

In dem Schiedsamtverfahren

der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, Niedersachsen,

1. AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover,
2. BKK Landesverband Mitte, Hannover,
3. Vereinigte IKK, Hannover,
4. Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachsen-Bremen, Hannover,
5. Knappschaft, Regionaldirektion Hannover, Hannover,
6. vdek e.V. Landesvertretung Niedersachsen,

Antragsteller,

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Hannover,

Antragsgegner,

wegen

Festsetzung der Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012

hat das Landesschiedsamt auf die mündliche Verhandlung vom 28. März 2011 unter Mitwirkung des Vorsitzenden Prof. Heinz-Dieter Gottlieb, der unparteiischen Schiedsamtmitglieder Dr. jur. Karsten Scholz und Heinz Möller sowie der Schiedsamtmitglieder der KVN Mark Barjenbruch, Dr. Jörg Berling, Edwin Weinhold, Dr. Christoph Titz und der Schiedsamtmitglieder der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen Jan Seeger, Detlef Wien, Jörg Kamphenkel, Jörg Niemann beschlossen:

Das höchstzulässige Ausgabenvolumen ab 1. Januar 2011 für

- 1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe),**

2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
1. Durchführung von Vakuumsstanzbiopsien,
2. Leistungen der Strahlentherapie sowie die zugehörigen Kostenpauschalen,
3. Leistungen der künstlichen Befruchtung,
4. Phototherapeutische Keratektomie,
5. Leistungen der Substitutionsbehandlung,
8. Sachkosten (99999)

ergibt sich quartalsweise aus der abgerechneten Leistungsmenge in Euro je Versicherten des Vorjahresquartals zuzüglich einer Steigerung von 0,9 v. H. in 2011 bezogen auf die einzelnen Leistungsbereiche und Arztgruppe in Euro.

Die zur Verfügung stehende Leistungsmenge je Versicherten ist mit der aktuellen Versichertenzahl gemäß Satzart ANZVER87c4 im jeweiligen Abrechnungsquartal zu multiplizieren.

Bei Überschreitung des jeweiligen Ausgabenvolumens ist die Vergütung der Leistungen nach Ziffer 1 bis 8 gleichmäßig zu quotieren, so dass das höchstzulässige Ausgabenvolumen eingehalten wird.

In der Umsetzung erfolgt die Vergütung dieser Leistungen vorerst mit einem um 10 Prozent abgesenkten Punktwert/Kostenquote.

Bei Unterschreitung des jeweiligen Ausgabenvolumens für ein Abrechnungsquartal wird der Punktwert höchstens bis zur Höhe des Orientierungswertes bzw. die Kostenquote auf 100 Prozent angehoben.

Reicht die Absenkung/Quotierung nicht aus, erfolgt im Folgequartal eine/erhöhte Absenkung, um die Überzahlung zu kompensieren.

Vorstehendes gilt für das Jahr 2012 entsprechend. Die jeweilige Ausgabenobergrenze des Jahres 2011 bildet die Basis für das Jahr 2012. § 87d Absatz 4 Satz 6 SGB V ist anzuwenden.

Das Landesschiedsamt empfiehlt der KVN eine noch zu vereinbarende kassenartenübergreifende Information als rechnungsbegründende Unterlage für die Krankenkassen zu entwickeln.

Im Übrigen werden die Anträge abgewiesen.

I.

Mit Schreiben vom 23. Dezember 2010, eingegangen beim Landesschiedsamt am 27. Dezember 2010 haben die Antragsteller um eine Entscheidung hinsichtlich der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 nachgesucht. Mit Schriftsatz vom 10. Februar 2011 haben die Antragsteller ihr Begehren betreffend Festsetzungen zur asymmetrischen Honorarerhöhung und Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung konkretisiert.

