

S 11 KA 512/09

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 11 KA 512/09
Datum
14.04.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 43/10
Datum
29.09.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Im Quartal I/09 arztgruppen- und schwerpunktgleiche Gemeinschaftspraxen haben einen Anspruch auf Gewährung eines Gemeinschaftspraxiszuschlages in Höhe von 10% auf das Regelleistungsvolumen nach den verbindlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses.

Dies ergibt sich aus der Regelungssystematik der Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus der 7. und 164. Sitzung 2008, da auch im EBM für das Quartal I/09 ein Aufschlag von 10% auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen für diese Praxen vorgesehen ist. Die EBM-Änderungen bilden sich konsequenterweise im Regelleistungsvolumen ab.

Der Bescheid vom 26.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.07.2009 wird aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin für das Quartal I/09 ein Regelleistungsvolumen von 99.861,54EUR unter Einschluss eines Aufschlages von 10% für die Gemeinschaftspraxis zu gewähren.

Die Beklagte trägt die Gerichtskosten sowie die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung eines 10%-Aufschlages für das Bestehen einer Gemeinschaftspraxis im Rahmen der Zuweisung des Regelleistungsvolumens im Quartal I/09.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis bestehend aus 2 Fachärzten für Allgemeinmedizin, Herrn Dr. A. sowie Herrn Dr. C. In der Zeit vom 01.01.1993 bis 31.03.2008 war in der Gemeinschaftspraxis die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Frau D. tätig. Seit dem 01.04.2008 besteht die klägerische Gemeinschaftspraxis mit beiden Ärzten, die eine Praxisgemeinschaft mit Frau D. führen.

Mit Zuweisungsbescheid vom 26.11.2008 wies die Beklagte der Klägerin ein Regelleistungsvolumen für das Quartal I/09 in Höhe von 90.783,22 Euro zu. Ein 10% Aufschlag für Berufsausübungsgemeinschaften wurde nicht gewährt. Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin mit Schreiben vom 18.12.2008 Widerspruch mit der Zielsetzung ein, einen Gemeinschaftspraxiszuschlag zu erhalten. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 01.07.2009 zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass der Aufschlag von 10% auf das Regelleistungsvolumen die im ersten Halbjahr 2009 fehlende Generierungsmöglichkeit von Arztfallzahlen ausgleichen solle. Bei fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften werden die Zahl der Arztfälle mangels einer arztbezogenen Kennzeichnung im Quartal I/08 als Behandlungsfallzahl geteilt durch die Anzahl der Ärzte berechnet. Im Fall der Klägerin sei die Anzahl der Fälle pro Arzt ermittelbar gewesen, so dass deshalb ein Gemeinschaftspraxiszuschlag nicht habe gewährt werden können.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die Klage vom 03.08.2009.

Die Klägerin trägt vor, dass eine Parallelabrechnung der Versichertenpauschale bei fachgleichen Praxen aufgrund der Regelungen des EBM ausgeschlossen sei. Somit könnten auch bei individueller Kennzeichnung die Fallzahlen des einzelnen Arztes nicht ermittelt werden, da bereits die erste Abrechnung der Versichertenpauschale in einer Gemeinschaftspraxis dazu führe, dass eine weitere Behandlung durch einen anderen Arzt keine weitere Versichertenpauschale auslösen könne. Da jedoch die Versichertenpauschale maßgeblich für die Bemessung des Regelleistungsvolumens sei, sei die zugrunde gelegte Fallzahl keineswegs Ausdruck einer arztindividuellen Ermittlung des Regelleistungsvolumens. Aus diesem Grund sei nach dem eindeutigen Wortlaut des Beschlusses des Bewertungsausschusses ein Aufschlag in Höhe von 10% zu gewähren. Darüber hinaus sei Frau D. mit hausärztlichem Versorgungsschwerpunkt tätig gewesen, so dass bereits deshalb keine fachungleiche Praxis vorgelegen habe.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid bezüglich des Regelleistungsvolumens für das Quartal I/09 vom 26.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.07.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ein Regelleistungsvolumen von 99.861,45 Euro unter Berücksichtigung des 10% Aufschlages für die Gemeinschaftspraxis zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, dass die Klägerin im Referenzquartal I/08 eine fachungleiche Berufsausübungsgemeinschaft gewesen sei. Die Frage der Fachgleichheit/-ungleichheit bemesse sich nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses alleine anhand der Arztgruppen- bzw. Schwerpunktzuordnung der in der Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Ärzte. Nach dieser Arztgruppenzuordnung sei Frau D. Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, die beiden anderen Dres. Fachärzte für Allgemeinmedizin, was die Fachungleichheit begründe. Auf Grund der fachgruppenspezifischen Systematik des ab dem 01.01.2008 geltenden EBM löse eine weitere Behandlung durch einen Arzt einer anderen Fachgruppe in einer fachungleichen Gemeinschaftspraxis eine weitere Versichertenpauschale aus.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird ergänzend Bezug genommen auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Prozessakte, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG). Die zulässige Klage ist auch begründet.

