L 1 KA 4/14

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 18 KA 280/10
Datum
27.11.2013
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KA 4/14
Datum
08.11.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Vertragsärztliche Versorgung
Regelleistungsvolumen
Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften in den Quartalen III/2009 und IV/2009
1. Auch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumina sind als vertragsärztliche Vergütungsregelungen in erster Linie nach dem Wortlaut auszulegen.
2. Daher ist das Merkmal der „fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft“ im Sinne von Nr. 1 Satz 1 Buchst. b Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 im weiterbildungsrechtlichen Sinne auszulegen. Zu berücksichtigen sind bei der Anwendung der Zuschlagsregelung nach diesem Beschluss auch Schwerpunktbezeichnungen (hier: Kinderradiologie und Neuroradiologie), für die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab keine besonderen Gebührungsordnungspositionen vorgesehen waren.
I. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Dresden vom 27. November 2013 sowie der Regelleistungsvolumen-Zuweisungs¬bescheide vom 26. Juni 2009 und 10. August 2009 (jeweils Quartal III/2009), vom 14. September 2009 (Quartal IV/2009), vom 20. November 2009 (Quartal III/2009 und IV/2009), vom 18. Dezember 2009 (Quartal III/2009) und vom 18. März 2010 (Quartal IV/2009) und des Bescheids vom 20. November 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. November 2010 verurteilt, der Klägerin jeweils um 20 % erhöhte Regelleistungsvolumina für die Quartale III/2009 und IV/2009 aufgrund einer fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft zuzuweisen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 261.002,85 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Regelleistungsvolumina für die Quartale III/2009 und IV/2009, insbesondere über die Höhe des Zuschlags für eine fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft (BAG).

Die Klägerin ist eine BAG mit Sitz in A ..., an der in den streitigen Quartalen III/2009 und IV/2009 drei Fachärzte für Nuklearmedizin und neun Fachärzte für Radiologie bzw. Diagnostische Radiologie beteiligt waren. Von den Fachärzten für Radiologie verfügte eine Ärztin über die Schwerpunktbezeichnung Kinderradiologie und ein Arzt über die Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie; diese beiden Ärzte waren auch mit ihrem Schwerpunkt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) hatte zur Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumina in § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 der Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der Beklagten in der ab dem 1. Juli 2009 geltenden Fassung des zweiten Nachtrags vom 30. Juni 2009 (HVV) Folgendes geregelt:

Ab dem 1. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2009 gelten folgende Regelungen:

a) die Regelleistungsvolumen für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der

gleichen Arztgruppe werden um 10 % erhöht und

b) die Regelleistungsvolumen für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte werden um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal 6 Arztgruppen bzw. Schwerpunkte sowie für jede weitere Arztgruppe bzw. jeden weiteren Schwerpunkt um weitere 2,5 %, maximal jedoch insgesamt um 40 % erhöht.

Mit Bescheid vom 26. Juni 2009, geändert durch Bescheid vom 10. August 2009, wies die Beklagte der Klägerin ein Regelleistungsvolumen für das Quartal III/2009 zu, des Weiteren mit Bescheid vom 14. September 2009 ein Regelleistungsvolumen für das Quartal IV/2009. In beiden Fällen berücksichtigte sie einen zehnprozentigen Zuschlag (zwei Mal 5 %) aufgrund des Bestehens einer fach- und schwerpunktübergreifenden BAG aus zwei Arztgruppen (hier: Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin).

Gegen diese Bescheide erhob die Klägerin am 1. Oktober 2009 (Quartal III/2009) und am 25. Oktober 2009 (Quartal IV/2009) Widerspruch. Neben verschiedenen anderen Punkten beanstandete sie, dass die Regelleistungsvolumina mit einem Zuschlag von 10 % nach § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV versehen waren. Richtig wäre ein Zuschlag in Höhe von vier mal 5 %, d.h. 20 %, gewesen, da in der BAG Fachärzte für Nuklearmedizin, Fachärzte für Radiologie ohne Schwerpunkt und zwei Fachärzte für Radiologie mit den Schwerpunkten Neuroradiologie und Kinderradiologie tätig seien.

Mit Bescheid vom 20. November 2009, umgesetzt durch Zuweisungsbescheide vom gleichen Tage, wies die Beklagte die Regelleistungsvolumina für die Quartale I bis IV/2009 auf Grundlage mehrerer geänderter Berechnungsgrundlagen (Korrektur von Faktoren für Praxisbesonderheiten bei zwei Ärzten und relevanten Fallzahlen bei einem Arzt) neu zu. Als Zuschlag nach § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV berücksichtigte die Beklagte allerdings weiterhin nur 10 %. Zur Begründung führte sie aus, dass Schwerpunkte im Sinne der betreffenden Regelung nur solche "entsprechend der Fachgruppenspezifik des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs" (EBM) seien – z.B. die verschiedenen internistischen Schwerpunkte, für die es "eigene Kapitel" im EBM gebe. Auf die Schwerpunkte Neuroradiologie und Kinderradiologie der Fachärzte für Radiologie treffe dies nicht zu.

