RLV ausgegangen werden dürfen. Es entspreche der gesetzlichen Systematik auch, dass RLV als Instrument der Mengensteuerung

eingesetzt würden und so sichergestellt werden könne, dass die gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nicht überschritten würden. Nicht zutreffend sei darüber hinaus die Behauptung, die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen würden keiner Mengensteuerung unterliegen. Im Beschluss Teil F unter Nr. 4 seien diesbezüglich zeitbezogene Kapazitätsgrenzen vorgesehen. Bei Überschreitung dieser Zeitbudgets erfolge eine Vergütung zu abgestaffelten Preisen. Insofern existiere einen Steuerungsinstrument über die zugewiesenen Zeitkontigente. Die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und die Fachärzte für Pathologie seien ausgenommen worden, weil es sich um zahlenmäßig sehr kleine Arztgruppen handele, derer RLV durch exogene Veränderungen starken Schwankungen ausgesetzt wären. Dies habe auch schon bis Ende des Jahres 2008 gegolten. Weiterhin seien diese Arztgruppen dadurch gekennzeichnet, dass sie ausschließlich auf Auftrag Leistung erbrächten und der sonst in der vertragsärztlichen Versorgung anzutreffende direkte Arzt-Patienten-Kontakt in der Regel gerade nicht stattfinde. Dies sei ein sachlicher Grund für die Ausnahme. Die gewählten Differenzierungskriterien seien damit insgesamt nicht systemfremd. Der BewA sei auch der ihm obliegenden Beobachtungs- und ggf. Nachbesserungspflicht nachgekommen, indem er bereits im Januar 2009 Beschlüsse zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen RLV gefasst habe, um überproportionale Honorarverluste zu vermeiden und die flächendeckende Versorgung zu sichern. So habe er auch eine Steuerung der Mengenentwicklung im Bereich der Leistungen im Vorwegabzug vorgenommen.

Hinsichtlich des Vortrags der Klägerin zur Benachteilung aufgrund der Fallzählung bei Berufsausübungsgemeinschaften führte die Beigeladene zu 2) aus, dass eine Benachteiligung der Klägerin durch die dargestellte Regelung gegenüber drei Einzelpraxen erst bei einem gemeinsamen Patientenanteil von mehr als 10% denkbar sei und im Übrigen nicht erkennbar wäre, weshalb die Regelung des 10%-Aufschlags die Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen nicht hinreichend berücksichtige. Die Anpassungsfaktoren für einzelne Leistungssegmente der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie für Leistungen der extrabudgetären Vergütung seien so festgelegt worden, dass Honorarverluste im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 2007 vermieden werden sollten. Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung seien die Anpassungsfaktoren gemäß Teil B Nr. 2 Punkt 4 bestimmt worden. Dies betreffe die Leistungen Schmerztherapie, Akupunktur, Polysomnographie, MRT-Angiographie sowie antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie gemäß Abschnitt 35.2 des EBM. Kriterium für die Ermittlung der Anpassungsfaktoren sei gewesen, die entsprechenden Leistungen, die im Jahre 2007 mit einem höheren Punktwert als den für das Jahr 2009 zu erwartenden regionalen Punktwerten auf Basis des Orientierungspunktwertes von 3,5001 Cent vergütet würden, im EBM so zu bewerten, dass diese Leistungen im Jahr 2009 im Bundesdurchschnitt nicht schlechter als im Jahr 2007 bzw. im Falle der Psychotherapie um 160 Mio. Euro höher als im Jahr 2007 vergütet würden. Diese Höherbewertung der Psychotherapie ginge dabei nicht zu Lasten der Vergütung der übrigen Leistungen, da die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen entsprechend erhöht worden seien. Die Anhebung des Anpassungsfaktors sei tatsächlich vollumfänglich durch die von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung finanziert worden, so dass eine Benachteiligung zu Lasten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht erfolgt sei. Hinsichtlich der Bildung der Anpassungsfaktoren sei darauf hinzuweisen, dass die Aufwertung auf 1,3196 für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen darauf beruhe, dass dies zur Gewährleistung der angemessenen Vergütung je Zeiteinheit als erforderlich angesehen worden sei. Für die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung seien die Anpassungsfaktoren gemäß Teil H des Beschlusses des EBewA ermittelt worden. Für die unter Beschluss Teil A Abschnitt 1 Punkt 2 Nr. 3 und 4 genannten Leistungen sei Basis der Höchstauszahlungspunktwert des Jahres 2007 derjenigen Kassenärztlichen Vereinigung des untersten Terzils hinsichtlich der Punktwerte durch die Division dieses Wertes durch den Orientierungswert für das Jahr 2009 von 3,5001 Cent erfolgt. Für die unter Beschluss Teil A Abschnitt 1.2 Nr. 5 - 10 genannten Leistungen seien die Anpassungsfaktoren auf Basis des bundesdurchschnittlichen Auszahlungspunktwertes durch die Division dieses Wertes durch den Orientierungswert von 3,5001 Cent ermittelt worden.

Auch die Anpassung der HVV-Quoten sei sachlich gerechtfertigt gewesen. Die Anhebung der Quote für die neuen Bundesländer sei erfolgt, weil die Anwendung der bundeseinheitlichen HVV-Quote zu deutlich niedrigeren Vergütungen je Versichertem mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern geführt hätte. Es sei eine Angleichung der pro Versichertem zu zahlenden Vergütungen in allen Kassenärztlichen Vereinigungen beabsichtigt gewesen. Dies sei ein sachlicher Grund. Jedenfalls sei für die Beklagte dadurch kein Nachteil entstanden, da die Anhebung der HVV-Quote in den neuen Bundesländern nicht zu einer Absenkung der übrigen HVV-Quoten geführt habe, sondern von den Krankenkassen gesondert finanziert worden sei. Die Veränderungen in den alten Bundesländern beruhten auf einem Anpassungsbedarf, um Honorarverwerfungen zu vermeiden. Hintergrund dessen sei gewesen, dass die bis zum 31. Dezember 2008 in den Kassenärztlichen Vereinigungen geltenden Punktwerte zum Teil über, zum Teil aber auch unter dem festgesetzten Orientierungswert gelegen hätten und auch bei der Anwendung honorarbegrenzender Regelungen erhebliche Unterschiede bestanden hätten. Um eine doppelte (negative) Betroffenheit durch das Zusammentreffen des bundesweiten Orientierungswertes und der bundeseinheitlichen Honorarverteilungsquote abzumildern und so Honorarverwerfungen zu vermeiden, habe in den alten Bundesländern ein finanzneutrales Anpassungsverfahren durchgeführt werden müssen. Dies habe dazu geführt, dass die HVV-Quoten in den betroffenen KVen angehoben worden und zur Gegenfinanzierung die Quoten in denjenigen KVen abgesenkt worden seien, die von der bundesweiten Anpassung überdurchschnittlich profitiert hätten. Die Berechnung sei so erfolgt, dass die Vergütung in KVen mit unterdurchschnittlichem Wert um 15% der Differenz zwischen der KV-spezifischen und der bundesdurchschnittlichen Vergütung je Versichertem angehoben worden sei. Zur Gegenfinanzierung sei in KVen mit überdurchschnittlichen Vergütungen je Versichertem diese Vergütung um 8,2% der Differenz der KV-spezifischen zur bundesdurchschnittlichen Vergütung je Versichertem abgesenkt worden. Durch dieses Verfahren sei der Honorarzuwachs der KV Hessen um 0,09% reduziert worden. Hierdurch sei keine Benachteiligung der betroffenen KVen entstanden, sondern nur sachlich nicht gerechtfertigte Vorteile durch die bundesweite Angleichung der Preise, die ohne diese Anpassung entstanden wären, abgemildert worden. Hinsichtlich der regionalen Besonderheiten sei der EBewA nach einer entsprechenden Prüfung zu dem Ergebnis gekommen, dass solche Indikatoren nicht feststellbar seien. Eine Öffnungsklausel für regionale Sonderregelungen sei im Gesetz nicht vorgesehen.

Der Kalkulationspunktwert von 5,11 Cent stelle lediglich eine Rechengröße dar. Zudem beruhten die Berechnungen zur Ermittlung des Orientierungswertes gerade nicht auf den Beschlüssen des BewA, sondern auf den gesetzlichen Vorgaben in den § 87 ff. SGB V, insbesondere § 87c Abs. 1 Satz 1 SGB V, der ein detailliertes Verfahren vorsehe, nachdem der Orientierungswert zu ermitteln sei. Diese Regelungen seien nicht erforderlich gewesen, wenn nach Vorstellung des Gesetzgebers als Orientierungswert der Kalkulationspunktwert des EBM hätte herangezogen werden sollen. Im Übrigen käme der BewA auch im Hinblick auf das Abweichen des Orientierungswerts vom Kalkulationspunktwert seiner Beobachtungspflicht nach und habe das Institut des Bewertungsausschusses mit einer entsprechenden Überprüfung beauftragt.

