

S 12 KA 218/10

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 218/10

Datum

19.05.2010

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Aufgrund des Anpassungsfaktors nimmt jede Jobsharingpraxis an insgesamt das Abrechnungsvolumen erhöhenden EBM-Änderungen teil, soweit hiervon die Fachgruppe betroffen ist. Nur bei einem signifikant von der Fachgruppe abweichenden Leistungsspektrum und/oder einer unterschiedlichen Abrechnungshäufigkeit von Leistungen, die durch eine EBM-Änderung höher bewertet werden, kann eine Erhöhung des Abrechnungsvolumens und können Verzerrungen eintreten, ohne dass eine Überschreitung des Grenzvolumens durch eine Ausweitung der Leistungen bedingt wäre, sondern allein durch eine Änderung der EBM-Bewertungen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um Neufestsetzung des Gesamtpunktzahlvolumens im Rahmen eines Jobsharingverhältnisses.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxisstz in B-Stadt. Ihr gehören Herr Dr. med. D., der als Facharzt für Allgemeinmedizin, und Herr Dr. med. Dr. med. dent E. E., der als Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, an. In dem hier streitbefangenen Zeitraum setzte die Beigeladene zu 1) das Honorar der Klägerin wie folgt fest:

II/06 III/06 IV/06 I/07

Honorarbescheid vom 05.02.2007 17.03.2007 18.04.2007 08.03.2008
Nettohonorar gesamt in EUR 70.130,94 71.192,48 69.259,28 69.285,63
Bruttobonorar PK + EK in EUR 70.478,76 71.396,60 69.225,42 69.130,75
Fallzahl PK + EK 1.394 1.430 1.351 1.436
Honoraranforderung 103.402,21 107.765,52 99.180,62 108.970,35

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV

Praxisbezogenes RLV in Punkten 1.142.661,8 1.166.182,8 1.094.964,5 1.155.714,5
Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 1.324.620,5 1.345.305,0 1.229.487,5 1.406.976,0
Überschreitung in Punkten 181.958,7 179.122,2 134.523,0 251.261,5

II/07 III/07 IV/07 I/08

Honorarbescheid vom 17.10.2007 17.01.2008 09.05.2008 10.07.2008
Nettohonorar gesamt in EUR 72.932,66 63.744,75 70.190,62 69.991,21
Bruttobonorar PK + EK in EUR 73.319,78 63.617,49 70.815,73 70.275,52
Fallzahl PK + EK 1.510 1.403 1.425 1.486
Honoraranforderung 113.083,20 100.098,01 106.812,33 108.548,35

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV

Praxisbezogenes RLV in Punkten 1.219.627,0 1.136.289,7 1.147.316,8 1.930.165,4
Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 1.455.940,5 1.271.566,5 1.340.908,5 1.988.370,0
Überschreitung in Punkten 236.313,5 135.276,8 193.591,7 58.204,6

Der Zulassungsausschuss für Ärzte genehmigte mit Beschluss vom 30.04.2002 die Beschäftigung der Allgemeinärztin Dr. med. F. als halbtags angestellte Ärztin gem. [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) i.V.m. § 32b Ärzte-ZV. Ferner legte er ein quartalsbezogenes Abrechnungsvolumen fest, das ab dem 2. Leistungsjahr entsprechend den Bestimmungen von Nr. 3.4 der Angestellte-Ärzte-Richtlinien durch die Beigeladene zu 1) anzupassen war. Der Zulassungsausschuss stellte mit weiterem Bescheid vom 10.06.2008 fest, dass die bei Genehmigung der Beschäftigung von Frau Dr. F. festgelegte Leistungsbeschränkung mit der Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach [§ 103 Abs. 3 SGB V](#) durch Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 24.04.2008 zum 31.05.2008 geendet hat.

