

S 12 KA 741/11

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 741/11

Datum
14.03.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 20/12

Datum
28.05.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine rückwirkende Erhöhung der Punktzahlobergrenze im Rahmen eines sog. Job-Sharing-Verhältnisses ist nicht möglich (Festhalten an SG Marburg, Urt. v. 23.02.2011 - [S 12 KA 605/10](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 20/11](#) -). Wird das Job-Sharing-Verhältnis vor Entscheidung der Kammer beendet, so ist die Klage erledigt und unzulässig.

Die Erlangung einer Zusatzqualifikation (hier: Neuropädiatrie) führt nicht zu einem Anspruch auf Erhöhung der Punktzahlobergrenzen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Gerichtskosten zu tragen und dem Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

3. Der Streitwert wird auf 13.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Neufestsetzung des Gesamtpunktzahlvolumens im Rahmen eines so genannten Job-Sharing-Verhältnisses.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis. Herr Dr. med. AA. ist als Facharzt für Kinderheilkunde mit Praxissitz in A-Stadt seit 1988 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Seit Oktober 1999 führt er eine Gemeinschaftspraxis mit Herrn Dr. med. AB., ebf. Facharzt für Kinderheilkunde. Die Gemeinschaftspraxis ist im hausärztlichen Bereich tätig. Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ließ mit Beschluss vom 28.09.1999 Herrn Dr. med. AB. zur gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit mit Herrn Dr. med. AA. gem. [§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) in Verbindung mit Abschnitt 4 Nr. 23a der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte zu. Es wurden auf der Grundlage der Quartale I bis IV/98 folgende Punktzahlobergrenzen festgesetzt, jeweils zuzüglich 3 % des Fachgruppendurchschnitts des entsprechenden Vorjahresquartals:

1. Jahresquartal – 1.436.542,4 Punkte
2. Jahresquartal – 1.588.091,2 Punkte
3. Jahresquartal – 1.561.363,7 Punkte
4. Jahresquartal – 1.599.601,6 Punkte

Mit Schreiben vom 19.11.2007 beantragte die Klägerin die Erhöhung der Punktzahlobergrenzen. Zur Begründung führte sie aus, der neue EBM 2008 sehe Verbesserungen der Leistungsbewertung der kinder- und jugendmedizinischen Pauschal- und Einzelleistungen vor. Aus diesem Grund beantrage sie eine entsprechende Höherfestsetzung. Außerdem sei Herrn Dr. AA. am 25.09.2007 durch Ablegung der Prüfung zur Berechtigung der Führung der Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie diese neue Zusatzqualifikation zuerkannt worden. Die dafür vorgesehenen, teilweise neu geschaffenen Leistungen aus dem Kapitel Neuropädiatrie habe er ab dem 01.01.2008 abzurechnen. Auch hieraus ergebe sich eine Erhöhung der anzufordernden Punktzahlen.

Die Beigeladene zu 1) wies in ihrer Stellungnahme vom 01.12.2008 darauf hin, bedingt durch die Multiplikation des Anpassungsfaktors mit dem aktuellen Fachgruppendurchschnitt spiegele sich die Punktzahlanhebung im EBM 2008 ab dem zweiten Leistungsjahr bereits im Fachgruppendurchschnitt wider. Zum Zeitpunkt der Neueinführung des EBM 2008 sei für die Klägerin bereits ein Anpassungsfaktor gebildet worden, so dass eine zusätzliche Veränderung der Punktzahlobergrenze gemäß den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinien nicht notwendig sei. Sie empfehle daher die Ablehnung des Antrags. Eine Herausnahme einzelner Gebührenordnungspositionen im Hinblick auf

die festgesetzte Gesamtpunktzahlgrenze sei nicht möglich. Es lägen auch nicht die Voraussetzungen des § 23e Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte vor.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen setzte mit Beschluss vom 27.01.2009 die Punktzahlobergrenzen wie folgt fest:

Jahresquartal Anerkannte Punktzahl 3% der Punktzahl der Fachgruppe Gesamtpunktzahlvolumen für das 1. Leistungsjahr