Die Veränderung der morbiditätsbedingten Leistungsmenge sei vom EBewA in einer Gesamtschau der gesetzlichen Kriterien auf 5,1%

geschätzt worden. Bei der Ermittlung des EBM-bedingten Zuwachses sei eine Quote von 9,7% festgelegt worden. Da es sich um bundesweit aggregierte Daten gehandelt habe, in denen bereits die nach Arztgruppen differierenden Leistungsmengen enthalten gewesen seien, habe es keiner gesonderten Gewichtung der Anteile der arztgruppenspezifischen Leistungsmengen in diesem Kontext bedurft. Der Bewertungsausschuss habe von der Berücksichtigung des Kriteriums Geschlecht zur Bestimmung der Morbidität abgesehen, weil festzustellen gewesen sei, dass das Morbiditätskriterium Geschlecht – anders als das Kriterium Alter – sich im Rahmen der Mengensteuerungssystematik nicht zur Abbildung der Morbidität eigne, da kein hinreichender Einfluss dieses Kriteriums bei der abgerechneten Leistungsmenge nachgewiesen werden konnte.

Schließlich seien die Beschlüsse des EBewA vom 27. und 28. August 2008 sowie 23. Oktober 2008 sowie des BewA vom 17. Oktober 2010 auch im Rahmen einer Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit als rechtmäßig erachtet worden.

Die Beigeladene zu 1) weist ebenfalls auf die Gestaltungsfreiheit des BewA hin. Es obliege dem BewA zudem zu entscheiden, wie die Vergütung außerhalb der RLV zu erfolgen habe. Ziel der gesetzlichen Regelung sei es, die Möglichkeit zu schaffen, bestimmte förderungswürdige Leistungen außerhalb der ihrer Natur nach begrenzten RLV zu vergüten, um zu verhindern, dass bei Überschreiten des RLV diese Leistung lediglich mit abgestaffelten Preisen vergütet werden könnten. Das Gesetz gebe nicht vor, dass sämtliche Grundpauschalen innerhalb der RLV vergütet werden müssten. Vorgabe sei ausschließlich, dass nur eine bestimmte Menge von Leistungen mit einem festen Preis und die über diese Menge hinausgehenden Leistungen mit einem abgestaffelten Preis vergütet werden müssten. Insofern könne nur der Fall eintreten, dass nicht alle zur Abrechnung gelangten Pauschalen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet würden, nicht aber der Fall, dass keine Pauschale vollständig vergütet würde. Es bestehe kein Anspruch des Arztes, die Pauschalen in der Zahl der Fälle, die als ein Faktor der Berechnung seines RLV zugrunde liege (Fallzahl im Vorjahr des Quartals), ausnahmslos zum vollen Eurobetrag vergütet zu erhalten. Das RLV des Arztes hänge von einer Vielzahl gesetzlich vorgegebener und zunächst zu bestimmender Faktoren ab (z. B. auch den zu bildenden Rückstellungen), so dass der Arzt dementsprechend keine bestimmte Höhe seines RLV beanspruchen könne. Auch der Vergleich mit den anderen Mitgliedern seiner Arztgruppe sei notwendig, um Verwerfungen durch die notwendige Aufteilung zu vermeiden. Um Leistungsmengenverschiebungen innerhalb der Vorwegabzüge zu berücksichtigen habe der EBewA den Partner der Gesamtverträge die Aufgabe übertragen, Verfahren zum Ausgleich von Fehlschätzungen in den Vereinbarungen vorzusehen. Hinsichtlich der Gründe der Herausnahme der Leistungen von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin sowie Fachärzten für Pathologie teilt die Beigeladene zu 1) die Auffassung der Beigeladenen zu 2). Dies gilt auch für die Ausführungen zu den psychotherapeutischen Leistungen. Der BewA sei auch nicht verpflichtend gewesen, für jede Ausgestaltung einer Berufsausübungsgemeinschaft einen gesonderten Aufschlag vorzusehen. Mit dem Aufschlag würden der interkollegiale Aufwand und die Kosten für konsiliarische Rücksprachen zwischen den Partnern einer Gemeinschaftspraxis abgegolten, wie dies auch in der Rechtsprechung des BSG anerkannt sei (zuletzt Entscheidungen vom 17. März 2010). Darüber hinaus seien diese Regelungen im Quartal I/09 noch nicht relevant gewesen, da sie erst am 01. Juli 2009 in Kraft getreten seien.

Jedenfalls ergebe sich aus der unterschiedlichen Festlegung der Anpassungsfaktoren für die Leistungen der Psychotherapie und der Gesamtvergütung insgesamt keine Benachteiligung der Klägerin. Die Hochrechnung der Leistungsmenge zur Ermittlung des Orientierungswertes gemäß § 87c Abs. 1 Satz 5 SGB V habe die Aufwertung bestimmter Leistungen aufgrund der festzulegenden Anpassungsfaktoren berücksichtigen müssen. Damit habe die quantitative Festlegung der Anpassungsfaktoren unmittelbar die Festsetzung des Orientierungswertes beeinflusst. Andererseits habe mit dem festgelegten Orientierungswert das bundesweite Vergütungsniveau der bestimmten Leistungen eingestellt werden müssen. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren seien die Anpassungsfaktoren durch ein mathematisches Gleichungssystem, so wie von den Beigeladenen zu 2) vorgetragen, gebildet worden.

Die Beigeladene zu 1) bestätigte, dass die festgelegte Honorarverteilungsquote für den KV Bezirk Hessen in keiner Weise den tatsächlichen Honorarergebnissen des Jahres 2007 entspreche. Gleichwohl sei ihre Festlegung im Rahmen des Gestaltungsspielraums des EBewA nicht willkürlich. In der Honorarsystematik bis zum 31. Dezember 2008 hätten KV-bezirksbezogene unterschiedliche Preise für die ambulanten ärztlichen Leistungen existiert, da diese von der Vereinbarung der regionalen Gesamtvergütung einerseits und vom Abrechnungsverhalten der Vertragsärzte in der jeweiligen KV-Region andererseits abhängig gewesen seien. Zielsetzung der HVV-Quoten sei gewesen, diese Preise bundesweit zu vereinheitlichen. Der Umstieg auf einen einheitlichen Preis habe für Vertragsärzte in den KV-Bezirken mit überdurchschnittlichen Punktwerten eine Herabsetzung der Preise der ambulanten ärztlichen Leistungen bedeutet, sowie umgekehrt, bei bisher unterdurchschnittlichen Punktwerten, einen Preisanstieg nach sich gezogen. Letzteres gelte auch für Hessen. Auf der anderen Seite seien die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Vereinheitlichung des für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugrunde zu legenden Verhandlungsbedarfs je Versichertem unscharf. § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V suggeriere, dass je Versichertem ein bundeseinheitlicher Behandlungsbedarf vorgegeben werde, der regional mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der in dem jeweiligen KV Bezirk wohnenden Versicherten zu regionalen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen führe. Bei der erstmaligen Festlegung des Behandlungsbedarfs gemäß § 87c Abs. 4 SGB V hingegen könne wegen der Formulierung in Satz 3 ("für jede Krankenkasse ist die im Jahr 2008 erbrachte Menge") geschlossen werden, dass ein regionaler historischer Ansatz zu verwenden sei. Im Rahmen seines Gestaltungsspielraumes habe der EBewA die Verwendung des regionalen Punktzahlvolumens je Versichertem vorgesehen und zur Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen Berücksichtigung der Anwendung von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen eine bundesweite Betrachtung angestellt. So habe die Finanzierung der regionalen ambulanten Versorgung vor dem Hintergrund der erwünschten Preisvereinheitlichung mit den dargestellten Umverteilungswirkungen zwischen den Regionen entsprochen werden können: In einem KV-Bezirk auf dessen Gesamtvergütung die Preisvereinheitlichung negativ wirke und in dem historisch ein geringer Behandlungsbedarf je Versichertem zur Abrechnung gelange, werde in der Regel eine hohe honorarwirksame Begrenzungsregelung angewendet und damit eine geringe HVV-Quote resultieren. Durch die vom EBewA verwendete bundesweite Betrachtung der HVV-Quote werde dieser negative Effekt der Preisvereinheitlichung in diesem KV Bezirk gegenkompensiert. Ansonsten sei in diesen KV-Bezirken von vornherein eine Gefährdung der Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Kauf genommen worden, was der Verpflichtung zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die gemeinsame Selbstverwaltung widersprochen hätte. Die nachträgliche Korrektur der bundeseinheitlichen Betrachtungsweise der HVV-Quoten sei vom EBewA ausschließlich zur Angleichung des West-Ost-Vergütungsgefälles für GKV-Versicherte und der Sicherstellung der Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung vorgenommen wurden. Hinsichtlich der neuen Bundesländer habe der EBewA zur Angleichung des Vergütungsniveaus ausdrücklich eine zusätzliche Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen vorgesehen, so dass eine Benachteiligung der Beklagten hieraus nicht resultiere. Hinsichtlich der Sicherstellung der Finanzierung in den alten Bundesländern habe sich der EBewA davon leiten lassen, dass in einigen KV-Bezirken sowohl aus der Vereinheitlichung des Preises als auch aus der Vereinheitlichung der HVV-Quoten eine Benachteiligung