Die Beigeladene zu 1) forderte mit Bescheid vom 04.07.2008 für das 5. Leistungsjahr (Quartale II/06 bis I/07) 12.291,83 EUR und mit Bescheid vom 21.10.2008 für das 6. Leistungsjahr (Quartale II/07 bis I/08) 8.442,08 EUR von der Gemeinschaftspraxis wegen Überschreitens des zugestandenen Gesamtpunktzahlvolumens zurück. Gegen beide Bescheide legte die Klägerin Widerspruch ein. Mit Schreiben vom 19.12.2009 führte sie zur Begründung bzgl. der Rückforderung für das 6. Leistungsjahr aus, die KV-Einnahmen der Berufsausübungsgemeinschaft seien von 2001 bis heute im Wesentlichen gleich geblieben. Das Gesamtabrechnungsvolumen der Praxis habe sich im Durchschnitt nicht erhöht. Änderungen hätten sich erst seit dem Quartal II/06 durch Festlegung des neuen EBM und neuer Ziffern, z. B. 03210 und 03211 betreffend die Behandlung chronisch Kranker auf internistischem bzw. orthopädischem Gebiet ergeben. Insoweit beschränke sich die Punktwerthöhung und damit einhergehend die Punktzahlüberschreitung auf solche Fälle, ohne dass es jedoch im Ergebnis zu einer messbaren Überschreitung des Gesamtvolumens geführt habe, soweit man die angeführten Anpassungsfaktoren gedanklich außer Acht lasse. Da sich jedoch auch die KV-Einnahmen der Praxis über die Jahre nicht erhöht hätten, sondern konstant geblieben seien, wären die Auswirkungen der EBM-Anpassung für sie und wohl auch für die KVH völlig unabsehbar. Gleiches gelte somit für die ermittelte Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts und des in diesem Zusammenhang festgelegten Punktzahlvolumens. Nach Zurückweisung der Widersprüche erhob die Klägerin Klage (Az.: S 11 KA 891 - 894/08 und S 11 KA 129 - 132/10), über die noch nicht entschieden wurde.

Mit weiterem Schreiben vom 19.12.2009 beantragte die Klägerin zugleich die Erhöhung des Punktzahlvolumens für den Abrechnungszeitraum 01.03.2006 bis 31.05.2008.

Die Beigeladene zu 1) teilte mit Schriftsatz vom 15.04.2009 mit, die Basisquartale basierten auf Berechnungen, denen der EBM 1996 zugrunde liege. Bei Praxen, die sich im 2. Leistungsjahr befänden, werde zur Ermittlung der Punktzahlobergrenze der sog. Anpassungsfaktor nach § 23f der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Berechnung der Anpassungsfaktoren) berücksichtigt. Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfanges würden der Entwicklung des Fachgruppendurchschnittes durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor) folgen. Die Anpassungsfaktoren würden im 1. Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. Die dafür maßgebliche Rechenformel laute: Quartalsbezogenes Punktzahlvolumen der Praxis./ Quartalsbezogener Punktzahlvolumendurchschnitt der jew. Fachgruppe = Quartalsbezogener Anpassungsfaktor. Sie stelle die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. Der jeweilige Anpassungsfaktor werde ab dem 2. Leistungsjahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergebe die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis. Bedingt durch die Multiplikation des Anpassungsfaktors mit dem aktuellen Fachgruppendurchschnitt, spiegele sich die Punktzahlanhebung im EBM 2008 ab dem 2. Leistungsjahr bereits im Fachgruppendurchschnitt wider. Zum Zeitpunkt der Neueinführung des EBM 2008 sei damit für die Praxis bereits ein Anpassungsfaktor gebildet worden, so dass eine zusätzliche Veränderung der Punktzahlobergrenzen gemäß den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinien nicht notwendig sei. Des Weiteren argumentiere die Praxis, dass durch die späte Prüfung ein mögliches Gegensteuern der Praxis nicht möglich gewesen sei. Diese Argumentation sei für das 6. Leistungsjahr (Quartale II/07 bis I/08) nicht haltbar, da der entsprechende Rückforderungsbescheid zeitnah (21.10.2008) versendet worden sei. Darüber hinaus hätte sich die Praxis auf dem Berechnungsbogen der Punktzahlobergrenze dazu verpflichtet, im Rahmen des Jobsharings die durch den Zulassungsausschuss festgesetzte Punktzahlobergrenze nicht zu überschreiten. Es werde daher empfohlen, den Antrag auf Neufestsetzung der Punktzahlobergrenzen abzulehnen.