1 1.436.542,4 29.014,3 2.015.346,7

2 1.588.091,2 31.022,0 2.192.748,2

3 1.561.363,7 30.946,1 2.129.704,8

4 1.599.601,6 32.355,7 2.104.352,3

Hiergegen legte die Beigeladene zu 1) unter Datum vom 19.06.2009 Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie vor, nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung würden alle Honoraransprüche begrenzt werden, da das Gesetz nicht nach den verschiedenen Leistungsinhalten, sondern allein nach den von dem Zulassungsausschuss festzulegenden Leistungsumfang differenziere. Die Voraussetzung von § 23e Bedarfsplanung-Richtlinie-Ärzte liege nicht vor, sodass dem Antrag auf Rückwirkung der Anhebung des Gesamtpunktzahlvolumens nicht stattgegeben werden könne. Es würde der Systematik der Richtlinie geradezu widersprechen, würde eine individuelle Erhöhung der Punktzahlobergrenze ausschließlich auf individuelle Gegebenheiten gestützt werden. Bei einem bestehenden Job-Sharing sei zu verlangen, dass Änderungen im Abrechnungsverhalten, z. B. aufgrund des Erwerbs eines neuen Schwerpunktes bei einem Mitglied der Praxis, mit einer Reduzierung der Leistungserbringungen in anderen Bereichen einhergehe. Selbst wenn aus Sicherstellungsgründen eine Erhöhung des Fallwerts erfolge, so könnten Sicherstellungserwägungen nach der Systematik der Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht zu einer Erhöhung der Punktzahlobergrenze im Job-Sharing führen.

Die Klägerin wies auf eine Erhöhung der Fallpunktzahlen im Rahmen des Regelleistungsvolumens aus Sicherstellungsgründen hin. Diese Erhöhung des Regelleistungsvolumens müsse sich auch in den Punktzahlobergrenzen für das Job-Sharing-Verhältnis auswirken. Herr Dr. AA. habe bereits seit seiner Niederlassung einen neuropädiatrischen Schwerpunkt gehabt. Erst seit 2005 sei es aufgrund der Änderung der Weiterbildungsordnung möglich, die Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie zu erhalten. Im EBM 2008 sei diesem Schwerpunkt erstmals in der Gebührenordnung Rechnung getragen worden. Die Beigeladene zu 1) habe mittlerweile eine Rückforderung in Höhe von 13.101,12 EUR für das 10. Leistungsjahr festgesetzt. Eine Leistungsausweitung sei nicht eingetreten.

Der Beklagte hob mit Beschluss vom 03.08.2011 den Beschluss des Zulassungsausschusses auf und lehnte den Antrag auf Erhöhung des Gesamtpunktzahlvolumens der Klägerin ab. Zur Begründung führte er aus, der Anpassungsfaktor sei eine Verhältniszahl, welche dokumentiere, in welchem Verhältnis das Leistungsvolumen der Job-Sharing-Praxis zum Leistungsvolumen der Fachgruppe stehe, welcher die Partner der Job-Sharing-Praxis zuzurechnen seien. Diese Relation solle für die gesamte Dauer des Job-Sharing-Verhältnisses erhalten bleiben. Aus diesem Grund müsse der Anpassungsfaktor auch nur einmal, nämlich für das erste Leistungsjahr, errechnet werden. Von daher sei es irrelevant, dass nach der Festsetzung des Gesamtpunktzahlvolumens im Jahr 1999 mehrfach Änderungen des EBM erfolgt seien, die auch zu einer Veränderung bzw. Höherbewertung ärztlicher Leistungen, darunter auch pädiatrischer Leistungen geführt habe. Diese Höherbewertung bewirke auch eine Veränderung bzw. Erhöhung des Gesamtpunktzahlvolumens der Vergleichsgruppe. Hieran ändere auch nichts der von der Klägerin behauptete neuropädiatrische Schwerpunkt seit Beginn der ärztlichen Tätigkeit. Die Leistungsbeschränkungen des Job-Sharings, die von den Partnern eines Job-Sharing-Verhältnisses bewusst in Kauf genommen würden, sollten bewirken, dass durch das Tätigwerden eines weiteren Arztes keine Leistungsausweitungen vorgenommen würden. Änderungen seien nur in engbegrenzten Ausnahmefällen möglich. Mit der Erlangung der Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie sei eine zusätzliche Qualifikation erworben worden, was keine Grundlage für ein erfolgreiches Erhöhungsverlangen darstelle. Der Erwerb einer zusätzlichen Qualifikation oder aber auch die Erweiterung des Leistungsangebots einer Praxis begründeten nach der Systematik der Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte gerade keinen Anspruch auf eine Erhöhung des festgestellten Gesamtpunktzahlvolumens, weil hierdurch die Grundlage der Bedarfsplanung in Frage gestellt würde.

