B 6 KA 29/19 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 16 KA 1083/13
Datum
20.07.2016
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 12/17
Datum
04.06.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 29/19 R
Datum
25.11.2020
Kategorie
Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 4. Juni 2019 wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Revisionsverfahrens trägt die Klägerin mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen.

G r ü n d e :

I

1

Die Klägerin begehrt eine höhere Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für das Quartal 3/2009; Verfahren hinsichtlich der Quartale 1/2009, 2/2009 und 4/2009 bis 2/2010 sind ruhend gestellt.

2

Die Klägerin ist eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), die im streitbefangenen Quartal aus einem Facharzt für Nuklearmedizin und sechs Fachärzten für Diagnostische Radiologie bestand. Von den Radiologen verfügten alle über eine Genehmigung zur Durchführung von Computertomographieleistungen (CT-Leistungen), drei Radiologen darüber hinaus über eine Genehmigung zur Durchführung von Magnetresonanztomographieleistungen (MRT-Leistungen). Einer der Radiologen mit Genehmigung zur Durchführung von CT- und MRT-Leistungen war im Rahmen eines Jobsharings mit einem Radiologen, der lediglich über eine Genehmigung zur Durchführung von CT-Leistungen verfügte, tätig.

3

Für das Quartal 3/2009 teilte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) der Klägerin mit Bescheiden vom 29.6.2009 und 26.8.2009 und Korrekturbescheid vom 23.9.2009 ein Regelleistungsvolumen (RLV) iH von 350 612,04 Euro mit. Die Radiologen mit Genehmigung zur Durchführung von CT- und MRT-Leistungen (mit Ausnahme des Jobsharers) erhielten dabei ein RLV auf der Grundlage ihrer Fallzahlen des Vorjahresquartals und des arztgruppenspezifischen Fallwertes der Ärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT. Für die übrigen Radiologen und den Nuklearmediziner ermittelte die Beklagte "Individualbudgets" auf Basis ihrer Fallzahlen im Vorjahresquartal und der individuellen Fallwerte des Vorjahresquartals iH von 31,24 Euro, 124,40 Euro, 33,70 Euro und 58,95 Euro. Unter Berücksichtigung eines Anpassungsfaktors von 0,954356 für die Gruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und von 0,782873 für die Gruppe der Nuklearmediziner ermittelte die Beklagte hieraus RLV iH von 14 227,28 Euro, 93 244,17 Euro, 20 503,15 Euro und (für den Nuklearmediziner) iH von 36 043,43 Euro. Der arztgruppenspezifische Fallwert der Fachärzte für diagnostische Radiologie mit

Vorhaltung von CT betrug im streitbefangenen Quartal 61,66 Euro, der Fallwert der Fachärzte für Nuklearmedizin 80,97 Euro.

4

Die Beklagte setzte das Honorar der Klägerin für das Quartal 3/2009 vor Abzug des Verwaltungskostenbeitrags auf insgesamt 500 321,22 Euro einschließlich eines Konvergenzzuschlags iH von 8647,08 Euro fest. Die Klägerin hatte RLV-relevante Leistungen in einem Umfang von insgesamt 536 754,51 Euro abgerechnet, die iH von 373 475,82 Euro vergütet wurden.

5

Mit Widerspruchsbescheid vom 6.4.2011 wies die Beklagte sämtliche Widersprüche gegen die RLV-Festsetzungen und die Honorarbescheide für das streitbefangene Quartal sowie die Quartale 1/2009, 2/2009 und 4/2009 bis 2/2010 zurück.

6

Im anschließenden Klageverfahren hat die Beklagte ein Teilanerkenntnis über eine Nachvergütung iH von 4745,65 Euro aufgrund falscher Jobsharing-Obergrenzen abgegeben, welches die Klägerin angenommen hat. Das SG hat die Klage im Übrigen abgewiesen *(Urteil vom 20.7.2016)*.

7

Auf die Berufung der Klägerin hat das LSG das Urteil des SG und die Bescheide aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden *(Urteil vom 4.6.2019)*. Das LSG hat die Berechnung des RLV für den Arzt für Nuklearmedizin sowie die Berechnung des Konvergenzzuschlags beanstandet, die übrigen Einwände der Klägerin gegen die Höhe der RLV-Zuweisungen und des Gesamthonorars jedoch nicht geteilt. Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren obsiegt hat, ist das Urteil des LSG nicht mit Rechtsmitteln angegriffen worden. Die Entscheidung zu Lasten der Klägerin, die Gegenstand der von dieser eingelegten Revision ist, hat das LSG wie folgt begründet:

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) vom 27./28.8.2008 *(DÄ 2008, A-473)* zur Ermittlung des Orientierungswertes als Grundlage der RLV und speziell auch im Hinblick auf die Gruppe der Radiologen sei nach der Rechtsprechung des BSG rechtmäßig *(Hinweis auf BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 4/13 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 5)*. Auch sei eine KÄV nicht verpflichtet, das RLV eines Vertragsarztes so zu bemessen, dass die wesentlichen Leistungen seines Fachgebietes rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet würden. Maßgeblicher Faktor für die Höhe des RLV seien nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung, sondern die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen. Ziel der mit der RLV-Systematik eingeführten Mengensteuerung sei nicht nur eine Begrenzung der Menge insgesamt, sondern auch eine Begrenzung des Umfangs der von einzelnen Arztgruppen erbrachten Leistungen *(Hinweis auf BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 29)*. Für radiologische Leistungen habe sich nach Auskunft der zu 1. beigeladenen Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach Einführung des Orientierungswertes mit Ausnahme der MRT-Angiographie - anders als für andere Bereiche - kein Anpassungsbedarf hinsichtlich der punktzahlmäßigen Bewertung gezeigt. Auch habe der tatsächliche Auszahlungspunktwert vor Einführung des Orientierungswertes wesentlich niedriger gelegen als der Kalkulationspunktwert iH von 5,1129 Cent. Es liege weder ein Verstoß gegen § 87 Abs 2 SGB V noch gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gemäß § 72 Abs 2 SGB V vor. Dass kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu werden und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet sei, sei nicht ersichtlich.

8

Der Beschluss des EBewA vom 27./28.8.2008 sei auch insoweit rechtlich nicht zu beanstanden, als darin bei den Fachärzten für Radiologie darauf abgestellt werde, ob ein CT bzw MRT vorgehalten werde. Der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses (BewA) bei der Ausgestaltung untergesetzlicher Normen sei nicht überschritten, da die Unterteilung in Untergruppen im Hinblick auf die höheren Kosten bei Vorhalten eines CT bzw MRT erfolgt sei. Entsprechendes gelte für die Vertragspartner der Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen (HVV), die identische Untergruppen gebildet haben.

9

Die Beklagte habe auch bei der Bildung des RLV die Vorgaben aus dem Beschluss des EBewA vom 27./28.8.2008 bzw der HVV in rechtmäßiger Weise umgesetzt. Das RLV habe praxisbezogen zugewiesen, aber arztbezogen ermittelt werden müssen. Deshalb sei für die Ärzte aus der klagenden BAG, die Leistungen mittels CT, nicht aber mittels MRT erbringen dürfen, ein anderer Fallwert als für die beiden Ärzte zugrunde gelegt worden, die Leistungen mit beiden Geräten erbringen könnten. Für einen Arzt, der nicht über die Berechtigung zur

Abrechnung von MRT-Leistungen verfüge, könne das RLV nicht auf der Basis der Fallwerte von Radiologen (auch) mit MRT berechnet werden. Daran ändere die Einbindung in eine BAG nichts.