Der Bescheid vom 26.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.07.2009 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Sie hat einen Anspruch auf Erhöhung der Zuweisung des Regelleistungsvolumens auf 99.861,45 Euro unter Einschluss eines Aufschlages von 10% für die Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin ist § 87b Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung v. 20.12.1988, [BGBl. I S. 2477](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 mit Gültigkeit ab 01.04.2007 (SGB V) in Verbindung mit Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008 (EB7F), den Ergänzungen zu diesem Beschluss durch den Bewertungsausschuss in seiner 164. Sitzung vom 17. Oktober 2008, Teil B (B164B) sowie in Verbindung mit dem zwischen der Beklagten und den Verbänden der Primärkassen sowie den Ersatzkassen geschlossenen Honorarvertrag vom 13.12.2008 für die Zeit ab 01.01.2009 (HV 2009).

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind nach [§ 87b SGB V](#) seit dem 01.01.2009 Arzt und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Ein Regelleistungsvolumen ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Eurogebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge ist mit abgestaffelten Preisen zu vergüten. Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann davon abgewichen werden. Bei der Bestimmung des Zeitraumes, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist. Für den Fall, dass es im Zeitablauf wegen eines unvorhersehbaren Anstiegs der Morbidität gemäß [§ 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) zu Nachzahlungen der Krankenkassen kommt, sind die Regelleistungsvolumina spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum entsprechend anzupassen. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sind außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist, [§ 87b Abs. 2 SGB V](#). Die Werte für das Regelleistungsvolumen sind morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen, [§ 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) hat der Bewertungsausschuss das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina sowie Art und Umfang des Verfahrens und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten zu bestimmen.

Der Bewertungsausschuss ist dieser Regelungsverpflichtungen durch den Beschluss EB7F und der Ergänzung durch B164B nachgekommen.

In Abweichung von vorherigen Regelungsmechanismen regelt EB7F Nr. 1.2.2 eine arztbezogene Ermittlung des Regelleistungsvolumens. Die Zuweisung des Regelleistungsvolumens erfolgt jedoch praxisbezogen, Nr. 1.2.4. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumina je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind.

In Teil F Nr. 7 des Beschlusses EB7F findet sich folgende Regelung:

"Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den Arztfällen vorgegeben. Für das 1. und 2. Quartal 2009 sind die Arztfälle des 1. bzw. 2. Quartals 2008 zu verwenden. Die Kennzeichnung der Abrechnungen unter Angabe der Arztnummer eines Arztes gemäß § 44 Abs. 6 BMV-Ä bzw. § 34 Abs. 12 EKV wurde erst zum 3. Quartal 2008 eingeführt. Zur Bemessung der Anzahl der Arztfälle für das 1. und 2. Quartal 2009 werden daher die Abrechnungen des 1. bzw. 2. Quartals 2008 wie folgt ausgewertet:

a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der Arztfälle der Zahl der Behandlungsfälle.

b) In fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe entspricht die Zahl der Arztfälle je Arzt der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte.

c) Die Zahl der Arztfälle in fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen werden nach der Zahl der abgerechneten arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen bemessen. Für Ärzte des gleichen Fachgebiets wird die Zahl der Arztfälle je Arzt mit der Zahl der entsprechenden abgerechneten Versicherten, Grund- und Konsiliarpauschalen bemessen."

Im Hinblick auf die Auswirkungen dieser Vorgaben für Berufsausübungsgemeinschaften hat der Bewertungsausschuss ergänzende Regelungen in B164B 1. getroffen:

"Teil F und Übergangsbestimmung zur Fallzählung im 1. Halbjahr 2008 - Zuschlag zur Regelleistungsvolumen in fachgruppengleichen Gemeinschaftspraxen mit Wirkung zum 01. Januar 2009 bis zum 30.06.2009.

Die Höhe des zutreffenden Regelleistungsvolumens für Arztgruppen und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10% berechnet."

Die Kammer sieht in diesen Bestimmungen eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses (siehe auch BSG, Urteil vom 03.02.2010, Az. [B 6 KA 31/08 R](#), bisher nur als Pressemitteilung; LSG Hessen, Urteil vom 23.04.2008, Az. [L 4 KA 69/07](#)). Der HV 2009 enthält keine davon abweichenden Bestimmungen.

Die Beklagte hat jedoch diese Vorgaben des Bewertungsausschusses im vorliegenden Fall nicht in rechtmäßiger Weise angewendet.