Hiergegen hat die Klägerin am 23.09.2011 die Klage erhoben. Sie trägt ergänzend vor, der Anteil der neuropädiatrischen Leistungen mache im Jahr 2008 etwa 1/3 der gesamten Leistungen aus. Von daher habe ihr der Zulassungsausschuss die Punktzahlobergrenze erhöht. Sie sei weiterhin der Auffassung, dass aufgrund des neugeschaffenen Abrechnungskapitels für Neuropädiater die Punktzahlobergrenze zu erhöhen sei. Nur ein kleiner Teil der Fachgruppe erbringe diese Leistungen.

Die Klägerin beantragt

unter Aufhebung des Bescheids des Beklagten vom 03.08.2011 den Beklagten zu verpflichten, den Widerspruch der Beigeladenen zu 1) zurückzuweisen

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Der Beklagte ist unter Wiederholung seiner Ausführungen im angefochtenen Beschluss der Auffassung, dass mithilfe des Anpassungsfaktors eine ausreichende Anpassung an Änderungen des EBM erfolge. Der Erwerb einer zusätzlichen Qualifikation nach Begründung der Leistungsbeschränkung rechtfertige keine Hochsetzung der Punktzahlobergrenzen. Auch sei die vom Zulassungsausschuss vorgenommene Berechnung inhaltlich zweifelhaft. Es würde Punktzahlvolumina des Jahres 1998 solchen des Jahres 2008 einfach hinzugeschlagen. Damit werde die Praxis im Teilbereich der Neuropädiatrie so behandelt wie eine Job-Sharing-Praxis, die in diesem Jahr neu gegründet worden sei, während sie in den übrigen Bereichen auf der Grundlage der alten Berechnungen des Jahres 1998 behandelt werde. Es müsste eine entsprechende Transcodierung stattfinden. Ohne Bedeutung sei die Erhöhung des Regelleistungsvolumens. Dies liege allein im Kompetenzbereich der Beigeladenen zu 1) und beruhe auf Versorgungsaspekten. Bei einer Festsetzung des Gesamtpunktzahlvolumens handele es sich um eine Frage der Bedarfsplanung, die in die Kompetenz der Zulassungsgremien falle.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie schließt sich den Ausführungen des Beklagten an.

Die übrigen Beigeladenen haben sich schriftsätzlich zum Verfahren nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 26.09.2011 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte sowie der weiter beigezogenen Gerichtsakte zum Az.: S 12 KA 34/11 nebst beigezogener Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer Vertreterin 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 der Beigeladenen zu 2) bis 8) tun, weil dieser ordnungsgemäß geladen worden sind.

Die Klage ist unzulässig.

Nach Beendigung des Job-Sharing-Verhältnisses aufgrund dessen 10-jährigen Bestehens ist Erledigung eingetreten. Von Bedeutung könnte allenfalls im Hinblick auf den Rückforderungsbescheid der Beigeladenen zu 1) für das 10. Leistungsjahr (Quartale IV/08 bis III/09) eine rückwirkende Erhöhung der Punktzahlobergrenze sein. Eine rückwirkende Erhöhung der Punktzahlobergrenze im Rahmen eines sog. Job-Sharing-Verhältnisses ist allerdings nicht möglich.

Die Klägerin begehrt mit ihrer Klage die Neufestsetzung des Gesamtpunktzahlvolumens im Rahmen eines sog. Job-Sharing-Verhältnisses für das Jahr 2008. Die maßgeblichen Gesamtpunktzahlvolumina sind durch den bestandskräftigen Beschluss des Zulassungsausschusses vom 28.08.1999 festgesetzt worden.