10

Ohne Rechtsverletzung habe die Beklagte im streitbefangenen Quartal für die drei Ärzte der Klägerin, die der Untergruppe "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT" angehören, statt eines RLV ein Individualbudget auf der Basis ihrer jeweiligen individuellen Abrechnungswerte im Vorjahresquartal gebildet. Der BewA habe die Modifikation von RLV in Randbereichen den Partnern der Gesamtverträge überlassen dürfen. Wenn die Beklagte auf dieser Grundlage wegen der Gefahr von Verzerrungen bei sehr kleinen Arztgruppen (hier: bestehend aus - inkl einem Jobsharer - nur 16 Ärzten für Radiologie mit Genehmigung nur für CT im Bezirk der beklagten KÄV) anstelle eines auf Durchschnittswerten basierenden RLV ein Individualbudget berechnet habe, sei das nicht zu beanstanden.

11

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision eine Verletzung von § 87b Abs 2 und 5, § 87 Abs 2 SGB V aF sowie des Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG (Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit) und des § 72 Abs 2 SGB V (Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung).

12

Die Bewertung der schnittbildradiologischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die vertragsärztlichen Leistungen (EBM-Ä) 2009 stehe in Widerspruch zu den Vorgaben in § 87 Abs 2 SGB V. Der BewA hätte bei seiner Leistungsbewertung insbesondere den Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der medizinisch-technischen Geräte berücksichtigen und sachgerechte Stichproben durchführen müssen. Das EBM-Ä-Kalkulationssystem für die Quartale 1/2009 ff basierte nicht auf empirischen Erhebungen, sondern auf normativ festgelegten Vorgaben. Die EBM-Ä-Vergütung beruhe auf falschen Annahmen und Daten; die Berechnungsgrundlagen seien nicht mehr zeitgemäß. Die Festlegung eines vom ursprünglichen Kalkulationswert deutlich nach unten abweichenden Orientierungswertes ab 2009 hätte zwingend eine Höherbewertung für alle Leistungen mit einem überdurchschnittlichen Kostenanteil - wie den schnittbildradiologischen Leistungen - zur Folge haben müssen. Zwar komme dem Recht auf eine angemessene Vergütung gemäß § 72 Abs 2 SGB V nur eine objektiv-rechtliche Bedeutung zu. Allerdings entstehe dann ein subjektiver Anspruch des Vertragsarztes auf ein höheres Honorar, wenn in einem Teilbereich kein finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu sein und dadurch die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet erscheine. Dies sei im Bereich der Beklagten für die Radiologen der Fall.

13

Die unterschiedliche Höhe des RLV innerhalb der gebildeten Untergruppen der Radiologen verstoße gegen Art 3 Abs 1 GG, die bundeseinheitlichen Vorgaben für den BewA und den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Eine Abgrenzung der Untergruppen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie je nach Einsatz von Großgeräten sei im streitgegenständlichen Zeitraum schon deshalb nicht möglich gewesen, weil im Aufsatzzeitraum für die Bildung der Vergütungsvolumina für die RLV (2007) noch keine arztbezogene Kennzeichnung der Leistungen möglich gewesen sei und die meisten Radiologen innerhalb einer BAG tätig gewesen seien. Die Beklagte habe die Abgrenzung auf der Basis pauschaler Annahmen vorgenommen und das tatsächliche Abrechnungsverhalten innerhalb der Untergruppen nicht hinreichend ermittelt. Da die Klägerin CT und MRT vorhalte, hätten zudem alle Ärzte der Klägerin der Arztgruppe "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT" zugeordnet werden müssen. Die Differenzierung stelle auf die Vorhaltung von CT und MRT und nicht auf das Vorliegen einer Genehmigung auf der Grundlage des § 135 Abs 2 SGB V ab. Zudem trete eine BAG im Rechtsverkehr und gegenüber der KÄV wie ein Einzelarzt als einheitliche Rechtspersönlichkeit auf. Der Hinweis des LSG, dass die Versorgung nicht allein durch das Vorhandensein entsprechender Geräte sichergestellt werde, gelte auch für solche Praxen, die den entsprechenden Fallwert allein aufgrund einer Genehmigung erhielten. Diese seien nicht verpflichtet, die Geräte zum Einsatz zu bringen. Zudem könne die Praxisausstattung nur als Leistungsangebot der gesamten Praxis verstanden werden. In Gemeinschaftspraxen werde eine Arbeitsteilung praktiziert, sodass, auch wenn alle Ärzte über eine CT- und MRT-Genehmigung verfügten, sich Leistungsschwerpunkte und unterschiedliche Fallwerte ergäben. Durch die Differenzierung nach den personengebundenen Genehmigungen werde an ein ungeeignetes Kriterium für die Bestimmung von typischen Unterschieden in der Leistungserbringung angeknüpft.

14

Die Zuweisung eines "Individualbudgets" anstelle eines RLV sei weder mit den gesetzlichen Vorgaben noch mit den Beschlüssen des BewA in Einklang zu bringen. Dem BewA komme die Aufgabe zu, bundeseinheitliche Vorgaben hierzu zu treffen, welche die Vertragspartner auf Landesebene zu beachten hätten. Für kleine Arztgruppen sehe der Beschluss des EBewA vom 27./28.8.2008 jedoch keine Ausnahmeregelung von der Bildung der RLV vor, sodass vor diesem Hintergrund erst recht keine Abweichung von den Bundesvorgaben gerechtfertigt sei.

15

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 4.6.2019 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

16

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

17

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Es sei nicht ersichtlich, dass der BewA bei der Bewertung der schnittbildradiologischen Leistungen seinen Gestaltungsspielraum überschritten habe. Die differenzierte Zuordnung der Ärzte der Klägerin zu den Fachärzten für Radiologie mit/ohne Vorhaltung MRT und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Fallwerte widersprächen weder den normativen Vorgaben auf Bundes- noch auf Landesebene. Auch wenn die Zuteilung des RLV praxisbezogen erfolge, bedeute dies nicht, dass - nur weil in der Praxis der Klägerin MRT-Geräte zur Verfügung stünden - allen dort tätigen Ärzten ein RLV für Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT zu gewähren sei, unabhängig davon, ob sie über eine entsprechende Genehmigung verfügen. Auch die Zuweisung eines arztindividuellen Volumens für die drei Ärzte, die keine MRT-Leistungen erbringen dürfen, sei rechtlich nicht zu beanstanden. Der Beschluss des EBewA habe den Partnern der Gesamtverträge die Möglichkeit eröffnet, Modifikationen der relevanten Arztgruppen vorzunehmen. Vor dem Hintergrund, dass sich Schwierigkeiten bei der Bildung von RLV für sehr kleine, eventuell neue, in den einzelnen KÄV-Bezirken unterschiedlich zusammengesetzte, sehr inhomogene Arztgruppen geradezu aufgedrängt hätten, sei dies auch sachgerecht gewesen.

18

Die zu 1. beigeladene KBV und der zu 2. beigeladene GKV-Spitzenverband teilen die Auffassung des LSG zur Rechtmäßigkeit und zur Auslegung der hier maßgeblichen bundesrechtlichen Vorschriften, stellen aber keinen Antrag.

