

S 12 KA 919/10

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 919/10

Datum
16.11.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 75/11

Datum
28.11.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 Teil F delegiert die Regelung bzgl. der Fallzahlbestimmung für das Regelleistungsvolumen nach Umwandlung der Kooperationsform an die HVV-Vertragsparteien. Fehlt eine Regelung in einem HVV, so kann sie nicht durch einen Vorstandsbeschluss ersetzt werden.

Ein HVV muss für die Quartale ab I/09 für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen eine Regelung vorsehen, die ihnen ein regelleistungskonformes Wachstum innerhalb von fünf Jahren auf den Durchschnitt der Fachgruppe (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 50 = [MedR 2010, 809](#) = USK 2010-53, juris Rdnr. 14 f. m.w.N.) ermöglicht (Anschluss an SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 - [S 11 KA 189/10](#) - juris Rdnr. 111 ff. m.w.N.).

1. Unter Aufhebung des Bescheids vom 05.08.2010 und unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale I und II/09, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.11.2010, wird die Beklagte verurteilt, den Kläger über seinen Antrag auf eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen für die Quartale I und II/09 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Der Kläger hat $\frac{1}{4}$, die Beklagte $\frac{3}{4}$ der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat dem Kläger $\frac{3}{4}$ der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens und entsprechend über die Honorarbescheide für die beiden Quartale I und II/09 und hierbei um die Frage, welche Fallzahlen nach Auflösung einer Gemeinschaftspraxis zu berücksichtigen sind.

Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin seit 01.07.1997 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Er nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Vom 01.04.2005 bis zum 30.06.2008 war er mit der hausärztlich tätigen Internistin Frau Dr. GE. sowie dem ebf. hausärztlich tätigen Internisten Herrn Dr. NZ in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) tätig. Seitdem ist er in Einzelpraxis tätig.

Die Beklagte setzte in den streitbefangenen Quartalen I und II/09 das Honorar jeweils mit Honorarbescheid fest, wogegen der Kläger Widerspruch einlegte. Ferner setzte sie das Regelleistungsvolumen für diese Quartale mit Bescheid fest, wogegen der Kläger ebenfalls Widerspruch einlegte. Diese Widersprüche fasste die Beklagte als Antrag auf eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen auf, den sie mit Bescheid vom 05.08.2010 ablehnte, wogegen der Kläger am 24.08.2010 Widerspruch einlegte. Die Festsetzungen für die Quartale I und II/08 sowie die streitbefangenen Quartale I und II/09 sind nachfolgender Übersicht zu entnehmen:

Quartal I/08 (BAG) II/08 (BAG) I/09 II/09
Honorarbescheid vom 10.07.2008 27.10.2008 20.07.2009 11.10.2009
Widerspruch eingelegt am 02.03.2009 14.12.2009
Nettohonorar gesamt in EUR 103.013,96 100.362,83 41.123,97 38.615,71
Bruttohonorar PK + EK in EUR 100.542,70 98.063,79 41.180,67 39.023,01
Fallzahl PK + EK 1.704 1.643 989 975
Honoraranteile PK + EK
Regelleistungsvolumen in EUR 23.903,16 24.497,04
Quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 3.560,71 5.757,33

Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen in EUR 2.812,59 1.729,43
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV) 2.817,97 1.708,06
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (AMG) 8.086,24 5.331,15

Bescheid Regelleistungsvolumen v. 26.11.2008 26.02.2009
Widerspruch v. 01.12.2008 09.03.2009
Regelleistungsvolumen in EUR Praxis
Fallzahl 566 546
Fallwert in EUR 38,18 40,39
Fallwertabstaffelung 1,0000 1,0000
Altersstrukturquote 1,0569 1,0609
Aufschlag fachgleiche BAG 1,1 1,1
Regelleistungsvolumen in EUR 25.123,43 25.735,56