folgte. Dem sei durch die Anhebung der bundesdurchschnittlichen HVV-Quote entgegengewirkt worden und zur Gegenfinanzierung die Quote der Profiteure gesenkt worden. So entstehe keine Benachteiligung, sondern lediglich die Abschmelzung einer Übervorteilung, die ohne diese Korrektur entstanden wäre. Hinsichtlich der regionalen Versorgungsbesonderheiten habe die Auswertung der Daten ergeben, dass sich regionale Unterschiede nicht zwischen einzelnen KV-Bezirken darstellen ließen, sondern aufgrund von regionalen Unterschieden innerhalb eines KV-Bezirks. Eine derartige Differenzierung sei jedoch im Gesetz nicht vorgesehen. Aufgrund der Vielzahl von regionalen Differenzierungsmöglichkeiten sei eine entsprechende Darstellung auch aus praktischen Gründen gescheitert. Die Datenauswertung habe insbesondere ergeben, dass die Kosten- und Versorgungsstruktur keine geeigneten Kriterien für eine Differenzierung seien. Den regionalen Vertragspartnern sei jedoch unbenommen, hier Sonderregelungen zu treffen. Hinsichtlich der belegärztlichen Versorgung sei nicht ersichtlich, weshalb das Bundesland Hessen hier eine Sonderstellung einnehmen solle. Zudem sei mit Wirkung zum 01. April 2009 diese Regelung nachgebessert worden. Hinsichtlich des Orientierungswertes erkenne der EBewA ausdrücklich an, dass mit der neuen Systematik die Differenz der beiden Punktwerte (Orientierungspunktwert und kalkulatorischer Punktwert in Höhe von 5,11 Cent) nicht sachgerecht sei. Einer Anpassung würde jedoch ein zusätzliches Ausgabenvolumen der GKV in Höhe von 13 Mrd. Euro verursachen. Vor diesem Hintergrund habe der EBewA in seiner 12. Sitzung am 20. Mai 2009 die ausführliche Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen des EBM beschlossen.

Die Beigeladene zu 1) bestätigt den Vortrag der Beigeladenen zu 2) auch hinsichtlich der Bildung der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge, der EBM-Quote, sowie der Nichteinbeziehung des Faktors Geschlecht als Morbiditätskriterium. Hinsichtlich der EBM-Quote sei Grundlage der Festsetzung ein Vergleich der Punktzahl je Behandlungsfall des jeweils ersten Quartals der Jahre 2008 und 2007 aus zwei Kassenärztlichen Vereinigungen gewesen. Diese hätten zur Evaluation der Auswirkungen der Einführung des EBM zum 01.01.2008 ihre Abrechnungsdaten vorzeitig zur Verfügung gestellt.

Die Beigeladene zu 1) ergänzt, dass im Quartal I/09 im Bezirk der KV Hessen lediglich bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin die Versichertenpauschale in der Altersgruppe 0 - 5 Jahre den RLV-Fallwert überschritten habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie insbesondere des Vortrags der Beteiligten wird Bezug genommen auf die Verwaltungsakte der Beklagten, sowie die Prozessakte, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die zulässige Klage ist nicht begründet.

Der RLV-Zuweisungsbescheid vom 26. November 2008, ersetzt durch den RLV-Zuweisungsbescheid vom 26. März 2009, in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Mai 2009 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Die Bescheide stehen in Einklang mit dem diesen zugrunde liegenden Honorarvertrag 2009 (abgeschlossen zwischen der Beklagten und den Hessischen Krankenkassenverbänden gemäß § 87a bis § 87c SGB V für die Zeit ab dem 01.01.2009, im folgenden HVV 2009) sowie den diesem HVV zugrunde liegenden Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 sowie vom 17.10.2008 und 23.10.2008 (im folgenden Beschlüsse EBewA 2008), die ihrerseits zwar teilweise rechtswidrig sind, jedoch die Klägerin nicht in ihren Rechten verletzen.

Die Klägerin kann grundsätzlich die Rechtmäßigkeit von Beschlüssen des Bewertungsausschusses im vorliegenden Verfahren auch geltend machen. Der Zuweisungsbescheid für das RLV I/09 an die Klägerin stellt einen Verwaltungsakt dar, der mit Widerspruch und Klage angefochten werden kann. Im Rahmen dieses Verfahrens ist eine inzidente Überprüfung der dem Bescheid zugrundeliegenden Normen vorzunehmen (Engelhard in Noftz u. a., Kommentar zum SGB V, § 87b Rn. 93).

Die Zuweisung des RLV für das streitgegenständliche Quartal I/09 beruht auf den gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung, die sich aus §§ 87 ff. SGB V i. V. m. den Beschlüssen EBewA 2008 sowie dem HVV 2009 ergeben. Eine Rechtsverletzung der Klägerin ergibt sich aus den Beschlüssen EBewA 2008 nicht.

Der Bewertungsausschuss war zunächst zur Normsetzung durch Beschlüsse berechtigt. Die Beschlüsse des BewA sind als Normsetzung durch Vertrag zu qualifizieren. Die Normsetzung erfolgt nicht unmittelbar zwischen den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge, sondern durch gesonderte Bewertungsausschüsse (§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V), jedoch wird deren Handeln den Partnern der Bundesmantelverträge als eigenes zugerechnet (vgl. BSG, Urteil vom 15.05.2002, Az. B 6 KA 33/01 R). Dass der Bewertungsmaßstab ggf. in einem schiedsamtsähnlichen Verfahren durch den Erweiterten Bewertungsausschuss festgesetzt wird, ändert nichts daran, dass es sich dabei um vertragliche Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (bzw. dem Spitzenverband Bund) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung handelt. Dementsprechend hat das BSG den Bewertungsausschuss ungeachtet seiner Verselbständigung in ständiger Rechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 29.09.1993, Az. 6 RKa 65/91 zuletzt Urteil vom 28.5.2008, B 6 KA 9/07 R) als "Vertragsorgan" bezeichnet, durch das die Partner der Bundesmantelverträge Vereinbarungen schließen. Damit ist geklärt, dass der Bewertungsausschuss nicht lediglich ein (Unter-)Ausschuss des Normgebers "Bundesmantelvertragspartner" ist, sondern den Normgeber in der besonderen Organisationsform "Vertragsorgan" repräsentiert. Einheitlicher Bewertungsmaßstab und Bundesmantelvertrag haben somit letztlich denselben Normgeber.

Der Gesetzgeber hat dem Bewertungsausschuss durch § 87 ff. SGB V bestimmte originäre Aufgaben übertragen und sie damit der – ansonsten nach § 82 SGB V bestehenden – Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner entzogen. Innerhalb dieses speziellen Aufgabenbereichs hält sich grundsätzlich auch die hier in Rede stehende Gesamtvergütung und Bildung von RLV.

Dem Bewertungsausschuss kommt bei der ihm übertragenen Aufgabe der Konkretisierung des Inhalts des Gesetzes Gestaltungsfreiheit zu

(so das BSG in ständiger Rechtsprechung, zuletzt Urteil vom 17.03.2010, Az. B 6 KA 43/08 R; Urteil vom 03.02.2009, Az. B 6 KA 31/08 R) Der Gestaltungsspielraum des BewA ist auch von der Rechtsprechung zu respektieren. Gleichwohl unterliegt der Bewertungsausschuss als untergesetzlicher Normgeber gerichtlicher Kontrolle; er ist an die einfachgesetzlichen Vorgaben ebenso wie an die grundrechtlichen Gewährleistungen in Art. 3 Abs. 1 und Art. 12 Abs. 1 GG gebunden (BSG, Urteil vom 17.03.2010 – B 6 KA 41/08 R).