II

19

Die Revision der Klägerin hat keinen Erfolg. Zu Recht hat das LSG die Berufung der Klägerin zurückgewiesen, soweit der Senat darüber zu entscheiden hat, weil nur die Klägerin Revision eingelegt hat. Die punktzahlmäßige Bewertung der radiologischen Leistungen im EBM-Ä ist nicht zu beanstanden *(1.)*; die Beklagte hat das RLV der Klägerin im streitbefangenen Quartal richtig ermittelt *(2.)*. Die Frage, ob sich der Umstand, dass bei unter den Bedingungen des Jobsharings tätigen Ärzten der "Juniorpartner" über weitreichendere Abrechnungsgenehmigungen als der Seniorpartner verfügt, auf die Zuordnung zu den vier Untergruppen auswirkt, ist nicht Gegenstand des Revisionsverfahrens. Das LSG hat dem Begehren der Klägerin, die Beklagte auch unter diesem Aspekt zur Neubescheidung zu verpflichten, nicht entsprochen und deshalb die "Maßgaben", unter deren Beachtung die Beklagte neu zu entscheiden hat, nicht auf die besondere Jobsharer-Konstellation erstreckt. Wenn die Klägerin auch insoweit die Auffassung des LSG zur Nachprüfung durch den Senat hätte stellen wollen, hätte dieser Aspekt in der Revisionsbegründung angesprochen werden müssen *(vgl zur Rechtskraft von Bescheidungsurteilen, bei denen die Maßgaben hinter dem Begehren des Klägers zurückbleiben BSG vom 27.6.2007 - B 6 KA 27/06 R - SozR 4-1500 § 141 Nr 1 RdNr 23; BSG Beschluss vom 12.12.2018 - B 6 KA 23/18 B - juris RdNr 13 bis 15).* Das ist nicht geschehen.

20

1. Die Klägerin wendet sich zunächst gegen die Bewertung der schnittbildradiologischen Leistungen im EBM-Ä und rügt deren mangelnde Anpassung im Zuge der Neuregelung der Vergütungssystematik mit Einführung des Orientierungswertes ab dem Quartal 1/2009. Die punktzahlmäßigen Bewertungen sind jedoch, soweit sie für den Honoraranspruch der Klägerin von Bedeutung sind, nicht zu beanstanden.

21

a) Ermächtigungsgrundlage für den EBM-Ä ist § 87 Abs 2 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung *(GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378)*. Danach bestimmt der EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen; bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten

medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln; die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann dabei insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt.

22

Nach ständiger Rechtsprechung des Senats sind die auf der Grundlage des § 87 SGB V von den BewA vereinbarten EBM-Ä wegen ihrer spezifischen Struktur und der Art ihres Zustandekommens nur beschränkt der gerichtlichen Überprüfung zugänglich. Durch die personelle Zusammensetzung der - paritätisch mit Vertretern der Ärzte bzw Zahnärzte und Krankenkassen besetzten - BewA und durch den vertraglichen Charakter der Bewertungsmaßstäbe soll gewährleistet werden, dass die unterschiedlichen Interessen der an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und auf diese Weise eine sachgerechte inhaltliche Umschreibung und Bewertung der (zahn)ärztlichen Leistungen erreicht wird. Innerhalb der ihm erteilten Normsetzungsermächtigung ist dem BewA - wie auch dem EBewA - bei der Konkretisierung des Inhalts gesetzlicher Regelungen Gestaltungsfreiheit eingeräumt. Das vom BewA erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Die gerichtliche Überprüfung ist daher im Wesentlichen darauf beschränkt, ob der BewA den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt hat *(vgl nur BSG Urteil vom 19.8.1992 - 6 RKa 18/91 - SozR 3-2500 § 87 Nr 5 S 23; BSG Urteil vom 28.10.2015 - B 6 KA 42/14 R - SozR 4-5531 Nr 06225 Nr 1 RdNr 27; BSG Urteil vom 17.2.2016 - B 6 KA 47/14 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 32 RdNr 23; BSG Urteil vom 25.1.2017 - B 6 KA 2/16 R - SozR 4-5540 § 5 Nr 1 RdNr 31)*.

23

Der dem BewA in § 87 Abs 2 SGB V übertragene Gestaltungsauftrag erschöpft sich nicht in der Aufstellung eines reinen Leistungs- und Bewertungskataloges unter medizinischen, betriebswirtschaftlichen oder sonstigen Gesichtspunkten, sondern schließt die Befugnis ein, über die Beschreibung und Bewertung der (zahn)ärztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten der (Zahn-)Ärzte steuernd zu beeinflussen *(BSG Urteil vom 28.5.2008 - B 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr 42, RdNr 19; BSG Urteil vom 28.10.2015 - B 6 KA 42/14 R - SozR 4-5531 Nr 06225 Nr 1 RdNr 28 mwN; BSG Urteil vom 28.6.2017 - B 6 KA 29/17 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 88 RdNr 14 - auch zum Folgenden)*. 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 *(BSG Urteil vom 28.5.2008 - B 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr 42, RdNr 19 unter Verweis auf BVerfG Urteil vom 19.3.2003 - 2 BvL 9/98 ua - BVerfGE 108, 1, 19 und BSG Urteil vom 9.4.2008 - B 6 KA 40/07 R - BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr 16, RdNr 28)*. 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 *(BSG Urteil vom 28.5.2008 - B 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr 42, RdNr 19 unter Verweis auf BVerfG Urteil vom 6.3.2007 - 2 BvR 556/04 - BVerfGE 117, 330, 353)*. 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 28.5.2008 - B 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr 42, RdNr 19)*.

24

Daran hat sich durch die Ergänzung des § 87 Abs 2 SGB V um Satz 3 durch das GKV-WSG im Grundsatz nichts geändert. Der Gesetzgeber hat durch den Hinweis auf die betriebswirtschaftliche Basis der Kalkulation der Bewertungen verdeutlicht, dass damit die leistungsgerechte Vergütung zwischen den Arztgruppen als eines der zentralen Ziele der Vergütungsreform sichergestellt werden soll *(Begründung zum Gesetzentwurf der Regierungsfraktionen zum GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 127 zu Art 1 Nr 57).* Das kann sich - wie der Hinweis auf die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Arztgruppen verdeutlicht - nur auf eine betriebswirtschaftlich fundierte Grundlage des EBM-Ä insgesamt und nicht auf jede einzelne Leistungsposition beziehen. Das Gesamtgefüge der Bewertung aller vertragsärztlichen Leistungen soll nicht schlicht "gegriffen" oder aus früheren Bewertungen ohne nähere Überprüfung fortgeschrieben werden, sondern durch betriebswirtschaftliche Systematik und sachgerechte Stichproben soweit möglich (auch) an den tatsächlichen Kosten für die Leistungserbringung ausgerichtet werden.