Als Status begründendem Verwaltungsakt kommt der Job-Sharing-Zulassung einschließlich der Festsetzung der Punktzahlobergrenze keine rückwirkende Bedeutung zu. Von daher ist auch eine Abänderung mit Rückwirkung ausgeschlossen.

Die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung kann, auch soweit sie sich nur auf bestimmte Bereiche oder Leistungen der ambulanten Versorgung erstreckt, nicht rückwirkend zuerkannt bzw. in Kraft gesetzt werden. Die Unzulässigkeit rückwirkender Statusbegründungen ergibt sich aus dem System des Vertragsarztrechts, das nach wie vor durch das Naturalleistungsprinzip in Verbindung mit der Beschränkung der Leistungserbringung auf einen umgrenzten Kreis dafür qualifizierter Leistungserbringer geprägt ist. Mit dieser Beschränkung ist verbunden, dass diesen die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen - abgesehen von Notfällen - förmlich zuerkannt worden sein muss. Dies gilt für alle Arten der Statusbegründung im Vertragsarztrecht, also für Zulassungen von Vertragsärzten, für Ermächtigungen von Krankenhausärzten wie auch für Genehmigungen zur Anstellung von Ärzten und ebenso für weitere - nicht auf der Ebene des Status angesiedelte - Genehmigungen. Denn zum Schutz aller zur Leistungserbringung Berechtigter und aus ihr Verpflichteter und insbesondere zum Schutz der Versicherten muss zu Beginn einer vertragsärztlichen Behandlung feststehen, ob die zu erbringenden Leistungen innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden oder als privatärztliche Leistungen anzusehen und zu vergüten sind (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 11.03.2009 B [6 KA 15/08](#) - SozR 4-2500 § 96 Nr. 11 = [GesR 2009, 534](#) = [MedR 2010, 128](#) = [ZMGR 2009, 303](#) = KHR 2009, 172 = USK 2009-38 = Breith 2010, 21 = [PFB 2009, 144](#), juris Rdnr. 15 f.; s. a. BSG, Urt. v. 23.06.2010 - [B 6 KA 7/09 R](#) - [BSGE 106, 222](#) = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 = [GesR 2010, 615](#) = [MedR 2011, 298](#) = [ZMGR 2010, 370](#) = USK 2010-73, juris Rdnr. 57 f.).

Von daher war eine rückwirkende Erhöhung bis zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung der Kammer bzw. für das zwischenzeitlich abgeschlossene 10. Leistungsjahr nicht möglich. Abzustellen ist auf den Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung der Kammer, da frühestens mit einem Urteil der Kammer feststehen könnte, dass ein Anspruch auf eine höhere Obergrenze besteht. Soweit aus der Eigenart Status begründender Verwaltungsakte folgt, dass ein Leistungserbringer bis zur rechtskräftigen Abweisung der Rechtsbehelfe Drittbetroffener von seiner Teilnahmeberechtigung keinen Gebrauch machen darf, wenn eine sofortige Vollziehung nicht angeordnet ist, und er demgemäß während des schwebenden Verfahrens keine Leistungen erbringen und er für dennoch durchgeführte Behandlungen auch keine Vergütung beanspruchen darf (vgl. BSG, Urt. v. 11.03.2009 - [B 6 KA 15/08 R](#) - aaO., juris Rdnr. 13), so kann auch die Job-Sharing-Praxis erst dann eine höhere Obergrenze beanspruchen, wenn diese durch die Zulassungsgremien oder ein Gericht festgestellt worden sind. Insofern gilt auch hier, dass vor der Leistungserbringung feststehen muss, in welchem Umfang die Leistungen erbracht werden dürfen. Soweit mit Hilfe des sog. Anpassungsfaktors das u. U. zulässige höhere Abrechnungsvolumen erst im Nachhinein festgestellt wird, beruht dies auf einer sog. Job-Sharing-Praxis begünstigenden Regelung. Damit sollen vor allem Änderungen im Vergütungsregelwerk, die nicht zwingend auf einer Leistungsvermehrung beruhen, abgefangen werden. Die Begrenzung der sog. Job-Sharing-Praxis wird nicht auf die tatsächlichen ärztlichen Leistungen festgelegt, sondern auf eine Punktzahlobergrenze, die als Äquivalent für den Umfang der ärztlichen Leistungen gelten kann. Insofern handelt es sich nicht um eine nachträgliche Festsetzung einer Leistungsobergrenze, sondern um die Anpassung der Leistungsobergrenze an Veränderungen im Vergütungsregelwerk.