Die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränkt sich jedoch darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Dies ist erst dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in einem "groben Missverhältnis" zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht (BVerfGE 108, 1, 19), d. h. in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist (so BVerwGE 125, 384 Rn. 16; vgl. auch BSG, Urteil vom 28.05.2008 – B 6 KA 49/07 R). Die gerichtliche Kontrolle von Entscheidungen des BewA ist somit im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten sind. Der BewA überschreitet den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind – etwa weil eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt wird – oder dass es im Lichte von Art. 3 Abs. 1 GG keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. für die ungleiche Behandlung von im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalten gibt (BVerfG, Beschluss vom 22.10.2004, SozR 4-2500 § 87 Nr 6 RdNr. 19, 21 m.w.N.). Diese Anforderungen an die Intensität einer gerichtlichen Kontrolle untergesetzlicher Normen bedürfen der Modifizierung, sofern das Normprogramm auf tatsächliche Verhältnisse Bezug nimmt und/oder eine Regelung als sog. "zahlenförmige Norm" getroffen wird. Macht eine Norm tatsächliche Umstände – beispielsweise die bundesdurchschnittlichen Kostenquoten der Arztgruppen in einem bestimmten Jahr – zur Grundlage ihrer Regelung, erstreckt sich die gerichtliche Überprüfung insbesondere darauf, ob die Festlegung frei von Willkür ist. Dies ist der Fall, wenn bei allen Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren wurde, aber auch dann, wenn weitere Gesichtspunkte – etwa eine unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen – eine differenzierte Regelung sachlich rechtfertigen. Enthält eine Honorierungsregelung, die als solche keine Grundrechtsbeeinträchtigung von gewisser Intensität betrifft, als Tatbestandsmerkmale Zahlen oder Formeln, haben die Gerichte zu prüfen, ob sachliche Gründe erkennbar sind, welche die getroffene Festlegung als nicht willkürlich erscheinen lassen. Dabei müssen sie Streitpunkten nachgehen und die Einwände der Prozessbeteiligten würdigen. Allerdings darf die gerichtliche Kontrolldichte speziell der Entscheidungen des BewA nicht überspannt werden. Denn der an den Bewertungsausschuss gerichtete gesetzliche Gestaltungsauftrag zur Konkretisierung der Grundlagen der vertragsärztlichen Honorarverteilung umfasst auch den Auftrag zu einer sinnvollen Steuerung des Leistungsgeschehens in der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu bedarf es komplexer Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Die gerichtliche Überprüfung eines komplexen und auch der Steuerung dienenden Regelungsgefüges darf sich deshalb nicht isoliert auf die Bewertung eines seiner Elemente beschränken, sondern muss stets auch das Gesamtergebnis der Regelung mit in den Blick nehmen. Die Richtigkeit jedes einzelnen Elements in einem mathematischen, statistischen oder betriebswirtschaftlichen Sinne ist deshalb nicht Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit der gesamten Regelung (BSG, Urteil vom 28.05.2008 – B 6 KA 49/07 R).

Unter Berücksichtigung dieses gerichtlichen Überprüfungsmaßstabes genügt der Beschluss des BewA vom 27./28.08.2008 in großen Teilen den gesetzlichen Anforderungen.

In den §§ 87 ff. SGB V werden die Änderungen des Gesundheitssystems durch die Einführung des sog. Gesundheitsfonds durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung im SGB V umgesetzt. Abweichend von der bisherigen Systematik ziehen die Krankenkassen ihre Beiträge zwar weiterhin ein, übertragen sie dann jedoch an den Gesundheitsfonds, § 52 SGB V. Die Mittelzuteilung aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen erfolgt sodann im Rahmen des Risikostrukturausgleichs, § 266 SGB V, unter Berücksichtigung von Morbiditätsgesichtspunkten. Für den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bestimmen die §§ 87a-c SGB V sodann, welche Summen von der jeweiligen Krankenkasse den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung der vertragsärztlichen Versorgung nach welchen Kriterien zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen dieses Systems legen die §§ 87 bis 87b SGB V in umfangreicher Form die Ausgestaltung des Honorarverteilungssystems fest. § 87c SGB V enthält davon abweichend bzw. dazu ergänzend spezifische Vorgaben für die Übergangsjahre 2009 und 2010.

I. Bildung des Orientierungspunktwertes, Teil A Für das Jahr 2009 geben §§ 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3, 87c SGB V zunächst die Bildung eines bundesweiten Orientierungspunktwertes vor. Dieser ist rechnerisch durch die Division des Finanzvolumens durch die Leistungsmenge zu ermitteln, § 87c Abs. 1 Satz 2 SGB V. Das Finanzvolumen ergibt sich aus der Summe der bundesweit insgesamt für das Jahr 2008 nach § 85 Abs. 1 SGB V zur entrichtenden Gesamtvergütungen in Euro, welche um die für das Jahr 2009 geltenden Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V für das gesamte Bundesgebiet zu erhöhen ist, § 87c Abs. 1 Satz 3 SGB V. Die Leistungsmenge ist als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abzubilden; sie ergibt sich aus der Hochrechnung der dem Bewertungsausschuss vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens 4 Kalendervierteljahre umfassen. Bei dieser Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen, § 87c Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V. Für die Hochrechnung nach Satz 4 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Bewertungsausschuss unentgeltlich bis zum 01. Juni 2008 die ihnen vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens 4 Kalendervierteljahre umfassen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen, § 87c Abs. 1 Satz 6 SGB V.

Diese gesetzlichen Vorgaben hat der Bewertungsausschuss in seinen Beschlüssen 2008 in nicht zu beanstandender Weise umgesetzt. Dabei hat er – da die Daten für das Jahr 2008 noch nicht zur Verfügung standen – auf die Datengrundlage für das Finanzvolumen von 2007 zurückgegriffen und jeweils die Grundlohnsummensteigerung für die Jahre 2008 und 2009 in seine Berechnungen mit einbezogen. Das Gericht hält den von den gesetzlichen Vorgaben abweichenden Rückgriff auf die Zahlen des Jahres 2007 in Anbetracht des gesetzlich vorgegebenen Zeitpunktes der Beschlussfassung für nicht zu beanstanden, zumal die Grundlohnsummensteigerungen für die Jahre 2008 und 2009 Berücksichtigung fanden und es sich um das letzte vollständig abgerechnete Leistungsjahr gehandelt hat.

1. EBM-Quote Darüber hinaus hat der EBewA die EBM-Auswirkungen zum 01.01.2008 in gesetzeskonformer Weise mit einer Quote von 9,7% (im folgenden EBM-Quote) in seine Berechnungen einbezogen. Die Beigeladenen haben die Berechnungsweise dieser Quote auf der

Grundlage eines Vergleichs der Punktzahl je Behandlungsfall in den Quartalen I/07 und I/08 vorgenommen. Dabei wurde zwar nur das Datenmaterial aus zwei KVen berücksichtigt. Die Beigeladenen haben jedoch im Termin zur mündlichen Verhandlung nachvollziehbar dargelegt, dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung das komplette Datenmaterial für das Quartal I/08 nicht aus allen KVen vorlag und so nur auf der Basis der Vorabübermittlung der Daten aus zwei KVen überhaupt Daten gewonnen werden konnten. Das Gericht hält dieses Vorgehen insbesondere auch deshalb für nicht zu beanstanden, da sich auch retrospektiv – nach Vorlage sämtlicher Daten – kein Anpassungsbedarf für die EBM-Quote ergeben hat. Dies hat die Beigeladene zu 2) im Termin zur mündlichen Verhandlung bestätigt.

2. Anpassungsfaktoren Auch die Berücksichtigung von Anpassungsfaktoren für bestimmte Leistungen innerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Beschluss vom 27./28.8.2008, Teil A, 2.4, Teil H) hält das Gericht für systemkonform. Für die bisher im Jahr 2007 extra budgetär gewährten Leistungen bestand ein Honorierungssystem zu festen Werten, für die überwiegend bundesweit höhere Punktwerte zwischen den regionalen Gesamtvertragspartnern vereinbart waren. Verbunden mit der Zielsetzung, sowohl die Leistungsmenge für diese Leistungen im Jahr 2009 als auch das Punktwertniveau aufrechterhalten zu können, mussten diese Leistungen konsequenterweise mit einem Anpassungsfaktor versehen werden, der auch bei der Ermittlung des Orientierungswertes Berücksichtigung fand. Die von den Beigeladenen dargelegte Zielsetzung, hinsichtlich dieser Leistungen Honorarverluste im Jahr 2009 gegenüber 2007 zu vermeiden, ist ein legitimes Ziel im Hinblick auf die Gewährleistung einer gewissen Kontinuität in der Vergütungshöhe der Vertragsärzte, die in diesen Leistungssegmenten tätig sind. Die Berechnungsmethoden für die Anpassungsfaktoren wurden weder von der Klägerin noch von der Beklagten gerügt. Das Gericht hat insoweit keine Anhaltspunkte, um anzunehmen, dass das von der Beigeladenen zu 1) beschriebene mathematische Gleichungssystem zur Ermittlung der Anpassungsfaktoren für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung fehlerhaft gewesen ist.

Antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen genießen schon nach der gesetzlichen Vorgabe in § 87Abs. 2c S. 6 SGB V einen besonderen Status. Der EBewA hat dementsprechend dafür Sorge zu tragen, dass eine angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen sichergestellt wird. Vor diesem Hintergrund wurde dem System zusätzlich ein Betrag von 160 Mio. EUR zur Verfügung gestellt. Der Zielsetzung, eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen sicherzustellen, entsprach auch die Festlegung des EBM-Anpassungsfaktors für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen in Teil D der Beschlüsse BewA 2008.

Aufgrund der systematischen Unterschiede der Teile A und D der Beschlüsse des BewA (Berechnung des Orientierungspunktwertes einerseits und Festlegung der Leistungsbewertung im EBM andererseits) ist der Einwand der Klägerin nicht nachvollziehbar, dass hier in beiden Beschlussteilen zwingend identische Werte zu verwenden seien. Hinsichtlich der Berechnung des Orientierungspunktwertes gilt das oben allgemein zu den Anpassungsfaktoren Gesagte. In Beschluss Teil F 3.1 wird für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM ein Vergütungsvolumen separiert, das bei der Bemessung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einbezogen wurde. Innerhalb dieses separierten Vergütungsvolumens ist sodann berechnet worden, mit welchem Faktor die in diesem Bereich zu vergütenden Leistungen auch unter Berücksichtigung einer Mengenentwicklung bewertet werden können. So ergab sich der Faktor von 1,3196. Insofern schließt sich das Gericht den Beigeladenen in der Folgerung an, dass die Bewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen nach Teil D des Beschlusses aufgrund der vorhergehenden Separierung des Vergütungsvolumens nicht zu Lasten anderer Fachgruppen erfolgt ist. Ein Gleichklang der Anpassungsfaktoren ist systematisch ebenfalls nicht zwingend. Der Klägerin kann auch nicht gefolgt werden, wenn sie vorträgt, die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen würden keiner Mengensteuerung unterliegen. In Beschluss Teil F Nr. 4 sind zeitbezogene Kapazitätsgrenzen vorgesehen, bei deren Überschreitung eine Vergütung zu abgestaffelten Preisen erfolgt. Insofern existiert ein Steuerungsinstrument über die zugewiesenen Zeitkontingente.

Auch hinsichtlich der Anpassungsfaktoren für die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten, der Akupunktur, der Polysomnographie sowie der MRT-Angiographie hat das Gericht keine Anhaltpunkte, an der korrekten Ermittlung derselben zu zweifeln. Auch die Wertung des BewA, dass gerade diese Leistungen – die auch vor 2009 bereits extrabudgetär vergütet worden sind – einer besonderen Berücksichtigung bedurften, ist nicht zu beanstanden, vielmehr systematisch konsequent.

Hinsichtlich der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung seitens des BewA bewerteten Leistungen sowie der hierfür gewährten Anpassungsfaktoren (Beschluss vom 27./28.8.2008, Teil A 1.2, Teil H) gilt ein identischer Beurteilungsmaßstab. Auch diesbezüglich bestehen seitens des Gerichts keine Bedenken an der Rechtmäßigkeit. Die Anpassungsfaktoren wurden für jedes Leistungssegment durch Division des höchsten Auszahlungspunktwertes des Jahres 2007 derjenigen KVen, die diesbezüglich das unterste Terzil aus allen KVen gebildet haben, durch den für das Jahr 2009 festgelegten Orientierungswert ermittelt (gilt für Teil A, 1.2. Nr. 3 und 4, d.h. belegärztliche Leistungen sowie Leistungen des Kapitels 31 etc.). Hinsichtlich der übrigen Leistungen (Teil A, 1.2. Nr. 5-10) wurde der bundesdurchschnittliche Auszahlungspunktwert des Jahres 2007 herangezogen.

3. HVV-Quote Das Gericht ist insbesondere unter dem Eindruck des in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Zahlenmaterials der Beigeladenen zweifelsfrei zu der Überzeugung gelangt, dass die Berücksichtigung einer bundeseinheitlichen sog. HVV-Quote in Teil A der Beschlüsse BewA 2008 sowie auch deren Berechnung keinen rechtlichen Bedenken im Hinblick auf die Konformität mit der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage des § 87c Abs. 1 S. 6 SGB V begegnet. Durch die Multiplikation der Leistungsmenge des Jahres 2007 mit der HVV-Quote hat der Bewertungsausschuss die gesetzliche Vorgabe berücksichtigt, dass sachlich-rechnerische Berichtigungen sowie die Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in die Berechnung einzubeziehen sind. Sinn und Zweck der Bildung einer bundeseinheitlichen HVV-Quote war – wie die Klägerin auch zutreffend bereits im Rahmen der Widerspruchsbegründung vorgetragen hat – , dass unterschiedliche Verteilungseffekte und Honorarverteilungsgrundsätze der Vergangenheit der Kassenärztlichen Vereinigung zu einer bundesdurchschnittlichen einheitlichen Berechnung des anerkannten Leistungsbedarfes herangezogen werden, mit dem Ziel einer zukünftigen Vereinheitlichung der vertragsärztlichen Vergütung bundesweit zu erreichen.

Die rechnerische Ermittlung der Quoten erfolgte durch Bildung eines Quotienten aus der Netto- und Bruttoleistungsmenge für jede KV. Die Bruttoleistungsmenge entspricht dabei der insgesamt regional abgerechneten Leistungsmenge. Die Nettoleistungsmenge berechnet sich durch Addition der Leistungsmengen, die im Rahmen der regionalen Honorarverteilung mit einem nicht abgestaffelten Punktwert vergütet wurden und der Leistungsmenge, die sich aus dem Verhältnis aus abgestaffeltem und vollem Punktwert ergibt. Das Gericht teilt ausdrücklich nicht die Auffassung der Klägerin und Beklagten, dass auch die zu abgestaffelten Punktwerten vergüteten Leistungen als vollwertige Leistungen in die Berechnung mit einbezogen werden mussten, da dies dem gesetzlichen Zweck der Berücksichtigung der

Honorarbegrenzungsmaßnahmen zuwider laufen würde. Der BewA musste daher für Hessen gerade nicht eine HVV-Quote von 99,4% berücksichtigen, sondern hat ausweislich der von den Beigeladenen im Termin zur mündlichen Verhandlung vorgelegten Übersicht über die regionalen HVV-Quoten zutreffend die auf dem von Hessen gelieferten Datenmaterial beruhende Quote von 94,21% errechnet. Aus dieser Übersicht ergibt sich auch zweifelsfrei die Richtigkeit der Berechnung der bundeseinheitlichen HVV-Quote von zunächst 90,59% im Beschluss des EBewA vom 27./28.8.2008. Das Gericht hält es auch für richtig, dass diese Quote – nachdem ein Fehler im Datenmaterial einer KV entdeckt worden war (so der unbestrittene Vortrag der Beigeladenen zu 2) im Termin zur mündlichen Verhandlung) – auf 90,48% im Beschluss des EBewA vom 23.10.2008 angepasst wurde.

Letztendlich hat der Bewertungsausschuss einen Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent in nicht zu beanstandender Weise ermittelt.

Dass der Orientierungspunktwert damit deutlich unter dem kalkulatorischen Punktwert von 5,11 Cent liegt, ist zwangsläufige Folge der gesetzlich vorgegebenen Systematik. Bei dem Kalkulationspunktwert handelt es sich lediglich um eine Rechengröße. Im Übrigen ist der EBewA im Hinblick auf die Abweichungen seiner Beobachtungspflicht nachgekommen, indem er mit Beschluss vom 20. Mai 2009 das Institut des BewA mit einer Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen des EBM beauftragt hat.

II. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Teil B Neu im System der Honorarverteilung unter dem Regime des Gesundheitsfonds ist die Bildung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3, § 87c Abs. 4 SGB V. Ziel dieser neuen Regelungssystematik ist eine Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen, da diese für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren auch rückwirkend noch mehr Honorar zur Verfügung stellen müssen (BT Drucksache 16/3100 Seite 88). Nach den gesetzlichen Vorgaben berechnet sich die Gesamtvergütung, die jede Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen hat, aus dem Produkt des Behandlungsbedarf jedes Versicherten, der Zahl der Versicherten, sowie den regionalen Punktwerten nach der Euro-Gebührenordnung. Für das Jahr 2009 bestimmt sich der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf abweichend von § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V für jede Krankenkasse wie folgt:

Für jede Krankenkasse ist die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse um die vom Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der Kriterien gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V zu schätzende bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versichertem des Jahres 2008 gegenüber dem Vorjahr anzupassen und mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkassen im Jahr 2009 zu multiplizieren. Die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen ergibt sich aus der Hochrechnung der den Vertragsparteien vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens 4 Kalendervierteljahre umfassen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen; bei der Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen bis zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen, § 87c Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den in § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Verbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Daten nach Satz 5 unentgeltlich bis zum 31. Oktober 2008, § 87c Abs. 4 Satz 6 SGB V. Der Bewertungsausschuss seinerseits beschließt bis zum 31. August 2008 ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs nach den Sätzen 1 bis 4 einschließlich der dafür erforderlichen Daten, § 87c Abs. 5 SGB V.

1. HVV-Quote Auf der Grundlage dieser Ermächtigungsnorm hat das Gericht zwar Zweifel daran, dass diese Ermächtigungsnorm in hinreichendem Maße die in Teil B der Beschlüsse BewA 2008 erarbeiteten länderspezifischen HVV-Quoten legitimiert. Die Zweifel nähren sich insbesondere aus dem Umstand, dass nach dem Wortlaut des Gesetzes eine bundeseinheitliche Quote zu bilden war. Der Beklagten ist zudem zuzugeben, dass die Regelungen der §§ 87 c Abs. 1 und 4 SGB V wortgleich sind. Damit scheint aus systematischen Erwägungen heraus zweifelhaft, warum für die Bildung des Orientierungswertes in Teil A eine bundeseinheitliche HVV-Quote zu bilden sein soll, für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in Teil B jedoch andere Maßstäbe gelten. Jedoch steht nicht zur vollen Überzeugung des Gerichts fest, dass diese Quotenbildung in Teil B in grobem Missverhältnis zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken gestanden hat. Jedenfalls hat der EBewA mit dieser Quotenbildung nicht zur vollen Überzeugung des Gerichts die äußersten rechtlichen Grenzen seiner Rechtssetzungsbefugnis überschritten. Die Bildung der länderspezifischen HVV-Quoten ist weder unverhältnismäßig noch unvertretbar sowohl hinsichtlich der einheitlichen Quote für die neuen Bundesländer als auch hinsichtlich der Ausdifferenzierung der Quoten für die alten Bundesländer.

a) Neue Bundesländer Für die neuen Bundesländer wurde zum Zwecke der Angleichung des Ost-West-Gefälles in der vertragsärztlichen Vergütung eine einheitlich erhöhte HVV-Quote von 95,17% gebildet. Diese Aufstockung erfolgte jedoch nicht zu Lasten der alten Bundesländer, so dass eine Beschwer der Beklagten und mittelbar auch der Klägerin nicht resultierte. Dass die Krankenkassen – wie die Beigeladenen nachvollziehbar und übereinstimmend darlegen – zusätzliches Geld zur Absenkung des Ost-West-Gefälles in das System gegeben haben, mag aus Sicht der Klägerin ungerechtfertigt sein, da dieses Geld offensichtlich zur Verfügung stand und womöglich auch anderweitig und auch zugunsten der Klägerin hätte verwendet werden können. Nach der gesetzlichen Vorgabe gab es jedoch für die Klägerin keinen Anspruch auf eine über der bundesdurchschnittlichen Quote liegende HVV-Quote, sondern das Gesetz sieht ausdrücklich eine am tatsächlichen Leistungsbedarf orientierte Quotenbildung vor, die zu einer bundeseinheitlichen Quote von 90,48% geführt hat.

b) Alte Bundesländer Die weitere Ausdifferenzierung dieser einheitlichen Quote in den alten Bundesländern erfolgte ausweislich der Stellungnahmen der Beigeladenen anhand des Kriteriums der Ausgaben pro Versichertem in der jeweiligen KV. So hat sich rechnerisch ein Zuschlag von 15% bzw. Abschlag von 8,2% auf die Differenz der KV-spezifischen zur bundesdurchschnittlichen Vergütung je Versichertem ergeben. Nach den überzeugenden Ausführungen der Beigeladenen war Hintergrund dieser Anpassung die Tatsache, dass die stringente Durchführung der Honorarverteilung nach der gesetzlichen Systematik zu Honorarverwerfungen geführt hätte. Das Gericht vermag nachzuvollziehen, dass es KVen gegeben hat, die durch die gesetzliche Regelungssystematik in doppelter Weise negativ betroffen worden sind.

Diese doppelte negative Betroffenheit abzuschmelzen hält das Gericht für einen legitimen Zweck, dem der BewA insbesondere vor dem Hintergrund seines Auftrags zur sinnvollen Steuerung des Leistungsgeschehens Rechnung tragen durfte. Hinzu kommt, dass die Regelung unstreitig nicht Verluste gegenüber den Vergleichszeiträumen für einzelne KVen bedeutet hat, sondern ausschließlich mit der

Honorarreform verbundene Zuwächse abgeschwächt wurden. Insoweit hat die Honorarreform gleichwohl auch für die Beklagte und mittelbar auch für die Klägerin eine Vermehrung der zur Verfügung stehenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bewirkt, so dass sich die Relation von Maßnahme und Zweck auch unter diesem Aspekt keinesfalls als unverhältnismäßig darstellt. Dies hat die Beigeladene zu 2) im Termin zur mündlichen Verhandlung auch anschaulich in Zahlen ausgedrückt. Der Beklagten stehen durch die Herabsenkung der hessischen HVV-Quote von 90,48% auf 90,40% 1,6 Mio. EUR weniger zur Verfügung. Dies entsprach hinsichtlich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einer Reduzierung des Zuwachses um 0,09%, hinsichtlich der Gesamtvergütung insgesamt einer Reduzierung um 0,07%. Dies erscheint dem Gericht im Hinblick auf den legitimen Zweck der Regelung hinnehmbar.

Das Gericht teilt schließlich auch die Zweifel der Beklagten im Hinblick auf die doppelte Berücksichtigung der HVV-Quote – einerseits bei der Berechnung des Orientierungspunktwertes, andererseits bei der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, in die der Orientierungspunktwert wiederum einfließt – nicht. Diese zweifache Berücksichtigung ist im Gesetzeswortlaut ausdrücklich angelegt.

III. Vorwegabzug von Leistungen Die Klägerin ist durch den in Anlage 2 zu Teil F des Beschlusses vom 27./28.8.2008 geregelten Vorwegabzug von Leistungen, die der EBewA als besonders förderungswürdig angesehen hat, nicht beschwert.

Eine Beschwer diesbezüglich ist zwar aufgrund der neuen Regelungssystematik nunmehr unmittelbar möglich. Das bisher bestehende Vergütungssystem nach Rechtskreisen (vgl. dazu insbesondere BSG Urteil vom 17.09.2008 Az.: B 6 KA 48/07 R m.w.N.) wird im Rahmen der Vorgaben des Gesundheitsfonds relativiert (so auch Engelhard, a.a.O., § 87a Rdnr. 28). Aufgrund der spezifischen Ausgestaltung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wirkt der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen bestehende Rechtskreis unmittelbar in den Rechtskreis von Vertragsarzt zur Kassenärztlichen Vereinigung hinein. Zum einen sind über den vereinbarten Behandlungsbedarf hinausgehende Leistungen nochmals nachträglich zu vergüten, sofern sie sich aus einem unvorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben. Zum anderen sind auch Veränderungen bei der Zahl der Versicherten nachträglich zu vergüten. Die gesetzliche Formulierung in § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V dahingehend, dass die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ihre morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bezahlen, kann insoweit nur noch eingeschränkte Geltung beanspruchen. Zudem schlagen nach der gesetzlichen Regelungssystematik Änderungen in der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unmittelbar auf den einzelnen Vertragsarzt durch. Das Gesetz sieht vor, dass in einem gestuften System die folgenden RLV aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abzüglich Rückstellungen und Zahlungen für den Fremdkassenausgleich zu bilden sind:
1. RLV nach Versorgungsbereichen im Sinne des § 73 SGB V.
2. Innerhalb des jeweiligen Versorgungsbereich nach 1. RLV der Arztgruppen.
3. Innerhalb des RLV nach 2. RLV des einzelnen Arztes (vgl. Anlage 2 zu Beschluss Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 27. und 28.08.2008).
In diesem gestuften System bedeutet eine Mengenreduzierung auf der jeweils höheren Ebene unmittelbar eine Mengenreduzierung auch auf allen unteren Ebenen, so dass ein Fehler in der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unmittelbare Auswirkungen auf das individuelle Arzthonorar haben kann.