25

b) Für eine Überschreitung des dem BewA eingeräumten Entscheidungsspielraums bei der Bewertung schnittbildradiologischer Leistungen sind keine hinreichenden Anhaltspunkte ersichtlich. Es lässt sich nicht feststellen, dass die Entscheidungen des BewA von sachfremden Erwägungen getragen waren. Solche sachfremden Gründe bzw Motive sind weder dem EBM-Ä zu entnehmen noch werden diese letztlich von der Klägerin geltend gemacht. Sie wirft dem BewA vielmehr eine fehlerhafte Kalkulation des EBM-Ä insgesamt vor. Unter Hinweis auf die Expertise des IGES-Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes *(IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 20)* bringt die Klägerin vor, dass das EBM-Ä-Kalkulationssystem nicht auf empirischen Erhebungen, sondern auf einer Vielzahl normativer Vorgaben beruhe. Für die Bewertungsrelationen ist die Validität der Kalkulationssystematik, die alle Leistungen des EMB-Ä gleichermaßen betrifft, aber nicht von entscheidender Bedeutung. Eine Kalkulation von realen Preisen für die EBM-Ä-Leistungen war von vornherein nicht beabsichtigt. Daher waren auch mögliche Ungenauigkeiten der Kalkulationssystematik insgesamt nicht problematisch, denn zur Ermittlung einer relationalen Bewertung der Leistungen zueinander waren die Niveaus der Bewertungen nicht entscheidend *(vgl ebenfalls IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 73 f)*. Im Übrigen wurde die Einführung des EBM-Ä 2000plus, dem erstmals die heutige

Kalkulationssystematik zugrunde lag *(vgl Abschlussbericht im Auftrag der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, 2007)*, ebenso wie die des EBM-Ä 2008 *(vgl Institut des Bewertungsausschusses/Wissenschaftliches Institut der AOK/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM-Ä 2008)* wissenschaftlich begleitet. Die Kostenermittlung der technischen Leistungen beruhte auf Erhebungen des Statistischen Bundesamts, des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung aus den Jahren 1993 - 1995, einer von der KBV in Auftrag gegebene Erhebung durch KPMG aus dem Jahr 1994 und einer schweizerischen "Rollenden Kostenstudie" aus dem Jahr 1994 *(vgl IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 30 f)*. Aufgrund des Alters der Studien wurden die ursprünglichen Kostenwerte mittels verschiedener Preisindizes inflationiert, um allgemeine Preissteigerungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus wurde eine Zusatzerhebung für den Bereich der Radiologie (1993 - 1997) durchgeführt. Damit wurden die Kostensätze vom BewA auf der Grundlage verschiedener Erhebungen wertend ermittelt und in eine in sich konsistente komplexe Bewertungsstruktur eingepasst. Dass der BewA speziell für die Bewertung der schnittbildradiologischen Leistungen von fehlerhaften Kalkulationsgrundlagen ausgegangen ist, hat die Klägerin nicht dargelegt.

26

c) Soweit die Klägerin auf die Diskrepanz zwischen dem Kalkulationspunktwert von 5,1129 Cent und dem im streitbefangenen Zeitraum zugrunde gelegten vergütungsrelevanten Orientierungswert von 3,5001 Cent hinweist, wendet sie sich nicht gegen die Festsetzung des Orientierungswertes an sich *(vgl zur Rechtmäßigkeit des Beschlusses des EBewA zur Ermittlung des Orientierungswertes für das Quartal 1/2009 BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 4/13 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 5 RdNr 19)*, sondern begehrt vielmehr die Anpassung der Bewertung von schnittbildradiologischen Leistungen im EBM-Ä aufgrund der Einführung des Orientierungswertes und der neuen Vergütungsregelungen. Eine solche Anpassung war mit Beschluss des EBewA vom 23.10.2008 *(DÄ 2008, A-2602)* für verschiedene Leistungsgruppen erfolgt, im Bereich der schnittbildradiologischen Leistungen jedoch nur für die MRT-Angiographie *(Beschluss des EBewA vom 23.10.2008, Ziffer 1.11)*.

27

Aus der Diskrepanz zwischen Kalkulationspunktwert und Orientierungswert können indes keine Rückschlüsse auf die Notwendigkeit einer Höherbewertung von Leistungen gezogen werden, denn beiden Werten kommt eine unterschiedliche Funktion zu. Der Kalkulationspunktwert wurde erstmals mit Einführung des EBM-Ä 2000plus im Jahr 2005 als Umrechnungsfaktor angewandt. Der EBM-Ä 2000plus war die erste EBM-Ä-Version, die anhand eines Kalkulationsmodells ermittelt wurde, bei dem eine Trennung zwischen einem rein ärztlichen Leistungsanteil und einem technischen Leistungsanteil erfolgte. Da alle Kosten in Euro in das Kalkulationsmodell eingingen und innerhalb des Modells lediglich eine Umlage der Kosten durchgeführt wurde, wurde im EBM-Ä 2000plus anders als zuvor für jede Leistung zunächst ein Euro-Betrag kalkuliert. Dieser Euro-Betrag drückt aus, welche rechnerischen Kosten bei der Erstellung der Leistung für eine Durchschnittspraxis unter Verwendung des Kalkulationsmodells anfallen. Um die einzelnen Leistungen in eine relationale Bewertung zu überführen, mussten die in Euro ermittelten Bewertungen der einzelnen Leistungen wieder in Punkte umgerechnet werden *(IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 12 ff, auch zum Folgenden)*. Als Umrechnungsfaktor wurde der kalkulatorische Punktwert von ca 5,11 Cent angewandt. Er drückt zwar aus, welche ärztlichen und technischen Kosten je Punkt zu erwarten sind, steht jedoch in keinem Bezug zu der auf einer ganz anderen rechtlichen Ebene angesiedelten Ermittlung und Verteilung der Gesamtvergütung.

28

Der Orientierungswert hat hingegen seit 2009 die Funktion, die notwendige medizinische Versorgung, also den Behandlungsbedarf mit Preisen zu hinterlegen. Er entspricht dem Betrag, zu dem unter Berücksichtigung honorarbegrenzender Maßnahmen die prospektiv vereinbarte Leistungsmenge vergütet wird *(IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 74)*. Die KÄV und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs 2e Satz 1 Nr 1 bis 3 SGB V jeweils bis zum 31.10. eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden sind *(§ 87a Abs 2 Satz 1 SGB V)*. Aus den vereinbarten Punktwerten und dem EBM-Ä für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs 1 SGB V war eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen *(§ 87a Abs 2 Satz 6 SGB V)*. Gemäß § 87 Abs 2e Satz 1 iVm § 87c Abs 1 SGB V aF war der erstmalige Orientierungswert für das Jahr 2009 rechnerisch durch die Division des Finanzvolumens durch die Leistungsmenge zu ermitteln. Das Finanzvolumen ist die Summe der bundesweit insgesamt für das Jahr 2008 nach § 85 Abs 1 SGB V aF zu entrichtenden Gesamtvergütungen in Euro, welche um die für das Jahr 2009 geltende Veränderungsrate nach § 71 Abs 3 SGB V für das gesamte Bundesgebiet zu erhöhen war *(§ 87c Abs 1 Satz 3 SGB V aF)*. Die Leistungsmenge war als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des EBM-Ä abzubilden; sie ergab sich aus der Hochrechnung der dem BewA vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassten *(§ 87c Abs 1 Satz 4 SGB V aF)*. Berücksichtigt wurden allerdings nur Leistungen, auf die keine honorarbegrenzenden Maßnahmen angewandt wurden *(IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 16 f)*. Der erstmalige bundesweite Orientierungswert wurde auf 3,5001 Cent festgelegt.

29

Damit sind kalkulatorischer Punktwert und Orientierungswert zunächst voneinander grundsätzlich unabhängige Größen. Dies wird auch durch die Ermittlung des kalkulatorischen Punktwertes deutlich, der basierend auf der Leistungsmenge vor Anwendung honorarbegrenzender Regelungen, also nicht ausschließlich für die notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs 1 Satz 1 SGB V erfolgte; die Gesamtvergütung hingegen soll ausschließlich die notwendige medizinische Versorgung umfassen *(IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 74)*.