Die Ablehnung der Änderung des Regelleistungsvolumens mit Bescheid vom 05.08.2010 begründete die Beklagte unter Hinweis auf die Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses, wonach, da die Kennzeichnung der Abrechnungen unter Angabe der lebenslangen Arztnummer eines Arztes erst zum Quartal III/08 eingeführt worden seien, die Zahl der Arztfälle je Arzt in fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigten Ärzte entspreche. Unter Berücksichtigung der Praxisstruktur als fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei Ärzten sei diese regelleistungsvolumenrelevante Fallzahl (I/09: 1.698 Fälle; II/09: 1.638 Fälle) durch die Zahl der Mitglieder dividiert worden, so dass sich eine aufgerundete Fallzahl von 566 (I/09) und von 546 (II/09) Fällen pro Arzt ergeben habe. Auf das errechnete Regelleistungsvolumen erfolge sodann ein Zuschlag von 10 %, der die im ersten Halbjahr 2009 noch fehlende Generierungsmöglichkeit von Arztfallzahlen ausgleichen solle. Für die Fallgestaltung "Auflösung einer fachgleich BAG" habe ihr Vorstand die Grundsatzentscheidung getroffen, dass abweichend von der vorstehend genannten grundsätzlichen Aufteilung nach Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigten Ärzte bei Vorlage einer von allen ehemaligen BAG-Partnern unterzeichneten einvernehmlichen Erklärung die Fallzahlen der BAG entsprechend dieser Erklärung auf Antrag aufgeteilt werden könnten. Eine solche Erklärung von den ehemaligen Partnern der BAG liege ihr trotz Anforderung nicht vor. Soweit der Kläger darauf hinweise, die Leistungen in den Aufsatzquartalen seien mit den Buchstaben des jeweiligen Arztes gekennzeichnet worden, so könne sie dies leider nicht berücksichtigen, da ihr die übermittelte Quartalsabrechnung ohne Leistungskennzeichnung eingereicht worden seien.

Der Kläger trug zur Begründung seines hiergegen am 24.08.2010 eingelegten Widerspruchs vor, in dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner Sitzung am 27./28.08.2008 habe dieser in Teil F Ziffer 3.5 festgelegt, dass bei Umwandlung der Kooperation Anfangs-Übergangsregelungen durch die Partner der Gesamtverträge beschlossen werden müssten. Keineswegs sei der Beklagten allein die entsprechende Regelungskompetenz übertragen worden. Somit könne durch einen Beschluss des Vorstandes der Beklagten eine solche Entscheidung nicht getroffen werden, sondern hätte allenfalls im Honorarverteilungsvertrag vorgesehen werden müssen. Im Honorarverteilungsvertrag sei jedoch nur bei Neugründung eine Regelung aufgenommen worden. Bei Umwandlung der Kooperationsform sei daher eine Begrenzung nicht möglich. Ebenfalls hätte ein Wachstum auf den Fachgruppendurchschnitt möglich sein müssen.

Seine Widersprüche gegen die Honorarbescheide begründete der Kläger mit der Rechtswidrigkeit der Festsetzung der Regelleistungsvolumina. Im Quartal I/09 sei eine Honorarforderung von 16.924,06 EUR nur zur unteren Quote vergütet worden. Dadurch sei es zu einer geringeren Vergütung in Höhe von lediglich 21,157 % gekommen. Das Honorar betrage absolut 12.870,38 EUR weniger als bei vollständiger Berücksichtigung im Rahmen des Regelleistungsvolumens zur oberen Quote. Aus der von ihm überreichten Übersicht ergebe sich, dass er im Quartal I/08 837 Patienten behandelt habe. Auf Basis dieser Fallzahl hätte das Regelleistungsvolumen berechnet werden müssen. Seine Praxis sei auch mit einer Neugründung zu vergleichen nach Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft. Es seien dann wenigstens die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe zuzugestehen. Für das Quartal II/09 mache er ein höheres Honorar von 9.624,59 EUR geltend und wies weiter darauf hin, dass im Honorarbescheid abweichend von der Festsetzung im Bescheid über das Regelleistungsvolumen das Regelleistungsvolumen nunmehr lediglich 24.497,04 EUR betrage.