Im vorliegenden Fall waren die durch den EBewA vorgenommenen Vorwegabzüge jedoch als Bestandteil seines Erprobungsspielraums und unter Beachtung seiner Beobachtungspflicht rechtmäßig. Der Klägerin ist zuzugeben, dass die vom EBewA gewählte Systematik der Berechnung der RLV grundsätzlich dazu führt, dass eine Leistungsmengenbegrenzung innerhalb der RLV durch den Vorwegabzug von besonders förderungswürdigen Leistungen erfolgt. Dies bedeutet, dass das Geld, was für die besonders förderungswürdigen Leistungen vorab in Abzug gebracht wird, für die Bildung der RLV in den Folgequartalen jeweils nicht mehr zur Verfügung steht. So entsteht ein System, bei dem Mengenausweitungen im Bereich der vorweg vergüteten Leistungen zu Lasten der RLV für alle Fachgruppen Auswirkungen entfalten. Das Gericht hält dieses System – das tatsächlich im Laufe des Jahres 2009 unstreitig zu einer Reduzierung der RLV-Fallwerte geführte hat und die Beigeladenen zu Korrekturen veranlasst hat – für nicht mit dem aus Art. 12 Abs. 1 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG abgeleiteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. dazu BSG, Urteil vom 29.09.1993, Az. 6 RKa 65/91) vereinbar. Eine Verletzung dieses Grundsatzes liegt vor, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Eine von Fachgruppe zu Fachgruppe unterschiedliche Vergütung gleicher Leistungen ist verfassungsrechtlich nur zu begründen, wenn sie einen legitimen Zweck verfolgt, zur Erreichung dieses Zweckes geeignet und notwendig ist sowie dem Gebot der Verhältnismäßigkeit genügt (BSG, Urteil vom 07.02.1996, Az. 6 RKa 68/94). Nicht alle Fachgruppen können von ihrem Leistungsspektrum aus betrachtet gleichermaßen an den vorweg abziehbaren Leistungen partizipieren. So erhalten diejenigen Fachgruppen mit einem hohen Anteil vorweg abziehbarer Leistungen unmittelbar zu Lasten anderer Fachgruppen eine höhere Vergütung. Insoweit ist der Klägerin zuzugeben, dass die vom EBewA gewählte Systematik nicht der angestrebten flächendeckenden Leistungsmengenbegrenzung dient, sondern nur eine Begrenzung innerhalb der RLV stattfindet. Soweit diese Systematik dazu führt, dass nicht einmal mehr die Grundpauschalen zur Vergütung gelangen – wie dies im streitgegenständlichen Quartal nach Angaben der Beigeladenen zu 1) nur für die Kinder- und Jugendärzte der Fall gewesen ist – hält das Gericht diese Systematik für rechtswidrig. Grundsätzlich ist zwar zur Überzeugung des Gerichts nicht zu beanstanden, dass als besonders förderungswürdig angesehene Leistungen durch einen Festbetrag vorab vergütet werden. Für Mengenentwicklungen in diesem Bereich muss jedoch zur Wahrung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit ein Mechanismus etabliert werden, der eine unbegrenzte Mengenentwicklung im Bereich des Vorwegabzuges nicht zulässt.

Die Beigeladenen haben diesen Konstruktionsfehler ihrer Beschlüsse durch die Entwicklung der RLV-Fallwerte erkannt und diesen Entwicklungen dann entsprechend gegengesteuert. Der EBewA hat bereits am 15. Januar 2009 einen ersten Konvergenzbeschluss zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen RLV gefasst, der es den Partnern der Gesamtverträge zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung gestattet, einvernehmlich ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen RLV zu beschließen. Dieser Beschluss wurde durch Beschluss vom 20. April 2009 dahingehend ergänzt, dass auch Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet werden, einer Steuerung unterzogen werden können, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu Lasten anderer Ärzte entgegenzuwirken. Am Ende der vorläufigen Entwicklung stand die Etablierung qualifikationsgebundener Zusatzvolumina zum 01. Juli 2010. Diese Volumina werden nunmehr innerhalb der einzelnen Fachgruppen gebildet. Mengenausweitungen gehen damit nicht mehr zu Lasten unbeteiligter Arztgruppen. Die Beigeladenen haben durch diese Maßnahmen ihre Beobachtungs- und Nachbesserungspflichten (dazu grundlegend BSG, Urteil vom 09.09.1998, Az. B 6 KA 55/97 R) wahrgenommen und ausgeübt. Dafür, dass die Beigeladenen die stattgefundenen Entwicklungen bereits

hätten vorhersehen müssen und ihnen daher vorzuwerfen wäre, dass sie wider besseren Wissens die gewählte Systematik durchgesetzt hätten, hat das Gericht keine Anhaltspunkte. Zwar mag es eine grundsätzliche Ausweitungstendenz für vorab vergütete Leistungen im Vertragsarztsektor geben. Daraus die tatsächlich eingetretenen Entwicklungen zu Lasten der RLV-Fallwerte im konkreten Ausmaß vorherzusehen, war jedoch dem BewA wohl nicht zuzumuten. Jedenfalls hat der EBewA nicht die äußersten rechtlichen Grenzen ihrer Rechtssetzungsbefugnis überschritten. Darüber hinaus spielen die dargestellten Entwicklungen für das allein streitgegenständliche Quartal I/09 zwar in Bezug auf die Systematik, nicht jedoch hinsichtlich der weiteren Fallwert-Entwicklungen im Laufe des Jahres 2009 eine Rolle.

Auch die Auswahl der vorweg vergüteten Leistungen steht mit den gesetzlichen Vorgaben des § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V in Einklang. Insbesondere folgt das Gericht der Beigeladenen zu 2) in der Begründung, dass Leistungen wie z.B. des organisierten Notdienstes, dringende Besuche oder besondere Inanspruchnahmen vorab zu vergüten sind, da die Versorgung der Versicherten in diesen Bereichen nicht durch eine potentielle Abstaffelung der Vergütung gefährdet werden darf. Gleiches gilt für die Herausnahme von Leistungen, die eine besondere Qualifikation erfordern oder nur von einer geringen Anzahl Ärzte einer Fachgruppe erbracht werden. Würde man diese Leistungen in die RLV einbeziehen, hätte dies einen Fallwertanstieg für alle Ärzte der Gruppe zur Folge, der nicht gerechtfertigt ist. Auch hinsichtlich der Fachärzte für Pathologie und Laboratoriumsmedizin hält das Gericht die Berücksichtigung der Leistungen im Vorwegabzug für gerechtfertigt, da es sich um zahlenmäßig sehr kleine Arztgruppen handelt, die nur Auftragsleistungen erbringen und deren RLV durch exogene Veränderungen starken Schwankungen ausgesetzt wären. Auch die Höhe der Vorwegabzüge sieht das Gericht als sachgerecht an. Der EBewA hat sich diesbezüglich an der Höhe der Vorwegabzüge in den Vergütungen des Jahres 2007 orientiert. Da absehbar gewesen ist, dass die Beschlüsse zu einer Honorarsteigerung für die Vertragsärzte in Höhe von ca. 3 Mrd. Euro im Jahr 2009 gegenüber im Jahr 2007 führen würden, durfte der BewA im Rahmen seines Erprobungsspielraumes auch von einem ausreichenden Vergütungsvolumen für die Bildung der RLV ausgehen.

IV. Regionale Besonderheiten Auf der Grundlage des ermittelten Orientierungswertes vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden sind, § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V. Aus diesen Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen, § 87a Abs. 2 Satz 6 erster Halbsatz SGB V. Bei der Bildung dieser Euro-Gebührenordnung können die Vertragspartner Zu- und Abschläge von den Orientierungswerten vereinbaren um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen, § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V, wobei zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2f) SGB V anzuwenden sind, § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V.