Am 1. Dezember 2009 erhob die Klägerin Widerspruch auch gegen den Bescheid vom 20. November 2009 und beanstandete u.a. nochmals die Höhe des Zuschlags. Insbesondere treffe nicht zu, dass Zuschläge nur für solche Schwerpunkte zu berücksichtigen seien, denen ein eigenes Kapitel im EBM gewidmet sei. Weder dem Wortlaut des § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV noch dem Wortlaut des zugrunde liegenden Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 lasse sich diese Einschränkung entnehmen. Vielmehr sei allein auf die Zahl der Facharztbezeichnungen bzw. Schwerpunktbezeichnungen im weiterbildungsrechtlichen Sinne abzustellen. Abgesehen davon, dass der EBM für die verschiedenen Schwerpunkte der Fachärzte für Inneres keine eigenen Kapitel, sondern eigene Abschnitte vorsehe, enthalte die hier einschlägige Regelung zum Zuschlag für eine fach- und schwerpunktübergreifende BAG keine Bezugnahme auf die Strukturen des EBM. Schließlich widerspreche die Auffassung der Beklagten dem Sinn und Zweck der Regelung. Dieser liege in der Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in einer BAG sowie in dem Ziel, bei der Umstellung der Ermittlung der Regelleistungsvolumina nach Arztfallzahlen auf die Ermittlung nach Behandlungsfallzahlen Nachteile für eine BAG zu kompensieren. Bei einer fach- und schwerpunktübergreifenden BAG solle durch die Zuschläge dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei einer größeren Zahl verschiedener Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen die Zahl der gemeinschaftlich behandelten Patienten höher sei. Höhere Zuschläge seien auch angesichts des besonderen Versorgungsauftrags, den die beiden Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunktebezeichnungen übernommen hätten, sachgerecht.

Die Beklagte hatte unterdessen nach erneuter Neuberechnung der Teilvolumina für die vier Jungärzte der Klägerin (vgl. dazu § 8 Abs. 9 HVV) unter dem 18. Dezember 2009 die Zuweisung des Regelleistungsvolumens für das Quartal III/2009 auf 1.610.344,83 EUR korrigiert; später setzte sie unter dem 18. März 2010 auch das Regelleistungsvolumen für das Quartal IV/2009 auf 1.611.288,76 EUR neu fest.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12. November 2010, der am 17. November 2010 zugestellt wurde, zurück. Hinsichtlich der Zuschläge treffe zwar zu, dass der EBM für Internisten verschiedener Schwerpunktbezeichnungen keine eigenen Kapitel, sondern nur eigene Abschnitte vorsehe. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sei gleichwohl so zu interpretieren, dass nur für "die Ärzte, die aufgrund des geführten Schwerpunkts und ihrer daraus resultierenden abweichenden Abrech¬nung einer separaten Vergleichsgruppe" zugeordnet wurden, ein Zuschlag zu berücksichtigen sei. Die pauschale Anerkennung von Zuschlägen aufgrund von Schwerpunkten nach der Weiterbildungsordnung komme nicht in Betracht, weil anderenfalls außer Acht gelassen würde, ob die Schwerpunkttätigkeit überhaupt ausgeübt werde.

Am 15. Dezember 2010 hat die Klägerin gegen die Bescheide betreffend die Zuweisung der Regelleistungsvolumina für die Quartale III/2009 und IV/2009 Klage zum Sozialgericht Dresden (SG) erhoben und diese ausdrücklich auf die Frage der Höhe des Zuschlags für die BAG beschränkt. Zur Begründung hat sie ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren im Wesentlichen wiederholt. Ihrer Auffassung nach sei der Begriff des Schwerpunkts im Weiterbildungsrecht abschließend definiert; daher habe der Bewertungsausschuss diesen Begriff nicht selbst definieren müssen. Auch der EBM nehme, wie sich aus Ziffer I Nr. 1.3 EBM ergebe, auf das Weiterbildungsrecht Bezug. Im Übrigen sei anhand von Statistiken nachweisbar, dass die beiden Radiologen der Klägerin, die eine Schwerpunktbezeichnung führten, auch in ihrem Schwerpunkt tätig gewesen seien.