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 5./11. Oktober 2010 seien von der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung Rückstellungen u. a. für Sicherstellungsaufgaben zu bilden. Der Bewertungsausschuss habe auf seiner Sitzung am 25. Januar 2011 bei überproportionalen Honorarverlusten bestimmter Arztgruppen Maßnahmen zum Ausgleich empfohlen, die ebenfalls aus Vorwegabzügen aus dem Honorarzuwachs 2011 finanziert werden sollen. Diese Regelung sei nicht auf Mittel der asymmetrischen Honorarerhöhung begrenzt. Zumindest die zusätzlichen Mittel aus der asymmetrischen Honorarerhöhung müssten zur Stärkung der Leistungserbringung bei deutlich unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad eingesetzt werden.

Hinsichtlich der Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ergebe sich aus der gesetzlichen Regelungen (§ 87d Abs. 4 SGB V), dass eine Ausgabenbegrenzung auf die reduzierte Grundlohnsummensteigerung vorzunehmen sei. Gründe, hiervon abzusehen, bestünden nicht.

Die Antragsteller beantragen für die Jahre 2011 und 2012 folgende Festlegungen zu treffen:

1. Aus den Mitteln der asymmetrischen Honorarsteigerung wird mit Wirkung ab 01.04.2011 für Vertragsärzte, die ihren Sitz in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad bei Hausärzten bis 90 Prozent und bei Fachärzten bis 75 Prozent haben, das Regelleistungsvolumen (RLV) und das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) um 10 Prozent erhöht. Die Summen der dafür benötigten Rückstellungen stellen die Partner der Gesamtverträge gemeinsam fest. Sollten diese Mittel nicht ausreichen, werden die Regelungen entsprechend angepasst.

2. Das höchstzulässige Gesamtausgabenvolumen für die Leistungen

1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe),
2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
3. Durchführung von Vakuumsstanzbiopsien,
4. Leistungen der Strahlentherapie sowie die zugehörigen Kostenpauschalen,
5. Leistungen der künstlichen Befruchtung,
6. Phototherapeutische Keratektomie,
7. Leistungen der Substitutionsbehandlung,
8. Sachkosten (99999)

ergibt sich quartalsweise aus der abgerechneten Leistungsmenge in Euro je Versicherten des Vorjahresquartals zuzüglich einer Steigerung von 0,9 v. H. in 2011 bezogen auf die gesamte Leistungsmenge in Euro.

Die zur Verfügung stehende Leistungsmenge je Versicherten ist mit der aktuellen Versichertenzahl gemäß Satzart ANZVER87c4 im jeweiligen Abrechnungsquartal zu multiplizieren.

Bei Überschreitung des Gesamtausgabenvolumens ist die Vergütung der Leistungen nach Ziffer 1 bis 7 gleichmäßig zu quotieren, so dass das höchstzulässige Gesamtvolumen eingehalten wird.

In der Umsetzung erfolgt die Vergütung dieser Leistungen vorerst mit einem um 10 Prozent abgesenkten Punktwert.

Bei Unterschreitung des Ausgabenvolumens für ein Abrechnungsquartal wird der Punktwert höchstens bis zur Höhe des Orientierungswertes angehoben. Reicht die Absenkung nicht aus, erfolgt im Folgequartal eine erhöhte Absenkung, um die Überzahlung zu kompensieren.

Die Sachkosten nach Ziffer 8 sind dabei im Vorwegabzug aus dem Gesamtausgabenvolumen unquotiert zu vergüten.

Vorstehendes gilt für das Jahr 2012 entsprechend. § 87d Absatz 4 Satz 6 SGB V ist anzuwenden.

Die KVN stellt den Krankenkassen eine noch zu vereinbarende kassenartenübergreifende Information als rechnungsbegründende Unterlage zur Verfügung.

Die Antragsgegnerin beantragt,

1. den Antrag zu 1.) wegen Unzulässigkeit

und

2. den Antrag zu 2.) wegen Unzulässigkeit,

hilfsweise

als unbegründet zurückzuweisen und

festzustellen, dass eine Ausgabenbegrenzung für vertragsärztliche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Ausgabenbegrenzung in den Jahren 2011 und 2012 nicht erfolgt, da kein Nachweis für die medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklung der sogenannten „extrabudgetär“ zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen geführt ist.