Die Gemeinschaftspraxis erwiderte mit Schreiben vom 05.05.2009, die Beigeladene zu 1) sei ihrem Hinweis, die Punktzahlüberschreitung stehe im Zusammenhang mit "neuen" EBM-Ziffern, nicht entgegengetreten. Ferner könne man das Punktzahlvolumen der Praxis in den Quartalen II/07 bis I/08 nicht rückwirkend ab Eingang des Rückforderungsbescheides vom 21.10.2008 abändern. Ob die Bescheidung "zeitnah" ergangen sei oder nicht, könne insoweit keine Rolle spielen, weil sie in jedem Falle nach Quartalsabschluss erfolgt sei. Des Weiteren könne nicht abgestritten werden, dass die vom Zulassungsausschuss festgelegte Punktzahlobergrenze überschritten worden sei. Deswegen werde hier auch eine Änderung des Punktzahlgrenzvolumens beantragt. Jenen Antrag argumentativ zurückzuweisen, nur weil das Punktzahlgrenzvolumen überschritten worden sei, sei argumentativ nicht verständlich.

Hierauf erwiderte die Beigeladene zu 1) mit Schreiben vom 14.05.2009, sie habe ausführlich dargelegt, dass eine Praxis, welche sich nicht mehr im 1. Leistungsjahr befinde, ab dem 2. Leistungsjahr bedingt durch die Multiplikation des Anpassungsfaktors mit dem aktuellen Fachgruppendurchschnitt an der Punktzahlanhebung zum EBM 2008 teilnehme. Dadurch spiegele sich die Entwicklung im Durchschnitt der Fachgruppe auch in der Entwicklung der Punktzahlobergrenze der Antragsteller wider, insofern partizipierten die Antragsteller auch an der Entwicklung der Fachgruppe, die auf Änderungen des EBM zurückzuführen seien.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte lehnte mit Beschluss vom 19.05.2009 den Antrag ab.

Hiergegen legte die Gemeinschaftspraxis am 20.07.2009 Widerspruch ein und verwies zur Begründung auf ihr bisheriges Vorbringen. Ergänzend trug sie vor, dass ein Systemfehler im Bereich der Ausgestaltung von Jobsharingverhältnissen vorliege. Dies werde durch ähnliche Schwierigkeiten anderer Praxen belegt. Insgesamt sei festzustellen, dass die Gesamtpunktzahlvolumina grundlegend fehlerhaft bzw. intransparent errechnet worden und daher bereits grundsätzlich zu niedrig seien. Eine Transcodierung im Rahmen der Einführung des EBM 2005 habe nicht stattgefunden. Der besseren Bewertung insb. hausärztlicher Leistungen nach dem EBM 2005 im Vergleich zum EBM 1996 sei nicht Rechnung getragen worden mit der Folge, dass der Kassenarzt auf dem Papier gemäß EBM 2005 zwar höhere Punktwerte erzielen dürfe, was ihm aber in praxi wieder zum Vorwurf und damit zur Leistungskürzung gereiche.

Die Beigeladene zu 1) erwiderte unter Datum vom 08.12.2009, es liege ein bestandskräftiger Bescheid über die Festsetzung des Gesamtpunktzahlvolumens vor, die anlässlich der Einrichtung des Jobsharing erlassen worden sei. Widerspruch sei nicht eingelegt worden.

Das in der Bedarfsplanungs-Richtlinie in § 23e vorgesehene Antragsverfahren sei nicht dafür vorgesehen, verabsäumte Widersprüche gegen die bestandskräftig festgesetzte Punktzahlobergrenze mit dem Argument der Fehlerhaftigkeit der Berechnung im Nachhinein zuzulassen. Sie habe bereits erläutert, dass die Gemeinschaftspraxis an der EBM-bedingten Änderung des Fachgruppendurchschnittes teilgenommen habe. Diese Teilnahme an der Fachgruppenentwicklung werde durch die Vorgaben in § 23f der Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte erreicht. Einem Antrag auf rückwirkende Anhebung des Gesamtpunktzahlvolumens für die gesamte Dauer der Jobsharing-Gemeinschaftspraxis könne nicht stattgegeben werden.