Die Beklagte hat vorgetragen, dass zur Auslegung des Begriffs "fach- und schwerpunktübergreifend" zwar nicht auf die in den Beschlüssen des Bewertungsausschusses aufgeführten, für Regelleistungsvolumen relevanten Arztgruppen zurückzugreifen sei; anderenfalls wären im Bereich der Fachärzte für Radiologie solche, die mittels Computertomografie (CT) untersuchten, und solche, die dies nicht täten, als Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen im Sinne der Zuschlagsregelung aufzufassen. Der Bedeutungsgehalt ergebe sich jedoch aus dem EBM, den der Bewertungsausschuss ebenso wie die Regeln zur Berechnung der Regelleistungsvolumina beschlossen habe. "Fachübergreifend" seien vertragsärztliche Leistungen demnach, wenn sie nach verschiedenen Kapiteln des EBM abzurechnen seien, und "schwerpunktübergreifend" seien Leistungen, wenn sie nach verschiedenen Abschnitten des EBM abzurechnen seien. Schwerpunkte im hier fraglichen Sinne seien daher insbesondere internistische und pädiatrische Schwerpunkte. Nur für diese Schwerpunkte sehe der EBM besondere Gebührenordnungspositionen vor. Der Bewertungsausschuss habe demgegenüber Schwerpunkte, die von Fachärzten für Radiologie geführt werden können, abrechnungsrechtlich als nicht so verschieden angesehen, dass für diese eigene Abrechnungsbestimmungen gerechtfertigt

gewesen wären. Deshalb sei die Regelung des Bewertungsausschusses dahingehend auszulegen, dass Radiologen mit Schwerpunkt auch bei den Zuschlägen nicht berücksichtigt werden dürften.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 27. November 2013 abgewiesen. Die Beklagte habe zu Recht keine höheren Zuschläge aufgrund der Schwerpunkte der Fachärzte für Radiologie mit der Berechtigung zur Führung der Schwerpunkte Kinderradiologie und Neuroradiologie berücksichtigt. Welche Arztgruppen und Schwerpunkte nach § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV relevant seien, richte sich nicht allein nach der weiterbildungsrechten Qualifikation der an der BAG beteiligten Ärzte. Die Beklagte gehe richtigerweise davon aus, dass der fragliche Zuschlag aufgrund eines Schwerpunkts nur gewährt werden könne, wenn der Schwerpunkt von Relevanz für die Berechtigung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach dem EBM in Abgrenzung zu den übrigen Ärzten derselben Fachgruppe sei. Dies folge aus der Wechselbezüglichkeit zwischen den Vorschriften über die Bildung des Regelleistungsvolumens und der nach fachlichen Gesichtspunkten gegliederten Bewertung der ärztlichen Leistungen, für deren Abrechnung das Regelleistungsvolumen den Rahmen bilde. Für die Abrechenbarkeit von Leistungen der Fachärzte für Radiologie spiele es jedoch keine Rolle, ob diese einen Schwerpunkt hätten oder nicht. Alle Fachärzte für Radiologie könnten das gesamte radiologische Leistungsspektrum abrechnen. Die Schwerpunkte dieser Fachärzte seien zwar sinnvoll, aber abrechnungsrechtlich irrelevant bzw. nicht "kooperationsrelevant". Bei der gemeinschaftlichen Behandlung von Versicherten in einer BAG durch zwei Fachärzte für Radiologie mit unterschiedlichen Schwerpunktbezeichnungen entstehe kein besonderer, im Rahmen der Zuschlagsregelung zu berücksichtigender Leistungsmehrbedarf. Auch aus dem Zweck der Regelung, dem Anreiz entgegenzuwirken, eine BAG in eine Praxisgemeinschaft mit separater Fallzählung umzuwandeln, folge nichts anderes.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 10. Februar 2014 zugestellte Urteil am 26. Februar 2014 Berufung eingelegt und damit ihr Ziel einer Anhebung des Zuschlags auf 20 % weiterverfolgt. Zur Begründung hat sie ergänzend darauf hingewiesen, dass nach der Rechtsprechung des Bundesozialgerichts (BSG) vertragsärztliche Vergütungsregelungen in erster Linie nach dem Wortlaut ausgelegt werden müssten. Der Wortlaut des § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV und der Wortlaut des zugrunde liegenden Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 seien aber eindeutig, insbesondere nicht unklar oder missverständlich. Er lasse nicht erkennen, dass es hinsichtlich der Frage, ob ein weiterer Schwerpunkt in einer BAG vorliege, nicht nur auf das Weiterbildungsrecht ankomme, sondern auch auf das Vorhandensein besonderer Abrechnungsregelungen für den Schwerpunkt im EBM. Abgesehen davon gelte auch für die Auslegung des EBM, dass sich der Begriff des Schwerpunkts nach dem Weiterbildungsrecht richte. Für die Auffassung des SG, dass Schwerpunkte im Sinne der Zuschlagsregelung praktisch nur die in Ziffer I Nr. 5.1 Satz 2 und 3 EBM genannten internistischen und pädiatrischen Schwerpunkte sein könnten, fehle es an Anhaltspunkten in den auszulegenden Bestimmungen. Eine solche Regelung wäre denkbar gewesen, sei aber nicht getroffen worden.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Dresden vom 27. November 2013, der Regelleistungsvolumen-Zuweisungs¬bes¬cheide vom 26. Juni 2009, 10. August 2009, 14. September 2009, 20. November 2009, 18. Dezember 2009 und 18. März 2010 sowie des Bescheids vom 20. November 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. No¬vem¬ber 2010 zu verurteilen, der Klägerin jeweils um 20 % erhöhte Regelleistungsvolumina für die Quartale III/2009 und IV/2009 aufgrund einer fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft zuzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil des SG für richtig. Die Regelungen der HVV und des Bewertungsausschusses zur Berechnung der Regelleistungsvolumina seien entgegen der Auffassung der Klägerin nicht in erster Linie nach dem Wortsinn auszulegen. Nochmals sei darauf hinzuweisen, dass die betreffenden Radiologen mit Schwerpunkt das gesamte Spektrum radiologischer Leistungen nach EBM erbringen dürften, während auch umgekehrt ein Facharzt für Radiologie ohne Schwerpunkt sämtliche kinder- und neuroradiologischen Untersuchungen durchführen dürfe. Ein Schwerpunkt im Sinne der hier auszulegenden Bestimmungen liege nur vor, wenn er "kooperationsrelevant" sei und "ausgedrückt durch die Fachgruppenspezifik des EBM" "eine gewisse Relevanz" habe.