Für § 23e Satz 2 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, in den hier maßgeblichen Bestimmungen unverändert) (im Folgenden: BedarfsplRL-Ä) folgt zudem aus dem Wortlaut der Vorschrift selbst, dass die Festsetzung einer Punktzahlobergrenze im Rahmen eines sog. Job-Sharing-Verhältnisses nicht für die Vergangenheit aufgehoben werden kann. § 23e Satz 2 BedarfsplRL-Ä stellt auf Änderungen des EBM oder vertraglicher Vereinbarungen ab, also auf Umstände, die nach der früheren Festsetzung eintreten. Bei der Festsetzung einer Punktzahlobergrenze handelt es sich um einen Dauerverwaltungsakt. Bei wesentlichen Änderungen ("spürbare Auswirkungen") ermöglicht § 23e Satz 2 BedarfsplRL-Ä eine Neufestsetzung. Aus dem Antragserfordernis folgt zudem, dass diese Neufestsetzung auf die Zukunft gerichtet ist, da eine ausdrückliche Regelung bzgl. einer Rückwirkung fehlt (vgl. insoweit zu einem detaillierteren Regelungsmodell [§ 48 Abs. 1 SGB X](#)). Die Kammer hält insoweit an ihrer bisherigen Rechtsprechung fest (vgl. SG Marburg,

Urt. v. 23.02.2011 - [S 12 KA 605/10](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 20/11](#) -).

Das Job-Sharing-Verhältnis der beiden Mitglieder der Klägerin ist zum 01.10.2009, also unmittelbar nach Klageerhebung ausgelaufen. Von daher kann die Geltung erhöhter Punktzahlvolumina allenfalls für die Vergangenheit noch begehrt werden. Soweit der Widerspruch der Beigeladenen zu 1) aufschiebende Wirkung hat, hätte ggf. einstweiliger Rechtsschutz beantragt werden müssen. Von daher besteht aus Sicht der Kammer keine Rechtschutzlücke. Gründe für eine Fortsetzungsfeststellungsklage sind nicht ersichtlich und werden von der Klägerin auch nicht vorgetragen.

Von daher war die Klage bereits als unzulässig abzuweisen.

Im Übrigen ist die Klage auch unbegründet. Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 12.05.2010 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubewertung des Widerspruchs der Beigeladenen zu 1) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Der Zulassungsausschuss legt bei einem sog. Job-Sharing die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis fest. Dies galt gleichfalls nach der Vorläuferfassung zum Zeitpunkt der Gründung des Job-Sharing-Verhältnisses. 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 Überschreitungs-volumen von 3 v. H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungs-volumen) 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).

Die genannten Regelungen der BedarfspIRL-Ä sind rechtmäßig.

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. 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 sog. Job-Sharing-Verhältnis 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. Job-Sharing-Verhältnisse 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. Job-Sharing 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 die 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 BedarfsplRL-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.

Dies gilt auch für die Erhöhung des maßgeblichen Punktzahlvolumens um 3 % des Fachgruppendurchschnitts.

Das Gesetz räumt dem Richtliniengeber mit der Vorgabe, eine "nicht wesentliche" Überschreitung zu ermöglichen, einen weiten Gestaltungsspielraum ein, der insbesondere eine Beschränkung des Überschreitungsolumens auf 3 % des Fachgruppendurchschnitts zulässt (vgl. LSG Sachsen, Urt. v. 22.09.2010 - [L 1 KA 7/09](#) - juris Rdnr. 53 m.w.N., Revision beim BSG anhängig: [B 6 KA 1/11 R](#)). Es gibt keine gesetzliche Vorgabe, die den Richtliniengeber dazu zwingen würde, auf die Größe der Praxis vor Beginn des Job-Sharing-Verhältnisses abzustellen. Mit dem Abstellen auf den Fachgruppendurchschnitt als Bemessungsgrundlage wird vielmehr allen Praxen der gleiche Spielraum zugestanden.