Die Beklagte verband die Widerspruchsverfahren und wies mit Widerspruchsbescheid vom 17.11.2010 alle Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, aus den vom Kläger eingereichten Statistiken ergebe sich, dass er in den Quartalen I und II/08 837 bzw. 803 Patienten behandelt habe, Frau Dr. GE. 174 bzw. 224 und Herr Dr. NZ 709 bzw. 627 Patienten. Für die Aufsatzquartale I und II/08 ergäben sich für die Berufsausübungsgemeinschaft 1.698 bzw. 1.638 regelleistungsvolumenrelevante Fälle. Unter Berücksichtigung der Praxisstruktur mit drei Ärzten ergäbe sich für den Kläger eine zu berücksichtigende Fallzahl von 566 bzw. 546 Fällen. Von daher sei die Ermittlung der regelleistungsvolumenrelevanten Fallzahlen nicht zu beanstanden. Wegen der nicht eingereichten Quartalerklärungen zu den Fallzahlen könne sie von dieser Festsetzung nicht abweichen. Der Änderungsbeschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Regelung zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in 2009 sehe vor, dass Regelungen für Praxen in der Anfangsphase (sog. junge Praxen) getroffen werden sollen. Auf der Basis dieses Beschlusses habe ihr Vorstand am 31.08.2009 beschlossen, dass Sonderregelungen für sog. junge Praxen auf Antrag nach folgenden Kriterien stattzugeben seien:

1. Ärzte, die sich innerhalb von zwei Jahren vor dem Aufsatzquartal niedergelassen haben und
2. deren Fallzahl im Aufsatzquartal unterhalb der Fachgruppenfallzahlen liegen und
3. deren Fallzahlen im Aufsatzquartal erheblich von der aktuellen Gesamtfallzahl abweichen.

Wenn alle Kriterien erfüllt werden, so sei dem Arzt seine aktuelle Fallzahl bzw. maximal die Fallzahl der Fachgruppe bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens zugrunde zu legen. Aufgrund der Niederlassung im Jahr 1997 träfen diese Voraussetzungen für den Kläger nicht zu. Die Vorgaben im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 seien abschließend. Dort sei geregelt, dass die Partner der Gesamtverträge für Neuzulassungen, Praxen in der Anfangsphase und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen zu beschließen hätten. Über das Verfahren einigten sich die Partner der Gesamtverträge. Für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen sei dort keine Sonderregelung vorgesehen. Eine unterdurchschnittliche Fallzahl im Aufsatzquartal führe zu einem unterdurchschnittlichen Regelleistungsvolumen. Bereits innerhalb eines Jahres könnten aber durchschnittliche Honorarwerte erzielt werden.

Damit enthalte die Regelung des HVV 2009 die Möglichkeit, mit dem Honorar auf durchschnittliche Werte innerhalb eines absehbaren Zeitraums von nur einem Jahr anzuwachsen. Die Entscheidung des SG Marburg vom 06.08.2009 - [S 11 KA 430/09](#) - sei nicht bestandskräftig. LSG Hessen, Beschl. vom 22.12.2009 - [L 4 KA 77/09 B ER](#) - habe ausgeführt, dass die der Zuweisung des Regelleistungsvolumens zugrunde liegende untergesetzliche Regelung des HVV 2009 nicht evident rechtswidrig und lückenhaft sei. Bezüglich einer Sonderregelung habe ihr Vorstand beschlossen, dass insbesondere für den Fall, dass ein Arztsitz vakant sei und es im aktuellen Quartal zu einem Fallzahlenanstieg komme, eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens um die neu übernommenen Patienten gewährt werden könne. Bei den übernommenen Fällen erfolge keine Abstaffelung des Fallwertes. Die Vakanz des Arztsitzes müsse im aktuellen Quartal im eigenen Planungsbezirk fortbestehen. Die übernommenen Patienten müssten im aktuellen Quartal anhand einer Patientenliste nachgewiesen werden. Es sei keine Vakanz der Arztsitze von Frau Dr. GE. und Herrn Dr. NZ gegeben. Der Kläger bilde vielmehr seit dem 01.07.2008 eine Praxisgemeinschaft mit Frau Dr. GE. Herr Dr. NZ sei seit dem 01.07.2008 in A-Stadt in Einzelpraxis tätig. Im Quartal III/09 sei auch das festgesetzte Regelleistungsvolumen von 25.735,56 EUR im Honorarbescheid zugrunde gelegt worden. Dies könne dem "Nachweis zur Berechnung des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens sowie den zusätzlichen Fallwertzuschlägen für qualitätsgebundene Leistungen" entnommen werden. Insofern bestehe keine Differenz zwischen dem zugewiesenen und dem zugrunde liegenden Regelleistungsvolumen.