Der Beklagte wies mit Beschluss vom 09.12.2009, ausgefertigt am 29.01.2010 und dem Kläger am 01.02.2010 zugestellt, den Widerspruch als unbegründet zurück. In den Bescheidgründen führte er aus, bei der Bedarfsplanungsrichtlinie handele es sich um Rechtsnormen, welche für die Zulassungsgremien verbindlich seien. Eine Prüfungs- oder gar Verwerfungskompetenz bezüglich dieser Rechtsnormen stehe ihm nicht zu. Es sei von einer Verbindlichkeit der ursprünglichen Festlegung des Gesamtpunktzahlvolumens durch den Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte vom 30.04.2002 auszugehen. Der Kläger könne daher mit dem Argument, die Gesamtpunktzahlvolumen seien grundlegend fehlerhaft und intransparent errechnet worden und daher bereits grundsätzlich zu niedrig, nicht mehr gehört werden. Aufgrund der Tatsache, dass jedes Jobsharingverhältnis nach Erreichen des 2. Leistungsjahres nach Maßgabe des § 23f Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte hinsichtlich des festgesetzten Gesamtpunktzahlvolumens eine Anpassung nach Maßgabe der Entwicklung des Punktzahlvolumendurchschnitts der jeweiligen Fachgruppe erfahre, nehme jede im Jobsharing betriebene Praxis an den Veränderungen des jeweils gültigen EBM teil, die sich für die gesamte Fachgruppe ergebe. Aufgrund dieses Anpassungsfaktors gemäß § 23f Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte werde erreicht, dass sowohl die Veränderungen, die sich aufgrund der Einführung des EBM 2005 gegenüber dem EBM 1996 hinsichtlich der Einzelleistungen ergeben hätten wie auch diejenigen Höherbewertungen von Einzelleistungen, die auf die Umstellung des EBM zurückzuführen seien, eine vollständige Berücksichtigung bei der Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina der folgenden Leistungsjahre fänden. Aus der Systematik der Bedarfsplanungsrichtlinien ergebe sich, dass es neben der Anpassung gemäß § 23f Bedarfsplanungsrichtlinie, die im vorliegenden Fall auch erfolgt sei, keiner weiteren Anpassungsmöglichkeit bedürfe; eine solche sei dementsprechend auch nicht vorgesehen. Die Voraussetzungen einer Anpassung gemäß § 23e Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte seien nicht erfüllt, da eine Änderung des EBM oder vertraglicher Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich seien und spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen hätten, weder vorgetragen noch feststellbar seien. Im Übrigen sei die Festlegung des Gesamtpunktzahlvolumens anlässlich der ursprünglichen Genehmigung des Jobsharingverhältnisses als Bestandteil einer Statusentscheidung anzusehen. Eine nachträgliche Veränderung eines Rechtsstatus oder seiner Bestandteile sei aus Rechtsgründen ohnehin ausgeschlossen. Bezüglich eines Rechtsstatus könnten nur Entscheidungen oder Festlegungen für die Zukunft gefällt werden. Auch eine Erweiterung komme wegen der fehlenden Verwerfungskompetenz nicht infrage. Eine solche erweiternde Anwendung setze den Bestand einer Regelungslücke voraus. Eine solche sei nicht ersichtlich. Den Interessen des Klägers werde durch die Anpassungsmöglichkeit des § 23f Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte, von welcher seitens der Beigeladenen zu 1) auch Gebrauch gemacht worden sei, hinreichend Rechnung getragen. Eine auslegungsbedürftige Lücke sei damit nicht erkennbar.