Sie weist zur Erwiderung auf Ziffer 5c des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. Dezember 2010 hin, nach der die Verwendung von Honoraranteilen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nur im Einvernehmen der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erfolgen könne. Hieran fehle es.

Eine pauschale bzw. undifferenzierte Ausgabenbegrenzung der extrabudgetären Leistungen habe der Gesetzgeber nicht beabsichtigt, sondern sei lediglich bei einer medizinisch nicht begründeten Entwicklung erforderlich. Einen entsprechenden Nachweis hätten die GKV-Verbände nicht erbracht.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Verfahrensakte verwiesen.

II.

Der Beschluss des Landesschiedsamtes folgt der vergleichsweisen Regelung der Vertragspartner und stellt einen sachgerechten Kompromiss zwischen deren berechtigten, aber unterschiedlichen Interessen dar.

Hinsichtlich der „asymmetrischen“ Honorarerhöhung ist das Landesschiedsamt davon ausgegangen, dass die Ziffer 5c des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. Dezember 2010, nach der die Bildung von Rückstellungen und ihre Auflösung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung versorgungsbereichsspezifisch durch die Kassenärztliche Vereinigung im

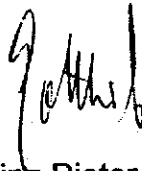
Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen zu erfolgen hat. Gelingt die Herstellung eines Einvernehmens, wie hier, nicht, ist die erforderliche Übereinstimmung fehlgeschlagen, ohne dass die Schiedsstelle insoweit einzugreifen vermag. Darüber hinaus würde die begehrte Regelung im Widerspruch zu § 105 Abs. 4 SGB V stehen, nach der der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen über die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen, an denen sich die Krankenkassen zur Hälfte zu beteiligen haben, bei (drohender) Unterversorgung entscheidet.

Die Erforderlichkeit von Regelungen zur Begrenzung der Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ergibt sich aus der Regelung des § 87d Abs. 4 SGB V. Das Landesschiedsamt ist an diese gesetzlichen Vorgaben, einer Ausgabensteigerung gegenüber dem Jahre 2010 gebunden. Das Landesschiedsamt hat keine hinreichenden Gründe erkennen können, die es erlaubt hätten, diese Ausgabenbegrenzung von einem durch die Krankenkassen zu führenden Nachweis medizinisch nicht begründbarer Ausgabenentwicklung abhängig zu machen. Lediglich im Rahmen des durch das Gesamtvolumen gegebenen Ermessensspielraums bestand insoweit die Möglichkeit einer regionalen Regelung. Davon hat das Landesschiedsamt Gebrauch gemacht als es, nicht, wie von den Antragstellern gefordert, einen Gesamttopf für dieses Ausgabevolumen gebildet hat, sondern entsprechend dem Vorschlag des Antragsgegners, die einzelnen Leistungsbereiche zur Gunde gelegt und diese je Arztgruppe definiert hat. Dies erfordert zwar möglicherweise einen höheren Berechnungsaufwand, führt aber nicht, worauf der Antragsgegner zutreffend hingewiesen hat, dazu, dass unterschiedliche Leistungsbereiche und Arztgruppen für andere Leistungsbereiche bzw. Arztgruppen einzustehen haben. Die notwendige Versorgungssicherheit wird dadurch nicht gefährdet.

Dem Gedanken eines Vortrages der in 2011 nicht abgerufenen Mittel auf das Jahr 2012 zwecks einer evtl. Anhebung der Ausgabengrenzen im Jahre 2012 vermochte das Landesschiedsamt nicht zu folgen, weil dies dem strikten gesetzlichen Auftrag einer (konkreten) Ausgabenbegrenzung widersprochen hätte. Im Rahmen des schiedsamtlichen Gestaltungsermessens wurde jedoch die (kalkulatorische) Ausgabenbegrenzung für das Jahr 2011 als Grundlage der für das Jahr 2012 vorzunehmenden Ausgabenbegrenzung herangezogen.

III.

Gegen diese Entscheidung ist das Rechtsmittel der Klage gegeben. Die Klage kann innerhalb eines Monats nach Zustellung beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle erhoben werden.



(Prof. Heinz-Dieter Gottlieb)