30

d) Der EBewA ist bei Einführung des EBM-Ä 2008 entgegen der Auffassung der Klägerin seiner Beobachtungspflicht nachgekommen. Dass in verschiedenen Leistungsbereichen mit Beschluss vom 23.10.2008 Anpassungen vorgenommen worden sind, deutet darauf hin, dass eine Überprüfung der Leistungen - gerade auch der radiologischen Leistungen, denn für die MRT-Angiographie wurde eine Anpassung der EBM-Ä-Bewertung vorgenommen - auf einen Anpassungsbedarf hin erfolgt ist. Auch aus der im Berufungsverfahren vorgelegten Stellungnahme der beigeladenen KBV vom 24.9.2015 als eine der Trägerorganisationen des BewA ergibt sich, dass eine Überprüfung der Leistungen erfolgt ist, sich für die radiologischen Leistungen - mit Ausnahme der MRT-Angiographie - aber kein Anpassungsbedarf gezeigt hat. Die beigeladene KBV hat weiter nachvollziehbar dargelegt, dass Anpassungen der punktzahlenmäßigen Bewertung dann erfolgt sind, wenn der Auszahlungspunktwert in der Vergangenheit erheblich über oder unter dem Orientierungswert gelegen hat oder andere medizinische bzw versorgungspolitische Erwägungen dies erforderlich gemacht haben. Für die Mehrzahl der CT- und MRT-Leistungen hat der EBewA solche Umstände nicht gesehen. Die Klägerin hat im Übrigen auch nicht substantiiert vorgetragen, inwieweit in der Vergangenheit gravierende Abweichungen vom Auszahlungspunktwert bestanden haben, die eine Anpassung der EBM-Ä-Bewertung erforderlich gemacht hätten. Aus der von ihr angeführten Differenz von Kalkulationspunktwert und Orientierungswert lassen sich keinerlei Aussagen über die Erforderlichkeit einer Anpassung herleiten, denn der Kalkulationspunktwert ist lediglich eine Rechengröße, sagt über die Höhe der Vergütung einer Leistung hingegen nichts aus *(vgl oben unter c)*.

31

e) Soweit die Klägerin unter Hinweis auf die wirtschaftlichen Schwierigkeiten ihrer Praxis eine insgesamt unzureichende Vergütung der radiologischen Leistungen geltend macht, kann ihr nicht gefolgt werden. Anders als die Klägerin nahelegen will, lagen und liegen nicht nur die Honorarumsätze, sondern auch die Erträge aus der vertragsärztlichen Tätigkeit bei den Radiologen im oberen Segment der Arztgruppen. Das hat der Senat zuletzt in einem Urteil vom 11.12.2019 *(B 6 KA 12/18 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 22 RdNr 29, 32)* dargestellt. Auch die Daten des Statistischen Bundesamtes ergeben für die Jahre 2003 bis 2015 eine stetige Erhöhung des Reinertrages radiologischer Praxen *(Statistisches Bundesamt, Kostenstrukturen bei Arztpraxen, 2017, S 2)*. Soweit die Klägerin geltend macht, das höhere Vergütungsniveau von radiologischen Leistungen in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Relation zum EBM-Ä indiziere eine unzureichende Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen, rechtfertigt das keine andere Beurteilung. Richtig ist, dass in der Radiologie die Diskrepanz zwischen der Bewertung der vertragsärztlichen und der privatärztlichen Leistungen besonders eklatant ist. Die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) ist in ihrem im Dezember 2019 vorgelegten Bericht davon ausgegangen, dass die Leistungen nach der GOÄ im Mittel beim 3,4-fachen der EBM-Ä-Bewertung liegen *(Bericht S 87)*. Das rechtfertigt aber nicht den Schluss auf ein generell unzureichendes Vergütungsniveau, sondern belegt nur gravierende Differenzen im Bereich der Radiologie, die in dem Kommissionsbericht gerade problematisiert werden.

32

Die Entwicklung im Bereich der radiologischen Tätigkeit ist in den letzten Jahren durch einen deutlichen Anstieg der Zahl der niedergelassenen Radiologen und einen Rückgang der Zahl von Fachärzten im stationären Bereich geprägt *(vgl Darstellung im Internetportal "www.Radiologie.de" zur Radiologie in Zahlen)*. Von den 2200 Krankenhäusern in Deutschland betreiben nur noch ca 800 eigene radiologische Abteilungen; im Übrigen wird die radiologische Versorgung über die Kooperation mit Praxen oder durch Praxen im Krankenhaus gewährleistet. Die Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor ist hier besonders weit fortgeschritten, was kaum hätte realisiert werden können, wenn das Vergütungsniveau für die Radiologie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung evident unzureichend gewesen wäre.

33

2. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zuweisung eines höheren RLV.

34

Der Senat hat sich bereits mehrfach mit den Grundsätzen der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab dem Jahr 2009 für Arztgruppen befasst, die den RLV unterlagen *(zuletzt ausführlich Senatsurteil vom 2.8.2017 - B 6 KA 7/17 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 12)*. Darauf wird hier Bezug genommen, zumal die Beteiligten darüber nicht mehr streiten. Der Erörterung bedarf nur, ob innerhalb der Arztgruppe der Radiologen hinsichtlich der Fallwerte differenziert werden durfte *(dazu a)* und - wenn das zulässig war - wie das RLV einer BAG zu ermitteln ist, der Ärzte aus verschiedenen Untergruppen angehören *(dazu b)* sowie schließlich, ob für die drei Ärzte, die keine MRT-Leistungen anbieten können, anstelle eines RLV ein arztbezogenes Individualbudget gebildet werden durfte *(dazu c)*.

35

a) Die Bildung der für das RLV relevanten Fach(arzt)gruppen durch den EBewA in Anlage 1 zum Beschluss vom 27./28.8.2008 *(bzw durch die Vertragspartner in der 1. Ergänzungsvereinbarung zur HVV)* ist nicht zu beanstanden.

36

Nach § 87b Abs 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V aF waren die Werte für die RLV ua differenziert nach Arztgruppen festzulegen. Dies beinhaltete die Notwendigkeit, verschiedene Arztgruppen auszuweisen und diesen ein Vergütungsvolumen zuzuweisen, das bei der Festlegung der RLV zugrunde zu legen ist. Die Differenzierung nach Arztgruppen hielt der Gesetzgeber für erforderlich, um den Besonderheiten der einzelnen Arztgruppen gerecht werden zu können *(vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 124)*. Der EBewA hat in der Anlage 2 zu Teil F Ziffer 1 seines Beschlusses vom 27./28.8.2008 den Rechenweg zur Bestimmung des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV-Vergütungsvolumen vorgegeben. Dieser Anteil bestimmt sich - vereinfacht dargestellt - anhand des Anteils der Arztgruppe am Vergütungsvolumen 2007, welches einerseits an Veränderungen des EBM-Ä im Jahr 2008 angepasst und andererseits um zahlreiche Vorwegabzüge vermindert wurde. Dieses arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen ist den früheren Honorarkontingenten oder -töpfen vergleichbar. Auch die nach Arztgruppen getrennte Zuweisung von RLV dient damit - wie Honorarkontingente - dem Zweck, die Folgen einer Leistungsmengenausweitung auf die jeweilige Teilgruppe zu beschränken und Honorarminderungen für solche Gruppen zu verhindern, die zu einer Leistungsausweitung nichts beitragen. Diesen Zweck hat der Senat in ständiger Rechtsprechung gebilligt *(vgl BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 31 unter Verweis auf BSG Urteil vom 3.12.1997 - 6 RKa 21/97 - BSGE 81, 213, 218 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 153 f)*.