Gründe für eine Erhöhung des Punktzahlvolumens liegen nicht vor. Allgemeine Änderungen des EBM sind kein Grund für eine Änderung bzw. Erhöhung der Obergrenze. Allgemeine Änderungen werden aufgrund des Mechanismus des sog. Anpassungsfaktors automatisch an eine Job-Sharing-Praxis weitergegeben. Für Änderungen nach § 23e Satz 2 BedarfsplRL-Ä - dies gilt im Übrigen auch für Satz 3 der Vorschrift - bleibt daher nur Raum, wenn die Job-Sharing-Praxis signifikant von ihrer Fachgruppe abweicht und dadurch von allgemeinen Änderungen des EBM überproportional betroffen wird. Für eine solche Annahme gibt aber das klägerische Vorbringen keinen Raum.

Soweit die Klägerin auf die neu erworbene Schwerpunktbezeichnung "Neuropädiatrie" verweist, handelt es sich um eine nach Festsetzung der Punktzahlobergrenzen erworbene Zusatzqualifikation, die aufgrund der Umstrukturierung des EBM zur Abrechnung weiterer Leistungen berechtigt. Maßgebend hierfür ist nicht der von der Klägerin vorgetragene Schwerpunkt im Bereich der Neuropädiatrie, sondern die neue Zusatzqualifikation. Neue Zusatzqualifikationen sind jedoch kein Grund zur Entdeckung bestehender Punktzahlobergrenzen. Insofern handelt es sich um den Fall einer Leistungsausweitung, der gerade durch das Job-Sharing-Verhältnis ausgeschlossen wird.

An Allgemeinen Änderungen nimmt die Job-Sharing-Praxis aufgrund des sog. Anpassungsfaktors automatisch teil.

Relevante Änderungen des EBM liegen nicht vor. Aufgrund des Anpassungsfaktors nimmt jede Job-Sharing-Praxis 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 Job-Sharing-Praxis zum Durchschnitt der Fachgruppe aus. Dieser Anpassungsfaktor bleibt für die Dauer des Job-Sharings unverändert, während der Durchschnitt der Fachgruppe sich verändern bzw. auch wachsen kann. Nach den Vorgaben der BedarfsplRL-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.

Deutlich wird der Mechanismus des Anpassungsfaktors gerade an den der Klägerin tatsächlich zugestandenen Leistungsvolumina, wie sie in dem Berichtigungsbescheid vom 21.06.2010 für das 10. Leistungsjahr - Gegenstand des Klageverfahrens zum Aktenzeichen S 12 KA 34/11 - zugrunde gelegt worden sind. Danach stieg die Durchschnittspunktzahl der Fachgruppe von ca. 1 Mio. Punkten pro Quartal in den Quartalen IV/99 bis III/00 auf ca. 1,6 Mio. Punkte in den Quartalen IV/08 bis III/09. Entsprechend stieg das zulässige Abrechnungsvolumen der klägerischen Praxis von ca. 1,4 bis 1,6 Mio. Punkten auf 2.290.233,2 Punkte (Quartal I/99) bis 2.619.275,3 Punkte (Quartal II/08). Die tatsächlich zugestandenen Abrechnungswerte liegen damit nicht unerheblich über den Werten, die vom Zulassungsausschuss im angefochtenen Beschluss vom 27.01.2009 festgesetzt worden waren. Auch hierdurch wird deutlich, dass aufgrund des Anpassungsfaktors eine Anpassung an Steigerungen durch den EBM gewährleistet wird.

Ein Systemfehler im Bereich der Ausgestaltung von sog. Job-Sharing-Verhältnissen ist nicht ersichtlich. Eine besondere Transcodierung im Rahmen der Einführung des EBM 2005 ist aufgrund der "dynamischen" Anpassung an den Fachgruppendurchschnitt nicht gesondert erforderlich.

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.

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch Beschluss des Vorsitzenden.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)). Die Klägerin will mit ihrer Klage insbesondere die vollständige oder teilweise Aufhebung der Rückforderungsbescheide mit Honorarrückforderungen von insgesamt 13.101,12 EUR erreichen. Dies ergab gerundet den festgesetzten Streitwert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-11-20