Hiergegen hat der Kläger am 01.03.2010 die Klage erhoben. Ergänzend zu seinen Ausführungen im Verwaltungsverfahren trägt er vor, der Beklagte bleibe jede Begründung dafür schuldig, warum er zur Prüfung der entsprechenden Normen der Bedarfsplanungsrichtlinie nicht zuständig sei. Es handele sich hierbei um Verwaltungsinnenrecht. Spätestens aber habe das Gericht die Zulässigkeit jener untergesetzlichen Normen und ihre Auswirkungen im Einzelfall zu prüfen und festzustellen, dass die Norm selbst bzw. deren Anwendung ohne Korrektiv zu den bereits gestörten Betriebsfehlern und damit Abrechnungsnachteilen führe.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung des Beschlusses des Beklagten vom 09.12.2009 den Beklagten zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er trägt vor, die untergesetzlichen Normen nach [§ 92 SGB V](#) habe der Gesetzgeber als Richtlinien bezeichnet. Nach der Rechtsprechung des BSG seien die Richtlinien für alle an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten rechtsverbindlich, auch für die Versicherten. Seit In-Kraft-Treten des GMG zum 01.01.2004 könne auf der Basis des SGB V nicht mehr daran gezweifelt werden, dass dem GBA die Kompetenz als untergesetzlicher Normgeber eingeräumt worden sei, seine Richtlinien Normcharakter hätten und für die Versicherten verbindlich seien. Allein den Gerichten sei es vorbehalten, eine etwaige Unvereinbarkeit der vom GBA beschlossenen Richtlinien mit höherrangigem Recht festzustellen und daraus die gebotenen Konsequenzen zu ziehen. Es handele sich daher nicht um "Verwaltungsinnenrecht". Wenn aber damit feststehe, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte vollständig anzuwenden sei, ergebe sich keine Rechtsgrundlage für das Begehren des Klägers. Letzteres werde grundsätzlich von dem Verfahrensbevollmächtigten des Klägers auch nicht infrage gestellt, da die Grundlage der Argumentation der Klagebegründung gerade darin bestehe, einen Systemfehler im Abrechnungssystem der Kassenärztlichen Vereinigung unter Anwendung der einschlägigen Rechtsnormen der Bedarfsplanungsrichtlinien zu rügen. Im Übrigen sei die Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte bezüglich der Regelungen über die Punktzahlbegrenzungen bei Jobsharingverhältnissen auch mit höherrangigem Recht vereinbar. Diese Punktzahlbegrenzungen beruhten auf der Überlegung, dass aufgrund der Überversorgung Zulassungsbeschränkungen in den von Überversorgung betroffenen Planungsbereichen vorzunehmen seien. Um dennoch im Einzelfall den Vertragsärzten in diesem Planungsbereich die Möglichkeit zu geben, individuelle Reduzierungen ihres Tätigkeitsvolumens vorzunehmen, sei die Möglichkeit des Jobsharing geschaffen. Diese Vergünstigung sei mit einer Begrenzung des Punktzahlvolumens verbunden, um im Ergebnis an der Zielsetzung festhalten zu können, eine Leistungsausweitung und damit ein Unterlaufen der Zulassungsbeschränkungen zu verhindern. Dies sei den Vertragsärzten bereits vor der Begründung eines Jobsharingverhältnisses bekannt. Sie nähmen daher bei der Eingehung eines Jobsharingverhältnisses und der damit verbundenen Flexibilisierung ihres Arbeitseinsatzes billigend die hiermit verbundenen Beschränkungen durch die Festsetzung des Punktzahlvolumens und dessen begrenzter Fortschreibung in Kauf. Es sei mithin nicht ersichtlich, weshalb hier eine Verletzung höherrangigen Rechts vorliegen sollte.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die übrigen Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt und sich ebenso wie die Beigeladene zu 1) schriftsätzlich nicht zum Verfahren

geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einem Vertreter der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie einem Vertreter der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)). Sie konnte dies trotz Ausbleibens eines Vertreters des Beigeladenen zu 8) tun, weil dieser ordnungsgemäß geladen wurde.

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 09.12.2009 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubewertung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 09.12.2009 ist rechtmäßig.

Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 15. Februar 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, S. 3491, in Kraft getreten am 1. April 2007, zuletzt geändert am 18. Februar 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010, S. 1641, in Kraft getreten am 8. Mai 2010 (im Folgenden: BedarfspIRL-Ä) legt der Zulassungsausschuss bei Anstellung im Rahmen eines sog. Jobsharings die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis fest. Für die Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens gelten die Regelungen nach den §§ 23c bis 23f entsprechend mit der Maßgabe, dass der Umfang der Leistungsbeschränkung unabhängig vom Beschäftigungsumfang des (der) angestellten Arztes (Ärzte) zu bestimmen ist (§ 23k Abs. 1 BedarfspIRL-Ä). Vor der Zulassung des Antragstellers legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt sowie dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). Diese Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v. H. überschritten werden. Das Überschreitungsvolumen von 3 v. H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungsvolumen) wird nach § 23f durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst. Bei Internisten ist zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen. Im Übrigen gilt für Anpassungen § 23e. Außergewöhnliche Entwicklungen im Vorjahr, wie z. B. Krankheit eines Arztes, bleiben außer Betracht; eine Saldierung von Punktzahlen innerhalb des Jahresbezugs der Gesamtpunktzahlen im Vergleich zum Vorjahresvolumen ist zulässig. Der Zulassungsausschuss trifft seine Festlegungen auf der Grundlage der ihm durch die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Angaben (§ 23c BedarfspIRL-Ä).