§ 87 Abs. 2f) SGB V bestimmt wiederum, dass der Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach § 87a Abs. 2 SGB V festlegt, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach Abs. 2e Satz 1 abgewichen werden kann. § 87 Abs. 2f) Satz 2 bis Abs. 2g) SGB V am Ende legt sodann das Verfahren für die Bildung der Indikatoren und die zugrunde zu legenden Maßstäbe fest. Abweichend hiervon bestimmt § 87c SGB V für das Jahr 2009, dass – sollte es dem Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2008 nicht möglich sein, die zu Erstellung eigener Indikatoren erforderlichen Daten zu erheben und auszuwerten – er die Abweichungen der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft mit Hilfe von amtlichen Indikatoren ermitteln kann. Diesem gesetzlichen Auftrag ist der BewA im Beschluss vom 27. und 28.08.2008, Teil C nicht in ausreichendem Maße nachgekommen. Der EBewA stellt lapidar fest, dass nach sorgfältiger Prüfung der Datengrundlagen und deren Eignung keine Indikatoren zur Messung der regionalen Wirtschaftskraft für das Jahr 2009 anzuwenden seien. Dies gelte auch für Indikatoren zur Versorgungs- und Kostenstruktur. Auch hier seien regionale Besonderheiten nicht feststellbar. Diese Einschätzung des BewA haben die Beigeladene zu 1) und 2) im schriftlichen Klageverfahren sowie auch im Termin zur mündlichen Verhandlung wiederholt und darauf hingewiesen, dass sich Unterschiede in der Wirtschaftskraft bzw. Versorgungs- und Kostenstruktur allenfalls regional jedoch nicht zwischen einzelnen Bundesländern ermitteln ließen. Diese Einschätzung hält das Gericht einerseits für unzutreffend, da allgemein bekannt ist, dass die Bundesländer im Hinblick auf ihre Wirtschaftskraft über sehr unterschiedliche Voraussetzungen verfügen. Zudem hält es das Gericht für fernliegend, dass die statistischen Ämter des Bundes und der Länder keinerlei Indikatoren liefern können, die die Kosten- und Versorgungsstruktur zwischen den Ländern analysierbar machen, auch wenn dem BewA zuzugeben sein mag, dass die Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen innerhalb eines Landes ggf. mehr Signifikanz haben. Die gänzliche Nichtberücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben hält das Gericht vor diesem Hintergrund für schlechterdings unvertretbar. Die Klägerin hat zudem auf die Besonderheiten des hessischen Belegarztwesens hingewiesen. Dass es sich hierbei um eine Besonderheit in der Versorgungsstruktur handelt, die in anderen Ländern nicht gleichermaßen ausgeprägt wäre, ist denkbar. Das Gericht versteht zwar die Umsetzungsschwierigkeiten der Beigeladenen insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Feststellung von Indikatoren nach den gesetzlichen Vorgaben zwingend einen Zu- oder Abschlag auf sämtliche Punktwerte der Euro-Gebührenordnung ohne Differenzierung nach Leistungsart oder Fachgruppe nach sich zieht und damit – beispielsweise konkret im Falle einer Besonderheit im Belegarztwesen – alle Fachgruppen von erhöhten Euro-Gebührenwerten profitieren müssten. Gleichwohl ist eine Bewertung der Indikatoren in concreto nach der Systematik des Gesetzes den regionalen Gesamtvertragspartnern übertragen, so dass es nicht dem Bewertungsausschuss obliegt zu beurteilen, ob beispielsweise die hessische Belegarztstruktur eine durchgängige Höherbewertung der Euro-Gebührenwerte rechtfertigen würde. Jedenfalls steht für das Gericht nicht in Zweifel, dass exemplarisch die Struktur des Belegarztwesens ein Indikator für Besonderheiten in der Versorgungsstruktur sein kann. Zudem hat der Gesetzgeber in den o. g. Vorschriften ein sehr detailgenaues System zur Feststellung dieser regionalen Besonderheiten erarbeitet und bereits in der Gesetzesbegründung formuliert, dass er davon ausgehe, dass die amtlichen Indikatoren die relevanten unter den Ländern bestehenden Niveauunterschiede bei den Praxiskosten hilfsweise abbilden könnten (Bundestagsdrucksache 16/3100 Seite 129). Wenn der Bewertungsausschuss vor diesem Hintergrund lapidar feststellt, es gäbe diese vom Gesetzgeber vorgesehenen Besonderheiten nicht, so ersetzt er eine gesetzgeberische Wertentscheidung und setzt sich selber an die Stelle des demokratischen Normgebers. Damit überschreitet er seine im Rahmen der Normdelegation übertragene Normsetzungskompetenz. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich keinen Spielraum für den Bewertungsausschuss im Hinblick auf das "Ob" der Bestimmung von Indikatoren für die Messung regionaler Besonderheiten vorgesehen.

Die Rechtswidrigkeit des Beschlusses in Teil C führt jedoch nicht unmittelbar zu einer Verletzung der Klägerin in ihren Rechten, da die Indikatoren für regionalen Besonderheiten ausschließlich im Rahmen der Bildung der Euro-Gebührenwerte eine Rolle spielen und es im Ermessen der Gesamtvertragsparteien liegt zu entscheiden, ob nach den vom Bewertungsausschuss vorzugebenden Kriterien eine Anpassung der Euro-Gebührenwerte vorgenommen wird. Insoweit bestehen zwei unterschiedliche Rechtskreise (vgl. dazu oben bereits unter III.) auch weiterhin fort. Im Rahmen der Vorschriften über regionale Besonderheiten ist die gesetzliche Konstruktion – anders als im Bereich

der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung – so ausgelegt, dass ein Umsetzungsakt auf Landesebene weiterhin notwendig bleibt, um dem gesetzlichen Auftrag Rechnung zu tragen. Vor diesem Hintergrund ist eine hypothetische Rechtsverletzung der Klägerin nur unter der Prämisse gegeben, dass in Hessen tatsächlich von der Verhandlungsmöglichkeit zwischen den Parteien der Gesamtverträge Gebrauch gemacht worden wäre und dies zugunsten der Klägerin. Je nach Indikator wäre auch ein Abschlag auf die Gebührenwerte durchaus denkbar. Im Rahmen der Berücksichtigung der Euro-Gebührenordnung bei der individuellen Arztabrechnung ist zudem eine Benachteiligung der Klägerin nur dann denklogisch möglich, wenn diese ihr RLV nicht ausgeschöpft hätte und dem entsprechend von höheren Euro-Gebührenwerten im Rahmen der Abrechnung im Quartal I/09 auch profitiert hätte. Dies ist jedoch vorliegend gerade nicht der Fall. Vielmehr hat die Klägerin das ihr zugewiesene RLV ausweislich des Honorarbescheides I/09 überschritten.

V. Differenzierung der Morbidität nach Geschlecht § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V gibt vor, dass die Morbidität mit Hilfe der Kriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen ist. Der EBewA stellt davon abweichend in seinem Beschluss vom 27. und 28.08.2008 Teil F Nr. 3.2.2 fest, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eigne, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst werde. Auch insoweit weicht der EBewA ausdrücklich vom Gesetzeswortlaut ab. Das Gericht hält es an dieser Stelle jedoch für nachvollziehbar und hinreichend plausibel, dass eine Analyse des Datenmaterials genau dieses Ergebnis ergeben hat. Insofern mag der EBewA keine Möglichkeit gehabt haben, die gesetzliche Grundlage in vernünftiger Art und Weise umzusetzen.

VI. Berücksichtigung kooperativer Versorgungsformen Bei der Festlegung der Werte für die Regelleistungsvolumina sind nach § 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V u. a. die Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen zu berücksichtigen. Der BewA hat seine diesbezüglich bestehenden Gestaltungsspielraum im Beschluss vom 17. Oktober 2008 dahingehend ausgeübt, dass das Regelleistungsvolumen in fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften mit einem Aufschlag von 10% zu berechnen ist (Teil B Nr. 1 des Beschlusses). Das Gericht vermag – wie die Beigeladenen – nicht zu erkennen, dass diese Regelung den Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen nicht in hinreichender Weise gerecht wird. Vielmehr wird durch diesen Regelungsmechanismus sichergestellt, dass der typischerweise in einer Berufsausübungsgemeinschaft vorkommenden Behandlung eines Patienten durch verschiedene Ärzte bei jedoch grundsätzlich nur einfacher Möglichkeit der Abrechnung der Versichertenpauschale Rechnung getragen wird. Jedenfalls stimmt das Gericht der Einschätzung der Beigeladenen zu 2) auch insoweit zu, als diese Regelung die Klägerin gegenüber drei Einzelpraxen erst dann benachteiligen kann, wenn der gemeinsame Patientenanteil mehr als 10% beträgt. Dies ist aufgrund der standortübergreifenden Tätigkeit der Klägerin jedoch eher fernliegend. Das Gericht hält es für eher plausibel, dass die Klägerin von dieser Regelung sogar profitiert.

Nach alledem konnte die Klage keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 VwGO und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Die Sprungsrevision nach § 161 SGG war auf Antrag aller Beteiligten zuzulassen, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung im Sinne des § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG hat.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2011-02-07