Für die Beurteilung der Fachgruppengleichheit/-ungleichheit ist abzustellen auf den Praxiszuschnitt im zu berechnenden Quartal, vorliegend also auf das Quartal I/09. In diesem bestand unstrittig eine fachgleiche Gemeinschaftspraxis, so dass der Klägerin ein Aufschlag zu gewähren ist. Allein der Wortlaut der Ergänzungsregelung in B164B Nr. 1 gibt keinen hinreichenden Aufschluss darüber, ob die Fachgruppengleichheit oder -ungleichheit im zu berechnenden Quartal oder im Referenzquartal, hier I/08, vorliegen muss. Eingefügt wird die Regelung bei den Übergangsbestimmungen zur Fallzählung im 1. Halbjahr 2008, beinhaltet jedoch eine Spezialregelung mit Wirkung vom 01.01.2009 bis 30.06.2009. Nach dem historischen Sinn und Zweck trägt die Vorschrift der gesetzlichen Wertung Rechnung, dass Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen zu berücksichtigen sind. In der Gesetzesbegründung zu [§ 85 Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) i. d. F. d. GMG wird klargestellt, dass i. d. R. der anfallende Behandlungsaufwand pro Patient bei der Behandlung durch eine kooperative Versorgungsform im Vergleich zur Behandlung durch eine Einzelpraxis höher ist, da in der kooperativen Versorgungsform oftmals mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt sind. () Zur Förderung der Versorgung durch kooperative Versorgungsformen, beispielsweise medizinische Versorgungszentren, sollen spezifische Fallpauschalen entwickelt werden, die den Besonderheiten dieser Versorgungsformen Rechnung tragen." ([BT-Drs. 15/1525](#), Zu Nummer 66 -§ 87-, Zu Buchstabe d, Zu Doppelbuchstabe aa).

Insbesondere in der systematischen Zusammenschau der Regelungen des B164 ergibt sich jedoch eindeutig, dass nur das Quartal I/09 für die Beurteilung der Fachgleichheit in Betracht kommt. In B164A Nr. 1 findet sich nämlich eine kongruente Regelung zur Änderung des EBM ab dem 01.01.2009. Danach erhalten arztgruppen- und schwerpunktgleiche (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften einen Aufschlag in Höhe von 10% auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen. D.h., dass die klägerische Praxis im Quartal I/09 auf diese Pauschalen einen Aufschlag in Höhe von 10% erhalten hat. Dieser Aufschlag muss sich aufgrund der gesetzlichen Systematik selbstverständlich auch im Regelleistungsvolumen abbilden, da ansonsten die EBM-Änderung ab absurdum geführt würde.

Selbst wenn man die Regelung B164B Nr. 1 gegenläufig interpretieren würde und die Fachgleichheit bzw. -ungleichheit im Quartal I/08 beurteilen würde, käme man zu keinem anderen Ergebnis. In diesem Fall ginge man von einer Bezugnahme der Regelung auf die Fallzählung im Referenzquartal aus. Hintergrund der Regelung in dieser Hinsicht könnte nur sein, Nachteile auszugleichen, die fachgleichen Gemeinschaftspraxen dadurch entstanden sind, dass sie im Referenzquartal I/08 nur einmal pro Patient eine Versichertenpauschale abrechnen konnten, auch wenn ein Patient bei mehreren Ärzten in Behandlung war. Daraus ergäbe sich, dass Fallzahlen, die für fachgleiche Gemeinschaftspraxen aufgrund der abgerechneten Versichertenpauschalen errechnet werden, im Hinblick auf das tatsächliche Leistungsgeschehen zu niedrig angesetzt sind. Man könnte dann davon ausgehen, dass sich diese zu niedrige Ansetzung im Quartal I/08 auch ins Quartal I/09 überträgt, weil hier wiederum die Fallzahlen des Referenzquartals für die Berechnung des Regelleistungsvolumens zugrunde gelegt wurden. Insoweit würden diejenigen Ärzte einen Nachteil erleiden, deren zu geringe Fallzahl aufgrund der Tätigkeit in einer fachgleichen Gemeinschaftspraxis in das RLV I/09 einbezogen würde. Diesen Nachteil auszugleichen könnte durch die Ergänzungsregelung des B164B Nr. 1 intendiert sein. Auch unter Zugrundelegung dieser Regelungsinterpretation, wie sie die Beklagte vornimmt, müsste der klägerischen Praxis jedoch ein Gemeinschaftspraxiszuschlag gewährt werden. Zwar lag im Quartal I/08 streng nach den Kategorien der Arztgruppen eine fachungleiche Praxis mit zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin und einer Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin vor. Aufgrund der Zulassung von Dr. D. zur hausärztlichen Versorgung konnte diese Praxis jedoch auch nur einmal im Quartal eine Versichertenpauschale abrechnen, unabhängig von der Frage, ob ein Patient fachgruppenübergreifend behandelt worden war. Die dadurch erlittenen Nachteile wären daher nach dem oben dargelegten Sinn und Zweck der Vorschrift auch bei der Klägerin durch die Gewährung eines 10%igen Aufschlags zu berücksichtigen.

Die Klägerin hatte deshalb - unabhängig von der Frage, ob sich die Fachgruppengleichheit bzw. -ungleichheit nach dem Quartal I/08 oder I/09 bemisst - einen Anspruch auf Erhöhung des ihr zugewiesenen Regelleistungsvolumens um 10%.

Dies ergibt ein Regelleistungsvolumen von 99.861,54EUR.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 VwGO](#) und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.
Rechtskraft
Aus
Login

HES
Saved
2010-11-11