Sowohl für die Berechnung des Ausgangspunktzahlvolumens als auch des Vergleichspunktzahlvolumens nach § 23c BedarfspIRL-Ä ist das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich. Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung / Benachteiligung darstellen würde (§ 23e BedarfspIRL-Ä).

Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs folgen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor). Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. Die dafür maßgebliche Rechenformel lautet: $PzVol$ (Quartalsbezogenes Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis) / $PzFg$ (Quartalsbezogener Punktzahlvolumendurchschnitt der jeweiligen Fachgruppe) = Fakt (Quartalsbezogener Anpassungsfaktor). Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungsjahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis (die Saldierungsregelung nach § 23c Satz 6 bleibt hiervon unberührt). Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren mit (§ 23f BedarfspIRL-Ä).

Danach liegen Gründe für eine Erhöhung des Punktzahlvolumens für den Abrechnungszeitraum 01.03.2006 bis 31.05.2008 nicht vor.

Relevante Änderungen des EBM liegen nicht vor. Aufgrund des Anpassungsfaktors nimmt jede Jobsharingpraxis an insgesamt das Abrechnungsvolumen erhöhenden EBM-Änderungen teil, soweit hiervon die Fachgruppe betroffen ist. Nur bei einem signifikant von der Fachgruppe abweichenden Leistungsspektrum und/oder einer unterschiedlichen Abrechnungshäufigkeit von Leistungen, die durch eine EBM-Änderung höher bewertet werden, kann eine Erhöhung des Abrechnungsvolumens und können Verzerrungen eintreten, ohne dass eine Überschreitung des Grenzvolumens durch eine Ausweitung der Leistungen bedingt wäre, sondern allein durch eine Änderung der EBM-Bewertungen. Der Anpassungsfaktor drückt das Verhältnis der Jobsharingpraxis zum Durchschnitt der Fachgruppe aus. Dieser Anpassungsfaktor bleibt für die Dauer des Jobsharings unverändert, während der Durchschnitt der Fachgruppe sich verändern bzw. auch wachsen kann. Nach den Vorgaben der BedarfspIRL-Ä ist für die aktuelle Obergrenze das Produkt aus - starrem - Anpassungsfaktor und - dynamischem - Durchschnitt der Fachgruppe zu bilden, so dass sich die aktuelle Obergrenze proportional zum Durchschnitt der Fachgruppe entwickelt. Diese Entwicklung erfolgt, mit Ausnahme des ersten Leistungsjahrs, in dem aber zum Ausgleich ein Aufschlag von 3 % erfolgt, zeitgleich, da die aktuelle Obergrenze, jeweils bezogen auf die Quartale eines Leistungsjahrs, im Nachhinein von der Beigeladenen zu 1) zu

berechnen ist. Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen beinhaltet daher bereits evtl. Wachstumsgrößen aufgrund von Höherbewertungen einzelner Leistungen. Dies ist, unter der Maßgabe eines mit der Fachgruppe korrelierenden Leistungsverhaltens, kein Grund für eine Neufestsetzung der Gesamtpunktzahlvolumina. Ob diese konkrete Berechnung bzgl. des 5. und 6. Leistungsjahrs zutreffend erfolgt ist, ist von der Kammer in diesem Verfahren nicht nachzuprüfen, da dies die Rückforderungsbescheide betrifft, nicht aber die Neufestsetzung der von der Jobsharingpraxis abrechenbaren Gesamtpunktzahl. Von daher kommt eine Neufestsetzung durch die Zulassungsgremien u. a. nur dann in Betracht, wenn ein signifikant unterschiedliches Abrechnungsverhalten im Vergleich zur Fachgruppe vorliegt.