Über die Widersprüche der Klägerin gegen den Honorarbescheide vom 25. Januar 2010 und 26. April 2010 für die Quartale III/2009 und IV/2009 ist im Einvernehmen der Beteiligten noch nicht entschieden worden.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestands Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die zulässige Berufung der Klägerin hat Erfolg.

1. Die auf die Zuweisung höherer Regelleistungsvolumina für die Quartale III/2009 und IV/2009 gerichtete Klage ist zulässig, auch wenn die Klägerin nicht zugleich Klage gegen die Honorarbescheide für diese Quartale erhoben hat. Denn Bescheide über die Zuweisung von Regelleistungsvolumina sind gesondert anfechtbare Verwaltungsakte; es besteht für dagegen gerichtete Klagen ein Rechtsschutzbedürfnis, solange – wie hier – die für denselben Zeitraum ergangenen Honorarbescheide noch nicht bestandskräftig geworden sind (vgl. BSG, Urteil vom 15. August 2012 – B 6 KA 38/11 R – juris Rn. 10 f.).

2. Die Klage ist auch begründet. Die Regelleistungsvolumen-Zuweisungsbescheide für die Quartale III/2009 und IV/2009 sowie der Bescheid der Beklagten vom 20. November 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. November 2010 sind rechtswidrig, soweit darin der

Zuschlag nach § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV nur mit 10 % angesetzt wurde; sie sind daher aufzuheben. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Neuzuweisung der Regelleistungsvolumina für die betreffenden Quartale jeweils unter Berücksichtigung eines Zuschlags nach der vorstehenden Regelung in Höhe von 20 %.

a) Die Vergütung von Vertragsärzten in den Quartalen III/2009 und IV/2009 im Bezirk der Beklagten erfolgte auf Grundlage der ab 1. Juli 2009 gültigen HVV, durch die u.a. die Regelungen des § 87b SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbs¬stärkungs¬gesetzes (GKV-WSG) vom 26. März 2007 (nachfolgend: a.F.) umgesetzt wurden. Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V a.F. waren vertragsärztliche Leistungen ab dem 1. Januar 2009 abweichend von § 85 SGB V a.F. von der KÄV auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Ge¬büh¬ren¬ordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V a.F. zu vergüten. Insbesondere waren gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V a.F. zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen – d.h. gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V a.F. die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbaren Mengen der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebüh¬ren¬ordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V a.F. enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten waren; die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge konnte nach § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V a.F. lediglich zu abgestaffelten Preisen vergütet werden. Eine Vergütung außerhalb der Regelleistungsvolumina war gemäß § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V a.F. nur in Sonderfällen, z.B. bei besonders förderungswürdigen Leistungen, möglich.