Hiergegen hat der Kläger am 20.12.2010 die Klage erhoben. Er ist weiterhin der Auffassung, es seien die tatsächlichen Fallzahlen in den Aufsatzquartalen zu berücksichtigen. Es fehle auch an einer Regelungskompetenz seitens des Vorstandes der Beklagten. Jedenfalls sei ihm wenigstens der Fachgruppendurchschnitt zuzugestehen. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 regle nicht den Übergang von Kooperationsformen, sondern die Fallzahlermittlung in entsprechenden Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften. Damit sei keineswegs eine Entscheidung darüber getroffen worden, wie die Fallzahlen nach Beendigung einer Berufsausübungsgemeinschaft zu bestimmen seien. Er sei weiterhin der Auffassung, es fehle an einer Regelung hierfür. Wenn die Beklagte selbst auf die Vorlage einer entsprechenden Erklärung der Praxispartner hinweise, so mache dies deutlich, dass sie selbst keineswegs von der zwingenden Regelung des Bewertungsausschusses ausgehe. Die Beklagte hätte auch im Rahmen der Amtsermittlung die früheren Praxispartner befragen müssen.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Bescheids vom 05.08.2010 und unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale I und II/09, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.11.2010, den Kläger über seinen Antrag auf eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumens und über seinen Honoraranspruch für die Quartale I und II/09 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, ihre Berechnung der RLV-relevanten Fallzahl entspreche den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses und sei nicht zu beanstanden. Dieser Beschluss sei für sie bindend. Auch sei der Kläger trotz Änderung der Kooperationsform nicht mit einer neu gegründeten Praxis vergleichbar. Ihr Vorstandsbeschluss stelle eine Entscheidung zugunsten des Klägers dar, welche der Kläger jedoch nicht habe nutzen wollen. Auf die Rechtmäßigkeit dieses Beschlusses komme es daher nicht an.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterinnen und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)).

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

Die Klage ist auch begründet. Der angefochtene Bescheid vom 05.08.2010 und die Honorarbescheide für die Quartale I und II/09, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.11.2010, sind rechtswidrig. Sie waren daher aufzuheben bzw. abzuändern. Der Kläger hat einen Anspruch darauf, ihn über seinen Antrag auf eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen und über seinen Honoraranspruch für die Quartale I und II/09 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung i.d.F. des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) mit Geltung ab 01.04.2007, [BGBl. I S. 378](#) (im Folgenden: SGB V) werden abweichend von § 85 die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet.

Nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen (Satz 1). Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden (Satz 3). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist (Satz 4). 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 (Satz 7). Nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) sind die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen (Satz 1).

Nach § 87b Abs. 4 SGB V bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten (Satz 1). Er bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5 (Satz 2). Nach § 87b Abs. 5 SGB V obliegt die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens (Satz 1). § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt (Satz 2).

Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V gefasst (DÄBl. 2008 (Heft 38), A-1988, zitiert nach www.kbv.de/8157.html, im Folgenden: EB7F). Nach Nr. 1.2 EB7F werden die Regelleistungsvolumina nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt (Nr. 1.2.1 EB7F). Die Regelleistungsvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. je Arzt ermittelt (Nr. 1.2.2 Abs. 1 EB7F). Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt (Nr. 1.2.2 Abs. 2 EB7F).

Nach Nr. 7 Anlage 2 EB7F gilt als Übergangsregelung, dass zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß 1.2.2 die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den Arztfällen vorgegeben ist. 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.

Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen (Nr. 1.2.3 EB7F). Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina erfolgt praxisbezogen (Nr. 1.2.4 Satz 1 EB7F). Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind (Nr. 1.2.4 Satz 2 EB7F). Dem einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber (Nr. 1.2.4 Satz 3 EB7F). Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden (Nr. 1.2.4 Satz 4 EB7F). Nach Nr. 2.1 Satz 1 EB7F kommen Regelleistungsvolumen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Dabei sieht der Beschluss vor, dass die Partner der Gesamtverträge Modifikationen (z. B. Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren können (Nr. 2 Anlage 1 EB7F). Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden (Nr. 3 Anlage 1 EB7F). Die Fachrichtung des Klägers wird in dieser Anlage genannt.

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind nach Nr. 2.3 EB7F kurativ-ambulante Arzt- und Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1b Satz und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß 2.2 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW-AG) gemäß Anlage 2 und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal (Nr. 3.2.1 Satz 2 EB7F sowie Nr. 5 Anlage 2 EB7F).

Der Bewertungsausschuss hat ergänzend mit Wirkung zum 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 beschlossen, dass die Höhe des zutreffenden Regelleistungsvolumens für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % berechnet wird (Nr. 1. Beschluss des Bewertungsausschusses zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 164. Sitzung am 17. Oktober 2008, Teil B zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, DÄBl. 2008 (Heft 48), A-2607, zitiert nach www.kbv.de/8157.html, im Folgenden B164B).

Die Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1 erfolgt zunächst Schritt 1 - durch Ermittlung der arztgruppenspezifischen Anzahl der kurativ-ambulanten Arztfälle gemäß 2.3 des Vorjahresquartals (Nr. 4 Abs. 1 Anlage 2 EB7F). Der arztgruppenspezifische Fallwert - Schritt 2 - ist der Quotient aus dem arztgruppenspezifischen Anteil am RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs (vgl. Nr. 3 Anlage 2 EB7F) und eben der arztgruppenspezifischen Anzahl der kurativ-ambulanten Arztfälle gemäß 2.3 des Vorjahresquartals (Nr. 4 Abs. 2 Anlage 2 EB7F).

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden (Nr. 3.4 Satz 1 EB7F). Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge (Nr. 3.4 Satz 2 EB7F). Als Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung gibt der Beschluss (Nr. 3.4 Satz 3 EB7F) vor: Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten

Versicherten aufgrund

- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

Für Neuzulassungen von Vertragsärzten und Umwandlung der Kooperationsform delegiert Nr. 3.5 Satz 1 EB7F die Beschlussfassung von Anfangs- und Übergangsregelungen auf die Partner der Gesamtverträge. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Sofern nichts entsprechend anderes vereinbart wurde, gilt für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht niedergelassen waren (Neupraxen), das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal (Nr. 3.5 Satz 2 und 3 EB7F).

In Umsetzung seines Ankündigungsbeschlusses aus der 175. Sitzung am 27. Februar 2009 (DÄ 2009 (Heft 12), A-576) hat der Bewertungsausschuss mit Beschluss in seiner 180. Sitzung am 20. April 2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Regelungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Teil A "Änderung des Beschlusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V" (DÄ 2009 (Heft 19), A-942, im Folgenden: B180A) mit Wirkung zum 01. Juli 2009 – sofern in einer Region die Regelleistungsvolumina im 2. Quartal unter Vorbehalt zugewiesen wurden, können die nachfolgend angekündigten Maßnahmen in dem betroffenen KV-Bezirk auf Beschluss der Partner der Gesamtverträge bereits mit Wirkung zum 1. April 2009 in Kraft gesetzt werden; in diesem Fall sind die Berechnungen und Anpassungen von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen auf die Abrechnungen des 2., 3. und 4. Quartals 2008 aufzusetzen (Fußnote 1 B180A) - Anpassungen der im EB7F getroffenen Regelungen vorgenommen. Der Bewertungsausschuss wird nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals 2009 diese prüfen und ggf. ergänzende Beschlüsse fassen.