Soweit die Klägerin auf die Festlegung neuer Ziffern im ab 01.04.2005 geltenden EBM 2005 betreffend die Behandlung chronisch Kranker auf internistischem bzw. orthopädischem Gebiet hinweist, scheidet ein Anpassungsgrund schon deshalb aus, weil diese Leistungen von der Klägerin im Vergleich zur Fachgruppe unterdurchschnittlich abgerechnet werden. Die Kammer hat bereits in der mündlichen Verhandlung mit den Beteiligten erörtert, dass nach der Frequenzstatistik für das Quartal IV/07 die Ziffer 03210 EBM 262 mal abgerechnet worden ist, was in etwa mit der von der Klägerin angegebenen Anzahl von 285 mal übereinstimmt. Während die klägerische Praxis diese Ziffer in 18 von 100 Fällen abgerechnet hat, hat die Vergleichsgruppe die Leistung aber in 32 von 100 Fällen und damit fast in doppeltem Umfang erbracht. Die Ziffer ist auch in diesem Quartal von 2.891 Praxen von insgesamt 3.012 Praxen abgerechnet worden. Für die Ziffer 03211 zeigt die Frequenzstatistik 5 Abrechnungsfälle, klägerseits werden ebf. 5 angegeben, nach der Häufigkeitsstatistik bedeutet dies im Durchschnitt 0 auf 100 Fälle und für die Vergleichsgruppe 4 auf 100 Fälle bei 2.761 abrechnenden Praxen. Im Quartal II/07 verhält sich das Abrechnungsverhalten entsprechend. Die klägerische Praxis hat die Ziffer 03210 18 mal auf 100 Fälle, die Vergleichsgruppe 31 mal auf 100 Fälle abgerechnet, die Ziffer 03211 ein mal seitens der Klägerin und 4 mal seitens der Fachgruppe, bezogen jeweils auf 100 Behandlungsfälle. Im Ergebnis werden daher die Chroniker-Ziffern in erheblich geringerem Umfang als bei der Fachgruppe abgerechnet, so dass die Überschreitung nicht auf der Einführung dieser Leistungen beruhen kann.

Ein von der Klägerin behaupteter Systemfehler im Bereich der Ausgestaltung von Jobsharingverhältnissen ist nicht ersichtlich. Schwierigkeiten anderer Praxen können einen solchen Fehler nicht belegen. Eine besondere Transcodierung im Rahmen der Einführung des EBM 2005 ist aufgrund der "dynamischen" Anpassung an den Fachgruppendurchschnitt nicht gesondert erforderlich. Gleiches gilt für die behauptete bessere Bewertung insb. hausärztlicher Leistungen nach dem EBM 2005 im Vergleich zum EBM 1996.

Der in der mündlichen Verhandlung vorgetragene Einwand der Nichterstattung der Praxisgebühr in den Quartalen II und III/05 ist ohne Auswirkung auf das Jobsharingverhältnis. Die Praxisgebühr wird lediglich als Einnahme des Vertragsarztes verbucht und ist als solche ohne Auswirkung auf das Gesamtpunktzahlvolumen.

Soweit die Beigeladene das Gesamtpunktzahlvolumen jeweils korrekt berechnet hat, so dürfte ursächlich für die Überschreitung eine Leistungsausweitung sein. Die Beigeladene zu 1) hat in der mündlichen Verhandlung auf die von ihr vorgelegte Entwicklung der Fallzahlen hingewiesen, die ein Ansteigen gerade in den beiden strittigen Leistungsjahren auf 5.611 bzw. 5.824 Behandlungsfälle erkennen lassen, während die Leistungsjahre ab 2001 (Quartal II/01 bis I/02) Fallzahlen von 5.437, 5.516, 5.380, 5.310 und 5.494 aufweisen.

Bei dieser Sachlage kann dahinstehen, ob überhaupt eine rückwirkende Erhöhung des Gesamtpunktzahlvolumens möglich ist.