Die Werte für die Regelleistungsvolumina waren gemäß § 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V a.F. morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen. Hierzu hatte der Bewertungsausschuss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. u.a. das Verfahren zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumina verbindlich zu bestimmen (zur Normenhierarchie z.B. Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand 9/2016, § 87b Rn. 94 m.w.N.; noch zu § 85 Abs. 4 SGB V in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung BSG, Urteil vom 5. Juni 2013 – B 6 KA 32/12 R – juris Rn. 16). Auf Grundlage der entsprechenden Beschlüsse hatten gemäß § 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V a.F. die KÄV sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres u.a. die für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina konkret anzuwendende Berechnungsformel festzustellen. Die Zuweisung der sich daraus ergebenden Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis lag gemäß § 87b Abs. 5 Satz 1 SGB V a.F. in der Zuständigkeit der KÄV.

b) Erstmalig hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss mit Teil F des Beschlusses vom 27./28. August 2008 Regelungen zur Berechnung der Regelleistungsvolumina erlassen. Demnach waren Regelleistungsvolumina quartalsweise (Nr. 1.2.1) je Arzt (Nr. 1.2.2) nach dem Umfang der jeweiligen Zulassung bzw. Genehmigung (Nr. 1.2.3) zu berechnen und praxisbezogen zuzuweisen, d.h. bei mehreren Ärzten pro Praxis nach Addition aller Regelleistungsvolumina je Arzt (Nr. 1.2.4). Zur Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt war – vereinfacht gesagt – seine Fallzahl im Vorjahresquartal mit einem KÄV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwert zu multiplizieren (Nr. 3.2.1), wobei Fallwerte für die in Anlage 1 des Beschlusses aufgeführten bzw. die auf dieser Grundlage von den Gesamtvertragsparteien auf Landesebene abgegrenzten Arztgruppen ermittelt wurden.

Für die hier streitigen Quartale III/2009 und IV/2009 bzw. für die Zeit ab 1. Juli 2009 hatte der Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 20. April 2009 u.a. festgelegt, dass bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt nicht mehr die Fallzahl des Arztes, sondern eine besondere "RLV-Fallzahl" zugrunde zu legen war, wobei die Summe der "RLV-Fallzahlen" einer Praxis – insbesondere auch bei einer BAG – der Behandlungsfallzahl der Praxis entsprach (vgl. Nr. 2 und 3 Teil A des Beschlusses: Änderung der Nr. 2.3 und 3.2.1 Teil F des Beschlusses vom 27./28. August 2008). Im gleichen Beschluss bestimmte der Bewertungsausschuss unter Nr. 1 Teil A (Änderung der Nr. 1.2.4 Teil F des Beschlusses vom 27./28. August 2008; Anfügung eines Absatzes):

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das nach Anlage 2 Nr. 5 ermittelte praxisbezogene Regelleistungsvolumen a) für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht b) für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkt, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt um 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens um 40 % erhöht. Diese Regelung gilt vorerst bis zum 31. Dezember 2009. Eine Anschlussregelung hinsichtlich der Fallzählung muss die Ergebnisse der Entwicklung der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen ab dem 1. Quartal 2008 sowie die Arztfälle ab dem 3. Quartal 2008 bis einschließlich 1. Quartal 2009 bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten berücksichtigen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die entsprechenden Daten bis zum 31. August 2009 dem Institut des Bewertungsausschusses für weitergehende Analysen zur Verfügung zu stellen. Über die Spezifikation der Daten werden sich die Vertragspartner einigen.

Die Gesamtvertragsparteien hatten die vorstehenden Beschlüsse in der für die Quartale III/2009 und IV/2009 geltenden HVV – insbesondere die Regelung über den Zuschlag für eine BAG in § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 HVV – wortlautgetreu umgesetzt (vgl. des Weiteren zu Nr. 2.3 Teil F § 8 Abs. 5 HVV sowie zu Nr. 3.2.1 Teil F § 8 Abs. 2 HVV).

c) Die Vereinbarkeit der Zuschlagsregelung mit höherrangigem Recht haben die Beteiligten nicht in Frage gestellt. Entsprechende Bedenken bestehen auch nicht. Die Regelung beruht auf dem gesetzlichen Regelungsauftrag des § 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V a.F., die Werte für die Regelleistungsvolumina u.a. unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen. Sie knüpft an frühere Vorschriften zur Förderung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer BAG bzw. der früheren Gemeinschaftspraxis an, wobei insbesondere auch die typisierende Bezugnahme auf Arztgruppen und Schwerpunkte nicht zu beanstanden ist (vgl. zum Zuschlag für eine arztgruppen- und schwerpunktgleiche BAG nach der Übergangsbestimmung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses vom 17. Oktober 2008 BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 – B 6 KA 4/13 R – juris RN. 13). Es liegt in der Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses, pauschalierende, generalisierende und/oder typisierende Regelungen zur Förderung kooperativer Formen der vertragsärztlichen Versorgung zu treffen und ggf. auch zur Kompensation von Nachteilen, die sich speziell für diese Versorgungsformen bei der Anwendung allgemeiner Berechnungsbestimmungen ergeben würden (vgl. BSG, Urteil vom 17. März 2010 – B 6 KA 41/08 R – juris Rn. 15 f.).

d) Die Klägerin interpretiert § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV zu Recht dahingehend, dass bei einer fach- und/oder schwerpunktübergreifenden BAG pro Arztgruppe und ggf. zusätzlich pro Arzt mit einer besonderen Schwerpunktbezeichnung das praxisbezogene Regelleistungsvolumen um 5 % bzw. ab sechs Arztgruppen und/oder Schwerpunkten um 2,5 %, insgesamt um bis zu 40 %,

zu erhöhen ist und dass bei dieser Regelung auch Schwerpunkte von Fachärzten für Radiologie zu berücksichtigen sind.