37

Nach Teil F Ziffer 2.1 des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 kommen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen RLV zur Anwendung. Ziffer 4 der Anlage 1 differenziert bei den für RLV relevanten Arztgruppen ua zwischen Fachärzten für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT, Fachärzten für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT, Fachärzten für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT und Fachärzten für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT. In der 1. Ergänzungsvereinbarung zur HVV wird folgerichtig unter Ziffer 1 ebenfalls die dargestellte Differenzierung bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie vorgenommen. Das ist nicht zu beanstanden.

38

Dem EBewA kommt bei der Ausgestaltung untergesetzlicher Normen ein weiter Gestaltungsspielraum zu *(vgl oben unter 1. a)*. Die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränkt sich darauf, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Letzteres ist dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in einem "groben Missverhältnis" zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht *(BVerfG Urteil vom 19.3.2003 - 2 BvL 9/98 ua - BVerfGE 108, 1, 19)*, dh in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist. Der EBewA überschreitet den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind *(BSG Urteil vom 28.6.2017 - B 6 KA 29/17 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 88 RdNr 12)*.

39

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Differenzierung innerhalb der Gruppe der Ärzte für Diagnostische Radiologie als rechtmäßig dar. Die vom EBewA vorgegebene und entsprechend von den Vertragspartnern der HVV übernommene Unterteilung der Fachärzte für Diagnostische Radiologie in Untergruppen erfolgte im Hinblick auf die erhöhten Kosten bei Vorhalten eines CT oder MRT. Die Differenzierung dient der Vermeidung eines Mischfallwertes für eine einzige Gruppe aller Radiologen, der einerseits zur Finanzierung schnittbildradiologischer Leistungen nicht ausreichen, andererseits zu überhöhten Fallwerten bei Ärzten führen würde, die weder ein CT noch ein MRT vorhalten. Verwerfungen, die dadurch entstehen könnten, dass eine Praxis, die schwerpunktmäßig konventionelle Radiologie betreibt, jedoch auch CT und MRT vorhält, von den im Verhältnis zu den anderen radiologischen Untergruppen in der Regel deutlich höheren Fallwerten profitiert, sind hinzunehmen. Im Übrigen erscheint diese von der Klägerin eingeführte Beispielskonstellation auch im Hinblick auf CT- und MRT-Leistungen wenig realitätsnah: Eine Praxis wird die hohen Kosten für Anschaffung und Unterhalt eines MRT kaum auf sich nehmen, wenn sie schwerpunktmäßig die im EBM-Ä deutlich geringer bewerteten konventionellen radiologischen Leistungen und ansonsten nur CT-Leistungen erbringen will. Jedenfalls ist es der zur Normsetzung befugten Körperschaften nicht verwehrt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalieren *(BSG Urteil vom 19.2.2014 - B 6 KA 16/13 R - juris RdNr 31 mwN)*. Die Differenzen zwischen den Fallwerten der Radiologen nur mit CT und den Radiologen mit CT und MRT sind so groß, dass der BewA darüber kaum hätte hinweggehen können, indem er für alle Radiologen einen einheitlichen Fallwert vorgegeben hätte. Der Fallwert der ersten Untergruppe bewegte sich im Referenzzeitraum bei 61 Euro, der Fallwert der zweiten Untergruppe bei 80 Euro, was einen Unterschied von mehr als 30 % ausmacht. Soweit die Klägerin darauf verweist, dass im Aufsatzzeitraum für die Bildung der Vergütungsvolumina für die RLV (2007) noch keine arztbezogene Kennzeichnung der Leistungen nach der lebenslangen Arztnummer (LANR) vorgegeben gewesen sei, betrifft dies nicht die Frage, ob eine Differenzierung zwischen Radiologen mit und ohne Vorhaltung von MRT vorgenommen werden kann bzw muss, sondern vielmehr die Anwendung der Vorgaben des EBewA durch die Beklagte und die tatsächliche Berechnung der RLV *(vgl dazu unter b), bb)*.

40

b) Die Beklagte hat bei der Bildung des RLV der Klägerin die Vorgaben des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 bzw der HVV 2009 in

rechtmäßiger Weise umgesetzt. Zu Recht hat die Beklagte bei der Berechnung der RLV der Klägerin im Quartal 3/2009 zwei Ärzte der Gruppe der "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT" und drei Ärzte der Gruppe der "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT" entsprechend ihrem Versorgungsauftrag und dem Behandlungsangebot zugeordnet, weil die erste Gruppe über eine Genehmigung zur Erbringung von MRT-Leistungen verfügt, die zweite Gruppe hingegen nicht.

41

aa) Entgegen der Auffassung der Klägerin ergibt sich aus dem Vorhandensein von CT und MRT in der BAG nicht, dass allen Mitgliedern der Klägerin ein RLV auf der Grundlage des arztgruppenspezifischen Fallwertes für "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT" zuzuweisen war. "Vorhalten" im Sinne der Regelung des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 beschränkt sich nicht auf das bloße Vorhandensein eines entsprechenden Geräts. "Vorhalten" bedeutet so viel wie "bereithalten", "zur Verfügung halten" *(Duden, Deutsches Universalwörterbuch, 5. Aufl 2003, S 1754)*. Erforderlich ist demnach nicht nur das Vorhandensein des Gerätes, sondern zugleich die Möglichkeit, über dieses zu verfügen, also Untersuchungen damit durchzuführen und gegenüber der KÄV abzurechnen. Ein CT/MRT wird nur von einem Arzt "vorgehalten", der Zugriff auf das Gerät und zugleich die Genehmigung zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen hat. Nur der Arzt, der über eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen verfügt, kann das Gerät tatsächlich zur Versorgung der Versicherten nutzen, sodass die Zuerkennung eines höheren Fallwertes gerechtfertigt ist.

42

Eine solche Auslegung entspricht auch der Systematik der vergütungsrechtlichen Regelungen. Denn die Ermittlung der RLV erfolgt nach Teil F Ziffer 1.2.2. des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 arztbezogen. Damit kann die Differenzierung zwischen dem Vorhalten bzw Nichtvorhalten von CT/MRT entgegen der Auffassung der Klägerin nicht patienten- oder BAG-bezogen vorgenommen werden. Erst die Zuweisung der RLV erfolgt nach Teil F Ziffer 1.2.4. des Beschlusses praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist *(vgl zuletzt BSG Urteil vom 15.7.2020 - B 6 KA 12/19 R - juris RdNr 17 f, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen)*. Bei der Ermittlung des RLV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen *(Teil F Ziffer 1.2.3. des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008)*.

43

Dass die BAG gegenüber der KÄV wie eine einheitliche Rechtspersönlichkeit auftritt *(vgl BSG Urteil vom 14.12.2011 - B 6 KA 31/10 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 20)*, hat auf die Berechnung und Zuweisung der RLV keine Auswirkungen. Es bleibt dabei, dass das RLV zunächst arztindividuell ermittelt wird und dann in einem zweiten Schritt nach Addition der jeweiligen RLV der in der Arztpraxis tätigen Ärzte der Praxis insgesamt zugewiesen wird. Anderenfalls würden BAGen gegenüber Einzelpraxen bevorzugt. Die arztbezogene Ermittlung des RLV ist bei fachgebietsübergreifenden BAGen - und im Übrigen auch bei entsprechenden MVZ - unverzichtbar. Die Höhe des RLV schwankt zwischen den einzelnen Fachgruppen deutlich, und bei einer BAG oder einem MVZ aus Ärzten, die nur teilweise Arztgruppen angehören, die den RLV unterfallen, könnte von vornherein nicht auf den Arztbezug bei der RLV-Ermittlung verzichtet werden.