Die Regelungen sind für die Beteiligten und das Gericht verbindlich ([§ 91 Abs. 6](#) sowie [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8, Abs. 8](#) i.V.m. [§ 82 Abs. 1](#) und [§ 81 Abs. 4 SGB V](#); vgl. vgl. BSG, Urt. v. 17.10.2007 - [B 6 KA 45/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 103 Nr. 4](#) = [GesR 2008, 308](#) = USK 2007-91, juris Rdnr. 14 f.; BSG, Urt. v. 17.10.2007 - [B 6 KA 31/06 R](#) - USK 2007-95, juris Rdnr. 15). Sie beruhen auch bzgl. der hier strittigen Punktezahlvolumen bei einem Jobsharingverhältnis auf einer hinreichenden Ermächtigungsgrundlage ([§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4](#) und 5 SGB V). Die Klägerin hat nur ganz allgemein Bedenken gegen ihre Gültigkeit vorgetragen und diese nicht substantiiert. An ihrer Geltung hat die Kammer aber keine Zweifel (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 12.12.2007 - [L 4 KA 62/06](#) - juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#), bestätigt durch BSG, Beschl. v. 28.01.2009 - [B 6 KA 17/08 B](#) - [BeckRS 2009 54018](#)).

Die Einführung der sog. Jobsharingverhältnisse erfolgte auf Vorschlag des Gesundheitsausschusses (14. Ausschuss) mit dem 2. GKV-NOG durch Einfügen der Nr. 4 und 5. Damit wurde dem Bundesausschuss aufgegeben, Regelungen für ein sog. Jobsharing in Gemeinschaftspraxen und für die erleichterte Anstellung von Ärzten zu schaffen. Damit soll die Bedarfsplanung flexibilisiert werden, den Bedürfnissen vieler Ärzte nach individueller Festlegung ihres Arbeitseinsatzes nachgekommen und zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte geschaffen werden, ohne dass damit eine Leistungsausweitung verbunden ist. Voraussetzung ist, dass der Partnerarzt zusammen mit einem bereits niedergelassenen Arzt eine Gemeinschaftspraxis bildet bzw. ein Anstellungsverhältnis begründet wird. Für die sich zusammenschließenden Ärzte ist Fachgebietsidentität notwendig, da diese besondere Form der Gemeinschaftspraxis voraussetzt, dass durch sie Art und Umfang der Leistungen des bisherigen Praxisinhabers nicht ausgeweitet werden, d.h. die Praxisidentität muss erhalten bleiben. Deshalb ist Voraussetzung für die Zulassung, dass sich die Praxisinhaber zu Leistungsbegrenzungen in Höhe des bisherigen Praxisumfangs verpflichten. Die Neuzulassung wird deshalb bei den Feststellungen zum Versorgungsgrad nicht mitgerechnet. Die budgetartige Deckelung ermöglicht zusätzliche Zulassungen und hat die zuvor bestehende Einbeziehung der angestellten Ärzte in die Bedarfsplanung abgelöst (vgl. [BT-Drs. 13/7264, S. 27](#) f. u. 111 ff. (zu Art. 1 Nr. 27 c neu)). Aus diesem Grund muss sich auch der bereits niedergelassene Vertragsarzt (und bei Niederlassung auch der Jobsharingpartner) gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit erklären, während des Bestands der Gemeinschaftspraxis bzw. des Anstellungsverhältnisses den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten, und die dazu vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkungen anzuerkennen. Damit entspricht gerade die Leistungsbeschränkung dem gesetzgeberischen Willen bzw. ist Voraussetzung für die bedarfsplanerische Einpassung in das Zulassungsrecht im Falle einer Sperrung des Planungsbereichs wegen Überversorgung. Die vertragsarztrechtliche Erweiterung der beruflichen Gestaltungsmöglichkeiten ist nur unter der Voraussetzung der Einschränkung möglich, ohne zugleich das Bedarfsplanungsrecht auszuhebeln. Von daher beruhen die Regelungen der BedarfspIRL-Ä auf ausreichender gesetzlicher Grundlage, sind hinreichend bestimmt und greifen als Berufsausübungsregelung nicht unverhältnismäßig in das Grundrecht auf Berufsfreiheit nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#) ein.

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-11-11