Der inhaltliche Gehalt des § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV bestimmt sich nach dem zugrunde liegenden und gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. für die Gesamtvertragsparteien verbindlichen Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009, d.h. der Ergänzung von Nr. 1.2.4 Teil F des Beschlusses vom 27./28. Au-gust 2008.

Diese Bestimmung ist als vertragsärztliche Vergütungsregelung in erster Linie nach dem Wortlaut auszulegen (ebenso Landessozialgericht [LSG] Schleswig-Holstein, Urteil vom 9. Mai 2017 – L 4 KA 93/14 – juris Rn. 33; vgl. des Weiteren zu Regelungen betreffend die Honorarverteilung außerhalb des EBM BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 – B 6 KA 20/10 R – juris Rn. 14; zu Regelungen betreffend die vormaligen Praxisbudgets BSG, Urteil vom 22. Juni 2005 – B 6 KA 80/03 R – juris Rn. 22). Denn auch das Regelwerk des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. diente dem Ausgleich unterschiedlicher Interessen der Ärzte bei der Honorarverteilung, wobei es vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses war, Unklarheiten zu beseitigen (vgl. zu unklaren oder missverständlichen Abrechnungsbestimmungen des EBM BSG, Urteil vom 30. November 2016 – B 6 KA 17/15 R – juris Rn. 23) oder korrigierend einzugreifen, wenn Fehlsteuerungen oder Verwerfungen in bestimmten Fallkonstellationen offenbar wurden (vgl. zur ähnlich gelagerten Problematik der Vergütung von Krankenhausleistungen nach Fallpau¬schalen BSG, Urteil vom 17. November 2015 – B 1 KR 41/14 R – juris Rn. 13). Es ist nicht Aufgabe der Gerichte, diesem Mechanismus u.a. durch eine Erforschung der Motive des Bewertungsausschusses, d.h. durch eine teleologische Auslegung, vorzugreifen.

Im Ausgangspunkt besteht kein Zweifel, dass der Wortlaut der am 20. April 2009 ergänzten Nr. 1.2.4 Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 27./28. Au¬gust 2008 sowohl hinsichtlich der "fach- und schwerpunktgleichen" BAG wie auch hinsichtlich der "fach- und schwerpunktübergreifenden" BAG strikt an die Abgrenzungen des Weiterbildungsrechts zu Arzt- und Schwerpunktbezeichnungen anknüpfte (so ausdrücklich zur Übergangsbestimmung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses vom 17. Oktober 2008 BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 – B 6 KA 4/13 R – juris Rn. 14). Der Bewertungsausschuss nahm hier ebenso wie in Regelungen des EBM, die bestimmte Fachärzte oder fachärztliche Schwerpunkte betrafen, auf das Weiterbildungsrecht Bezug bzw. setzte die weiterbildungsrechtlichen Rechtsnormen und die auf dieser Grundlage geführten Arzt- und Schwerpunktbezeichnungen voraus. Die typisierende Anknüpfung an das Weiterbildungsrecht diente gerade der Vermeidung von Differenzierungsproblemen und Umsetzungsschwierigkeiten (BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 – B 6 KA 4/13 R – juris Rn. 15), die mit wertenden und wortlautunabhängigen Betrachtungen eintreten würden.

Ausgehend davon, dass für das Verständnis des Begriffes des Schwerpunkts im Sinne des § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV auf das Weiterbildungsrecht abzustellen ist, postuliert die Beklagte ein ungeschriebenes negatives Tatbestandsmerkmal – das Erfordernis besonderer abrechnungsrechtlicher Regelungen zu dem Schwerpunkt im EBM. Ein solches Merkmal ist jedoch im Wege der Auslegung nicht begründbar.

(1) Denkbar wäre eine einschränkende Auslegung der Zuschlagsregelung allenfalls, soweit in einer BAG Fach- bzw. Arztgruppen oder Ärzte mit Schwerpunktbezeichnungen vertreten waren, deren Leistungen nicht der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina unterlagen. Etwa im Falle einer BAG aus einem Facharzt für Nuklearmedizin und zwei Fachärzten für Radiologie, von denen einer zugleich Facharzt für Strahlentherapie war, wäre möglicherweise nur ein Zuschlag in Höhe von 10 % (zwei Mal 5 %) nach § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV zu berücksichtigen gewesen, da Fachärzte für Strahlentherapie gemäß Anlage 2a und 2c zur HVV von der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina ausgenommen waren bzw. ihre Leistungen gemäß § 8 Abs. 6a Nr. 21 HVV einer anderweitigen Leistungssteuerung unterlagen. Diese besondere Konstellation muss vorliegend jedoch nicht weiter erörtert werden, da Fachärzte für Radiologie zu den Arztgruppen gehörten, denen Regelleistungsvolumina zuzuweisen waren.