44

Würden die Ärzte der Klägerin zwei getrennte BAGen je nach Berechtigung zur Erbringung von MRT-Leistungen bilden, wären sie jeweils unterschiedlichen Untergruppen zugeordnet. Würde man dies für den Fall, dass alle Ärzte eine BAG bilden, anders sehen, so würden die Ärzte ohne MRT-Berechtigung mittelbar von den den beiden anderen Ärzten erteilten Genehmigungen zur Abrechnung von MRT-Leistungen profitieren. Der Senat hat wiederholt dargelegt, dass dann, wenn sich Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen zu einer Gemeinschaftspraxis zusammenschließen, jeder der beteiligten Ärzte auf die Grenzen seines Fachgebiets beschränkt bleibt *(BSG Urteil vom 14.12.2011 - B 6 KA 31/10 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 22)*. Das gilt sinngemäß auch für die Erbringung von Leistungen, die auf der Grundlage des § 135 Abs 2 SGB V des Nachweises einer besonderen Fachkunde bedürfen. Diese wird arztbezogen geprüft und bescheinigt; auch in einer BAG darf nur der Arzt die Leistungen erbringen, der über den Nachweis der Fachkunde verfügt. Sinn des Zusammenschlusses zu einer BAG sind vor allem wirtschaftliche Vorteile, wie Synergieeffekte, nicht aber eine honorarmäßige Besserstellung. Dieses Ergebnis steht auch nicht im Widerspruch zum Urteil des Senats vom 19.2.2014 - B 6 KA 16/13 R - *(NZS 2014, 515 = juris RdNr 33)*, wonach die Höhe des Fallwertes einen Hinweis auf die Struktur einer Praxis geben kann. Davon abgesehen, dass die Entscheidung eine Einzelpraxis betraf, ergibt sich hieraus nicht, dass bei einer aus mehreren Ärzten bestehenden Praxis jedem Arzt der gleiche arztgruppenspezifische Fallwert zuzuordnen wäre, unabhängig davon, welche für sein Fachgebiet prägenden Leistungen er erbringen kann bzw darf.

45

bb) Die Ermittlung der RLV-relevanten Fallwerte für die vier Untergruppen der Ärzte für Diagnostische Radiologie ist rechtmäßig erfolgt. Dabei stand die Beklagte vor der Schwierigkeit, dass im Referenzjahr 2007 die LANR noch nicht durchgängig eingesetzt wurde. Das hatte zur Folge, dass nicht einfach errechnet werden konnte, in welchem Umfang Radiologen der vier Untergruppen vertragsärztliche Leistungen erbracht hatten. Da die Beklagte ungeachtet dieses Umstands die Untergruppen bilden und ihnen Fallwerte zuordnen musste, war sie gehalten, der nicht exakt ermittelbaren Realität durch Vergleichsberechnungen und Schätzungen so nahe wie möglich zu kommen. Das ist ihr ohne Verletzung von Bundesrecht gelungen.

46

Zur Ermittlung des Leistungsbedarfs der einzelnen Arztgruppen in 2007 hat die Beklagte bezüglich der Ärzte, die 2007 in BAGen tätig waren, die Leistungen zunächst soweit wie möglich (als gekennzeichnete Leistungen, belegärztliche Leistungen, Leistungen mit persönlicher Genehmigung, Leistungen, die ein Arzt aufgrund seiner Fachgruppe oder seines Schwerpunktes erbringen darf) einzelnen Ärzten zugeordnet. Soweit mehrere Ärzte in einer BAG die betreffende Leistung erbringen durften, wurden die Leistung anhand der Tätigkeitsumfänge auf die entsprechenden Ärzte verteilt. Alle danach noch nicht zuordenbaren Leistungen wurden gleichmäßig auf die Ärzte der BAG verteilt. Damit hat die Beklagte die ihr aufgrund der vorhandenen Daten genauest mögliche Zuordnung der Leistungen und Bestimmung der Leistungsbedarfe pro Arztgruppe vorgenommen. Insoweit ist auch zu berücksichtigen, dass gerade in den ersten Quartalen nach Einführung der RLV wegen der Unsicherheiten bzgl der Zuordnung der Leistungen zu den Arztgruppen mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes der Beklagten eine Einschätzungsprärogative und auch die Möglichkeit einer Schätzung zugebilligt werden muss. Die gleichmäßige Aufteilung der Leistungen, soweit diese nicht konkret zugeordnet werden konnten, beruht jedenfalls nicht auf sachfremden Erwägungen. Die Beklagte hat angesichts der Vorgaben des EBewA, dem die Schwierigkeiten aufgrund der fehlenden arztbezogenen Kennzeichnung bewusst gewesen sein müssen *(vgl die Übergangsregelung in Ziffer 7 der Anlage 2 zu Teil F des Beschlusses vom 27./28.8.2008)*, einen schlüssigen und nachvollziehbaren Weg zur Bestimmung des Leistungsbedarfs der einzelnen Arztgruppen gewählt. Gegen die konkrete Höhe der arztgruppenspezifischen RLV-Fallwerte hat sich die Klägerin im Übrigen auch nicht gewandt.

47

c) Die Ermittlung des RLV für die drei Ärzte der Klägerin ohne MRT-Berechtigung anhand ihrer individuellen Fallwerte war im streitbefangenen Quartal ebenfalls rechtmäßig. Ziffer 2 der 1. Ergänzungsvereinbarung zur HVV sieht vor, dass abweichend von den Vorgaben des Beschlusses des EBewA die RLV der Ärzte in Arztgruppen mit weniger als 20 Ärzten auf Basis der individuellen Fallwerte des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 ermittelt werden, sofern eine relative Streuung von mindestens 30 % vorliegt. Die RLV der Ärzte in Arztgruppen mit höchstens fünf Ärzten werden grundsätzlich auf Basis der individuellen Fallwerte des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 ermittelt. Die individuellen Fallwerte werden entsprechend des RLV-Vergütungsvolumens der jeweiligen Arztgruppe angepasst. Diese Regelung geht auf einen gesetzeskonformen Beschluss des BewA zurück *(aa)*, hält sich in dem dort den Gesamtvertragspartnern eröffneten Gestaltungsspielraum *(bb)* steht mit höherrangigem Recht in Einklang *(aa)* und ist von der Beklagten korrekt umgesetzt worden *(cc)*.

48

aa) Die Regelungen zu den RLV in jedem HVV müssen mit den Vorgaben des BewA vereinbar sein *(BSG Urteil vom 5.6.2013 - B 6 KA 47/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 3 RdNr 19; vgl zur Normenhierarchie zwischen Regelungen des BewA und HVV: BSG Urteil vom 3.2.2010 - B 6 KA 31/08 R - BSGE 105, 236 = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 24; BSG Urteil vom 18.8.2010 - B 6 KA 27/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 19).* Die von den Vertragspartnern in Ziffer 2 der 1. Ergänzungsvereinbarung getroffene Regelung für kleine Arztgruppen ist entgegen der Auffassung der Klägerin vom Beschluss des EBewA vom 27./28.8.2008 gedeckt. Dieser verstößt auch nicht gegen höherrangiges Recht. Der EBewA war berechtigt, einzelne Ausgestaltungen der RLV den regionalen Vertragspartnern zu überlassen.