Auf der Grundlage dieser Regelungen im SGB V und des Bewertungsausschusses haben die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen einen Honorarvertrag vom 13.12.2008 für die Zeit ab 01.01.2009 geschlossen (im Folgenden: HVV). In Abschnitt II HVV werden auf der Grundlage des EB7F, B164B und EB8II (Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Teil A, DÄBl. 2008 (Heft 4), A 2602) weitgehend wortgleich die Regelungen des EB7F mit den Änderungen durch den B164B übernommen.

Maßgeblich für die Bemessung der Fallzahlen ist Abschnitt II Ziffer 3.5 HVV (Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform). Abschnitt II Ziffer 3.5 HVV trifft aber keine Regelung für die Umwandlung oder Auflösung einer Kooperationsform, sondern lediglich für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht niedergelassen waren. Ziff. 7 (Übergangsregelung) der Anlage 2 EB7F, worauf die Beklagte ihre Entscheidung stützt und wonach die Zahl der Arztfälle je Arzt in fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte entspricht, gilt nur für fortbestehende Arztpraxen. Die Beklagte erkennt selbst grundsätzlich einen Regelungsbedarf für die Fälle an, in denen die Aufteilung pro Behandler gerade nicht der tatsächlichen Aufteilung entspricht, weshalb ihr Vorstand die von der Beklagten angeführte Grundsatzentscheidung getroffen hat.

Nach Ziffer 3.5 EB7F beschließen aber die Partner der Gesamtverträge nicht nur für Neuzulassungen von Vertragsärzten, sondern auch für die Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung haben sich die Partner der Gesamtverträge zu einigen. Wenn auch grundsätzlich der Bewertungsausschuss selbst nach § 87b Abs. 4 SGB V das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina zu regeln hat, so ist es noch zulässig, Detailregelungen an die Gesamtvertragsparteien zu delegieren (s. bereits SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 - [S 11 KA 189/10](#) - juris Rdnr. 119 f.), wenn dies auch im Hinblick auf fehlende regionale Besonderheiten der hier zu treffenden Regelung wenig Sinn macht.

Den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses ist die Beklagte mit den übrigen Gesamtvertragsparteien aber nicht nachgekommen. Die fehlende Regelung kann auch angesichts der eindeutigen Vorgabe des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht durch einen Vorstandsbeschluss ersetzt werden, da es sich nicht um eine Einzelfallentscheidung für einen atypischen Fall handelt. Die besondere Lage nach Beendigung einer Gemeinschaftspraxis stellt keine unvorhersehbare Besonderheit oder unspezifische Härte dar. Vielmehr handelt es sich um "typische", immer wieder auftretende Ausnahmefälle. Die für die Honorarverteilung wesentlichen Grundsätze müssen im HVV selbst geregelt werden und dürfen nicht dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege von Einzelfallentscheidungen überlassen bleiben. Andernfalls würde es zu einer dem Gesetz widersprechenden Kompetenzverlagerung zum Vorstand sowie zum Unterlaufen der Einbeziehung der Krankenkassen in die Honorarverteilung kommen. Dies gilt erst recht seit der ab dem Jahre 2004 vorgeschriebenen vertraglichen Vereinbarung des HVV zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen (vgl. BSG, Urt. v. 03.02.2010 [B 6 KA 1/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 50 = [MedR 2010, 809](#) = USK 2010-53, juris Rdnr. 26 f.).

Die Beklagte wird daher eine ergänzende Regelung für die Umwandlung der Kooperationsform und damit auch für die Auflösung bzw. das Ausscheiden aus einer Berufsausübungsgemeinschaft mit den Vertragspartnern des HVV zu vereinbaren haben. Dabei ist auch zu regeln, welche Aufteilung maßgeblich ist, wenn eine Erklärung von allen ehemaligen Partnern der Berufsausübungsgemeinschaft nicht vorgelegt werden kann, da eine solche Erklärung angesichts möglicherweise divergierender Interessen nicht immer zustande kommen wird. Es kann auch die von der Beklagten praktizierte Aufteilung nach Vertragsbehandlern vereinbart werden. Ebenso ist es zulässig, auf vertragliche Vereinbarungen der Partner der Berufsausübungsgemeinschaft abzustellen.