(2) Des Weiteren sind sich die Beteiligten zu Recht darüber einig, dass die unterbliebene Benennung der Schwerpunktbezeichnungen Neuroradiologie und Kinderradiologie in der Aufzählung der "für Regelleistungsvolumen relevanten Arztgruppen" gemäß Nr. 4 Anlage 1 zu Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 27./28. Au¬gust 2008 keine Bedeutung hinsichtlich der Frage hatte, was unter Schwerpunkten im Sinne der Nr. 1.2.4 Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 27./28. Au¬gust 2008 in der Fassung des Beschlusses vom 20. April 2009 bzw. des § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV zu verstehen war. Zum einen stand es den Gesamtvertragsparteien gemäß Nr. 2 Anlage 1 zu Teil F frei, Differenzierungen oder Zusammenfassungen von relevanten Arztgruppen zu vereinbaren, wovon die Beklagte im Bereich der Fachärzte für Radiologie auch Gebrauch gemacht hatte (Nr. 36 ff. Anlage 2a zur HVV). Der Auflistung des Bewertungsausschusses kam eine Verbindlichkeit nur hinsichtlich des Rahmens der "für Regelleistungsvolumens relevanten Arztgruppen" und nicht hinsichtlich der Binnendifferenzierung zu. Zum anderen hatte der Bewertungsausschuss in der hier auszulegenden Ergänzung der Nr. 1.2.4 Teil F mit Beschluss vom 20. April 2009 auch nicht auf die Anlage 1 zu Teil F verwiesen, obwohl diese an anderer Stelle, z.B. in Nr. 3.2.1 und 4.1 Teil F, zitiert war. Dort, wo auf die Anlage 1 zu Teil F verwiesen wurde, findet sich einheitlich (nur) der Begriff der "Arztgruppe". Wenn dagegen in der hier auszulegenden Bestimmung "fach- und schwerpunktübergreifend" formuliert wurde, konnte nur ein von der Anlage 1 zu Teil F bzw. ein von der Vergleichsgruppenbildung in der HVV unabhängiges Verständnis gemeint sein. Schließlich hätte das Abstellen auf die in der Anlage 1 zu Teil F genannten Arztgruppen – wie die Beklagte angemerkt hat – zu dem absurden Ergebnis geführt, dass Fachärzte für Radiologie je nach dem, ob sie mit oder ohne CT untersuchten, unterschiedlichen Fachgruppen im Sinne der Zuschlagsregelung zugehört hätten.

(3) Die Beklagte kann auch nicht geltend machen, dass dem EBM in der Fassung, die in den streitigen Quartalen III/2009 und IV/2009 galt, ein vom Weiterbildungsrecht abweichendes Verständnis vom Begriff des Schwerpunkts zugrunde gelegen habe, auf das der Bewertungsausschuss in den Regelungen gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. möglicherweise Bezug genommen haben könnte. Gerade für den EBM gilt, dass dieser in erster Linie nach dem Wortlaut auszulegen ist (BSG, Urteil vom 15. August 2012 – B 6 KA 34/11 R – juris Rn. 13). Soweit also in Ziffer I Nr. 1.3 EBM klargestellt wurde, dass ein Schwerpunkt im Sinne des EBM die Berechtigung des betreffenden Arztes voraussetzte, die Schwerpunktbezeichnung zu führen, wurde eindeutig auf das Weiterbildungsrecht abgestellt. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den besonderen Regelungen im EBM zur Abrechnung von Leistungen in einer BAG, die mit den hier auszulegenden Zuschlagsregelungen womöglich korrespondierten oder – so das SG – mit ihnen in einem Verhältnis der Wechselbezüglichkeit standen. Hierzu hatte der Bewertungsausschuss seit dem Quartal I/2009 gemäß Ziffer I Nr. 5.1 Satz 2 ff. EBM Folgendes vorgesehen:

In internistischen schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind, entgegen der Präambel 13.1 Nrn. 3 und 4 und den

Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von 2.1.3 und 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten und/oder dem Abschnitt 13.2.1 nebeneinander berechnungsfähig. In pädiatrischen schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind, entgegen den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von 2.1.3 und 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten nebeneinander berechnungsfähig. In arztgruppen- und schwerpunktgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 10% auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