49

Gemäß § 87b Abs 4 Satz 1 SGB V aF bestimmt der BewA erstmalig bis zum 31.8.2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Der Senat hat bereits darauf hingewiesen, dass dem BewA bei der Ausgestaltung der RLV hinsichtlich verschiedener Einzelfragen ein Gestaltungsspielraum zur Verfügung steht *(BSG Urteil vom 17.7.2013 - B 6 KA 44/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 2 RdNr 36; BSG Urteil vom 15.6.2016 - B 6 KA 18/15 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 87 RdNr 44; BSG Beschluss vom 27.9.2016 - B 6 KA 13/16 B - unveröffentlicht)*. Im Rahmen dieses Gestaltungsspielraums ist der EBewA auch berechtigt, Detailfragen den Partnern der Gesamtverträge zu übertragen.

50

bb) Von dieser Befugnis hat der BewA mit Beschluss des EBewA vom 27./28.8.2008 Gebrauch gemacht. Aus Ziffer 1 der Anlage 1 zu Teil F des Beschlusses ergibt sich, dass für die dort genannten Arztgruppen RLV gemäß § 87b Abs 2 und 3 SGB V ermittelt und festgesetzt werden. Nach Ziffer 2 können die Partner der Gesamtverträge Modifikationen (zB Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren. Die Möglichkeit, "Modifikationen" der Arztgruppen vorzunehmen, beinhaltet auch in besonders gelagerten Konstellationen die Möglichkeit, von der Bildung von RLV auf der Basis von arztgruppenspezifischen Fallwerten abzusehen, wenn dies etwa für kleine Arztgruppen aus praktischen Gründen kaum vermeidbar ist. Soweit in Ziffer 2 der Anlage 1 zu Teil F des Beschlusses des EBewA "Differenzierungen oder Zusammenfassungen" von Arztgruppen genannt werden, handelt es sich hierbei ausdrücklich lediglich um eine beispielhafte Aufzählung. "Modifikationen" ist hier weit zu verstehen und kann in besonderen Konstellationen auch die Herausnahme von Arztgruppen aus der regelhaft vorgesehenen Berechnung der RLV umfassen.

51

Eine solche Ausnahme ist jedenfalls dann zulässig, wenn die Anwendung der generellen Vorgaben zur Berechnung des RLV insbesondere wegen der geringen Zahl der einer Arztgruppe oder - wie hier - einer Untergruppe angehörenden Ärzte nicht zu aussagekräftigen Ergebnissen führen kann. Insoweit gelten jedoch strenge Maßstäbe, weil der Gesetzgeber für die Jahre 2009 bis 2012 die Steuerung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen über RLV verbindlich vorgeschrieben und nicht zur Disposition der Partner der HVV gestellt hat. Insoweit kann sich die Beklagte hier nicht pauschal auf die weite Gestaltungsfreiheit berufen, die den Partnern der HVV bzw der KÄV beim Erlass eines Honorarverteilungsmaßstabes generell zukommt *(vgl Senatsurteil vom 5.6.2013 - B 6 KA 32/12 R - BSGE 113, 298 = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 19)*. Die Regelung über die Herausnahme besonders kleiner Arztgruppen aus der generell vorgeschriebenen Bildung des RLV ist danach jedoch nicht zu beanstanden.

52

Bei Fachgruppen mit einer sehr geringen Anzahl von Ärzten kann der für die RLV-Bildung im Regelfall heranzuziehende durchschnittliche Fallwert wenig aussagekräftig sein, insbesondere soweit einzelne "Ausreißer" im Fallwert große Verwerfungen für die ganze Fachgruppe bewirken. Der Senat hat im Rahmen der nach der Methode des statistischen Vergleichs durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen *(heute § 106a SGB V)* mehrfach hervorgehoben, dass eine Mindestgröße der Vergleichsgruppe erforderlich sein kann, um verlässliche Schlussfolgerungen ziehen zu können *(zB Senatsurteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 14/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 14)*. Sog "Ausreißer" können das Ergebnis einer vergleichenden Betrachtung umso eher beeinflussen, je kleiner die Vergleichsgruppe ist. Dieser Grundsatz ist nicht auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt, sondern gilt generell, wenn das ermittelte Abrechnungsverhalten einer Gruppe von Ärzten Maßstab für Bewertungen oder Entscheidungen sein soll. Die in der Rechtsprechung des Senats und der Instanzgerichte in diesem Zusammenhang genannten Mindestzahlen von Ärzten zwischen 9 und 20 je nach Homogenität der Gruppe *(Nachweise bei Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, § 106 RdNr 324, Stand VIII/2014)* zeigen an, wo die Grenze tendenziell verlaufen dürfte. Dass Arztzahlen von 15 bzw 16 Ärzten (Radiologen nur mit CT im Bezirk der Beklagten, je nach Einbeziehung der im Jobsharing tätigen Ärzte) für die Ermittlung eines aussagekräftigen und realitätsgerechten Fallwerts zu klein sein können, liegt deshalb nahe. Die Beklagte durfte diese geringen Zahlen zum Anlass für die Herausnahme der Untergruppe der Radiologen nur mit CT aus der RLV-Systematik nehmen.

53

Zudem ist im HVV berücksichtigt, dass die Aussagekraft eines Durchschnittswertes vor allem dann abnimmt, wenn die Ärzte der Gruppe tatsächlich sehr unterschiedlich abrechnen. Aus diesem Grund haben die Vertragspartner zusätzlich eine relative Streuungsbreite von 30 % zur Voraussetzung für die Ersetzung des RLV durch eine Art Individualbudget gemacht. Hiermit wird eine gewisse Inhomogenität des Abrechnungsverhaltens vorausgesetzt, welches die abweichende Bestimmung der RLV rechtfertigt. Die Regelung, die grundsätzlich für alle Arztgruppen gilt, beruht damit nicht auf sachfremden Erwägungen und hält sich noch innerhalb des - hier streng limitierten - Gestaltungsspielraums der Vertragspartner. Ebenfalls nicht zu beanstanden ist, dass die individuellen Fallwerte entsprechend des RLV-Vergütungsvolumens der jeweiligen Arztgruppe angepasst werden. Das abgeforderte Honorarvolumen (individuelle RLV-relevante Fallzahl multipliziert mit dem individuellen RLV-Fallwert des Vorjahresquartals) muss dem für die Arztgruppe zur RLV-Bildung bereitgestellten Honorarvolumen entsprechen, weshalb ein Anpassungsfaktor erforderlich ist.

54

cc) Auch die Umsetzung der Regelung durch die Beklagte ist rechtmäßig. Der Gruppe der "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT" gehörten im Quartal 3/2008 weniger als 20 Ärzte an. Ob hierbei auf die 15 besetzten Arztstellen ohne Jobsharer oder aber - wie das LSG - auf 16 Ärzte (nach Köpfen) abzustellen ist, kann dahinstehen. Dass die Beklagte bei der Berechnung der Streubreite von ca 43 % die Jobsharer einbezogen hat, begegnet keinen Bedenken. Die Berechnung der Streubreite dient dazu, Schlüsse hinsichtlich der Homogenität des Abrechnungsverhaltens der Arztgruppe zu ziehen. Hierüber kann auch das Abrechnungsverhalten von Jobsharern Auskunft geben, unabhängig davon, ob für diese ein eigenes RLV gebildet wird.

55

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Da die Beigeladenen keine Anträge gestellt haben, entspricht es der Billigkeit, dass die Klägerin deren Kosten nicht tragen muss *(§ 162 Abs 3 VwGO)*.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-28