Darüber hinaus fehlt es an einer Regelung im HVV, die unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen eine hinreichende Wachstumsmöglichkeit bis zum Fachgruppendurchschnitt ermöglicht. Davon wird der Kläger betroffen, soweit ihm keine wenigstens durchschnittliche Fallzahl zustehen sollte.

Das BSG hat wiederholt klargestellt, dass umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben müssen, zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dem Vertragsarzt muss - wegen seines Rechts auf berufliche

Entfaltung unter Berücksichtigung der sog. Honorarverteilungsgerechtigkeit die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Daher ist allen Praxen mit unterdurchschnittlichen Umsätzen die Möglichkeit einzuräumen, durch Umsatzsteigerung jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe innerhalb von fünf Jahren aufzuschließen und damit ihre Praxis zu einer mit typischen Umsätzen auszubauen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 50 = [MedR 2010, 809](#) = USK 2010-53, juris Rdnr. 14 f. m.w.N.). Einen weitergehenden Anspruch hat der Kläger aber nicht. Insbesondere kann er nicht verlangen, dass alle abgerechneten Fälle ohne Begrenzung zur Berechnung der Regelleistungsvolumina herangezogen werden.

Die Kammer schließt sich hierzu aus eigener Überzeugung der Rechtsprechung der 11. Kammer des Sozialgerichts Marburg an, wonach der HVV nicht hinreichend die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu Praxen in der Aufbauphase berücksichtigt, was auch für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen gilt. Wer im Vorjahresquartal als Aufsatzquartal bereits zugelassen war, kann nach dem HVV nur die seinerzeit abgerechnete Fallzahl, unabhängig davon, ob und in welchem Umfang sie unter der durchschnittlichen Fallzahl liegt, erhalten. Eine Steigerung des Regelleistungsvolumens im Folgejahr ist daher nur möglich, wenn im aktuellen Quartal die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahresquartal regelleistungswidrig gesteigert werden kann. Dies widerspricht nicht nur dem Zweck, möglichst auch eine Leistungsausweitung zu verhindern, sondern zwingt den Vertragsarzt dazu, zunächst vergütungslos Leistungen zu erbringen, um im Folgejahr seine Vergütung steigern zu können. Je geringer die RLV-relevante Fallzahl ist, um so prozentual höher ist der Teil der Leistungen, der zunächst ohne Vergütung erbracht werden muss. Zwar sind damit theoretisch enorme Umsatzsprünge denkbar. Dies gilt aber im Übrigen auch für durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche Praxen; insofern greift dann nur ab 150 % der durchschnittlichen Fallzahl die Abstufungsregelung (Abschnitt II Nr. 3.2.1 HVV). Damit gibt der HVV einen Weg vor, der es Praxen in der Aufbauphase bzw. ebenso unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen nicht ermöglicht, abrechnungskonform, also ohne nennenswerte Honorareinbußen, ein durchschnittliches Regelleistungsvolumen zu erhalten. Dies hält die Kammer ebenfalls für rechtswidrig (vgl. SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 - [S 11 KA 189/10](#) - juris Rdnr. 111 ff. m.w.N. (Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 6/11](#) -; insofern abweichend, aber ohne Thematisierung der aufgezeigten Problematik LSG Hessen, Beschl. v. 21.12.2009 - [L 4 KA 77/09 B ER](#) - juris Rdnr. 37)).

Das Fehlen der Regelung verletzt den Kläger mit einer unterdurchschnittlichen Vergütung in seinen Rechten. Der Kläger erzielte in beiden Kassenbereichen in den streitbefangenen Quartalen ein Bruttohonorar in Höhe von 41.180,67 EUR bzw. 39.023,01 EUR, demgegenüber beträgt das Durchschnittshonorar der Fachgruppe 48.620,84 EUR bzw. 47.718,66 EUR und ist damit um 7.440,17 EUR bzw. 8.605,49 EUR höher.

Im Ergebnis war der Klage daher stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO](#). Die Kosten des Verfahrens waren im tenorierten Umfang aufzuteilen. Zu berücksichtigen war, dass die Klägerin mit einem Teil ihres Vorbringens unterlegen ist.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2013-06-18