Soweit für Fachärzte für Inneres und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Besonderheiten galten, auf die die Beklagte abstellt, waren im EBM ausdrücklich "internistische schwerpunktübergreifende" BAG und "pädiatrische schwerpunktübergreifende" BAG benannt, sodass dem Begriff des Schwerpunkts erkennbar nicht ein eigenständiger Bedeutungsgehalt zugemessen wurde. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass eine BAG aus zwei Radiologen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (oder z.B. aus zwei Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit unterschiedlichen Schwerpunkten) unabhängig von Ziffer I Nr. 5.1 Satz 2 und 3 EBM keine "arztgruppen- und schwerpunktgleiche" BAG im Sinne von Ziffer I Nr. 5.1 Satz 4 EBM gewesen wäre, die um 10 % erhöhte Pauschalen hätte geltend machen können. Das tragende Argument der Beklagten, dass sich die Begriffe "schwerpunktgleich" und "schwerpunktübergreifend" ausschließlich danach richteten, ob besondere Gebührenordnungspositionen oder Abschnitte für einen Schwerpunkt im EBM vorhanden waren, galt demzufolge nicht einmal für den EBM selbst.

(4) Unabhängig davon, dass eine teleologische Auslegung des § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV nicht maßgeblich sein kann, ist auch nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss die kooperative vertragsärztliche Versorgung in einer BAG unter Beteiligung eines Radiologen mit Schwerpunkt auf keinen Fall hat fördern wollen. Vielmehr wird in der gesundheits- und versorgungspolitischen Diskussion gerade die radiologische BAG als Beispiel für eine sinnvolle kooperative Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit angeführt (vgl. BSG, Urteil vom 17. März 2010 – B 6 KA 41/08 R – juris Rn. 18); in dieser können teure medizinisch-technische Großgeräte besser als in einer Einzelpraxis ausgelastet werden und zugleich können sich Radiologen in einer BAG zur Steigerung der Versorgungsqualität auf bestimmte Untersuchungen spezialisieren. Diese Förderziele sind im Hinblick auf die kooperative Tätigkeit von Radiologen mit und ohne Schwerpunkt in einer BAG – unabhängig davon, in welchem Leistungsspektrum nach den Regelungen des EBM abgerechnet werden darf – zumindest nicht irrelevant. Ebenso wenig könnte sich die von der Beklagten befürwortete Auslegung aus dem unterstellten Zweck der Zuschlagsregelung ergeben, eine Kompensation für Fallzählungsverluste zu schaffen, die infolge der gleichzeitig erfolgten Änderung von Nr. 2.3 Teil F des Beschlusses vom 27./28. August 2008 – d.h. der Umstellung von der Arztfallzahl auf die "RLV-Fallzahl" bzw. Behandlungsfallzahl – eintraten und dem dadurch geschaffenen Anreiz zur Umwandlung einer BAG in eine Praxisgemeinschaft entgegenzuwirken (kritisch dazu BSG, Urteil vom 17. März 2010 – B 6 KA 41/08 R – juris Rn. 22). Denn hinsichtlich der Ermittlung der "RLV-Fallzahl" war es weder rechnerisch noch rechtlich relevant, ob im EBM für den betreffenden Schwerpunkt besondere Abrechnungsbestimmungen vorhanden waren.

(5) Im Ergebnis lässt sich dem § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV bzw. der zugrunde liegenden Regelung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 nicht im Wege der Auslegung ein negatives Tatbestandsmerkmal dergestalt entnehmen, dass Schwerpunkte nur dann berücksichtigungsfähig waren, wenn für diese im EBM eigenständige Abrechnungsbestimmungen vorgesehen waren. Die Absicht einer derartigen Differenzierung hätte in der HVV bzw. einer Regelung nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. deutlich zum Ausdruck kommen müssen, woran es aber fehlt.

Es wird nicht verkannt, dass im Einzelfall der Klägerin die Regelung des § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b HVV zu ungewöhnlich hohen Zuschlägen führte. Allerdings handelte es sich – wie sich aus Satz 2 ff. der Nr. 1.2.4 Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 in der geänderten Fassung des Beschlusses vom 20. April 2009 ergibt – auch nur um eine vorläufige Regelung nach Einführung eines grundlegend umgestalteten Vergütungssystems zum 1. Januar 2009 (sie galt "vorerst" bei Ankündigung einer "Anschlussregelung" nach "weitergehenden Analysen" zu Fallzahlen durch das Institut des Bewertungsausschusses). Dass derartige vorläufige Regelungen in besonderen Fallkonstellationen zu nicht vorhergesehenen Verwerfungen führen können, liegt in der Natur der Sache, relativiert ihre Rechtsverbindlichkeit aber nicht.

II.

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

III.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) bestehen nicht.

IV.

Die Entscheidung über den Streitwert folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 47 Abs. 1 und 2, § 52 Abs. 1 und 3 Satz 1 Gerichtskostengesetz und entspricht derjenigen im erstinstanzlichen Verfahren.
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2017-11-20