S 12 KA 700/10

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 700/10
Datum
21.12.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Zulassungszeitpunkt und Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit können auseinanderfallen. Dies gilt auch für den Beginn einer Gemeinschaftspraxis (hier: Genehmigung mit Wirkung zum 27.05.2008, Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit am 01.09.2008) und ist bei der Zuerkennung der Fallzahlen für das Regelleistungsvolumen (hier: Quartal II/09) zu berücksichtigen.
1. Unter Abänderung des Bescheids vom 08.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.07.2010 wird die Beklagte verurteilt, der Klägerin für Herrn Dr. K für das Quartal II/09 zusätzlich 494 RLV-Fälle zuzuerkennen.

2. Die Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für das Quartal II/09 und hierbei um eine Erhöhung der RLV-relevanten Fallzahl für Herrn Dr. med. K.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit drei zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Fachärzten für Nuklearmedizin. Die Gemeinschaftspraxis bestand zunächst zwischen Herrn Dr. med. K, zugelassen seit 26.06.2001 mit Praxissitz in A Stadt und zunächst in Einzelpraxis tätig, und Herrn Dr. med. PF., zugelassen seit 27.05.2008 mit Praxissitz in C-Stadt (CX) durch Beschluss des Zulassungsausschusses vom 27.05.2008, als überörtliche Gemeinschaftspraxis seit 01.06.2008. Herrn Dr. med. PF. befand sich aber im Zeitraum vom 05.05. bis 31.08.2008 zur Fortbildung am Universitätsklinikum D-Stadt, so dass er vertragsärztlich erst zum 01.09.2008 tätig wurde. Der Zulassungsausschuss gab dem Antrag des Herrn Dr. med. PF. auf Verlegung des Vertragsarztsitzes nach ZO. zum 01.01.2009 mit Beschluss vom 16.12.2008 statt. Frau Dr. med. KH kam nach ihrer Zulassung zum 01.08.2008 hinzu.

In den Quartalen II und III/08 sowie II und III/09 nahm die Beklagte jeweils mit Honorarbescheid folgende Festsetzungen vor:
Quartal II/08 III/08 II/09 III/09
Honorarbescheid vom 28.10.2008 13.01.2009 11.10.2009 23.12.2009
Widerspruch eingelegt am
Nettohonorar gesamt in EUR 108.467,88 261.783,56 275.134,75 284.854,95
Bruttohonorar PK + EK in EUR 109.622,72 263.392,47 278.806,15 288.450,21
Fallzahl PK + EK 1.700 2.797 3.210 3.804
Honorar Regelleistungsvolumen in EUR 42.280,68 97.009,83 110.427,97 105.188,88
Honorar quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 2.712,07 7.229,59 13.039,32 11.954,20
Fallwertzuschläge zu Regelleistungsvolumen in EUR 0,00 0,00
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 153.405,68 167.923,22
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV 1.933,18 3.383,91

Herr Dr. K
Arztfälle 1.773 1.818
Bruttohonorar PK + EK in EUR 144.749,06 147.737,46
RLV-relevante Fallzahl 2.299 1.834
Herr Dr. PF.
Arztfälle 825 1.073

Bruttohonorar PK + EK in EUR 62.295,48 70.022,17
RLV-relevante Fallzahl 494 266
Frau Dr. KH
Arztfälle 979 913
Bruttohonorar PK + EK in EUR 71.761,63 70.690,58
RLV-relevante Fallzahl 937 864

Die Beklagte setzte das Regelleistungsvolumen für das Quartal II/09 mit Bescheid vom 26.05.2009 und für das Quartal III/09 mit Bescheid vom 27.05.2009 wie folgt fest.

Name RLV-Gruppe RLV-relevante Fallzahl Fallwert in EUR Fallwertabstaffelung Altersstrukturquote Aufschlag fachgleiche BAG RLV in EUR
II/09
Herr Dr. K 494 33,18 1,0000 0,9825 1,1 17.714,49
Herr Dr. PF. 494 33,18 1,0000 0,9825 1,1 17.714,49
Frau Dr. KH 937 33,18 1,0000 1,0000 1 31.089,66
Gesamt 66.518,64

III/09
Herr Dr. K 1.834 36,79 0,8625 0,9869 1,1 63.176,29
Herr Dr. PF. 266 36,79 1 0,9899 1,1 10.656,03
Frau Dr. KH 864 36,79 1 1 1,1 34.965,22
Gesamt 108.797,53

Hiergegen legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein. Die Beklagte wertete die Widersprüche als ein Antrag auf Sonderregelung, den sie mit Bescheid vom 08.03.2010 beschied. Für das Quartal II/09 sprach sie Herrn Dr. K eine RLV-relevante Fallzahl von 2.299 und Herrn Dr. PF. von 937 Fällen zu. Ferner setzte sie eine Gutschrift in Höhe von 13.500,91 EUR fest. Eine Sonderregelung für das Quartal III/09 und das hier nicht streitbefangene Quartal IV/09 lehnte sie ab.

Im Bescheid vom 08.03.2010 führte sie zur Begründung aus, der Arztrechnung für das Quartal II/08 seien insgesamt 1.723 abgerechnete Fälle zu entnehmen. Nach Abzug der Fälle sonstige Kostenträger (23 Fälle), stationäre/präventive Fälle (666 Fälle) sowie der kurativen Fällen mit Probenuntersuchungen (48 Fälle) verblieben 986 regelleistungsvolumenrelevante Fälle. Unter Berücksichtigung der Praxisstruktur sei diese Fallzahl durch die Zahl der Mitglieder der Praxis dividiert worden, so dass sich eine aufgerundete Fallzahl von 494 Fällen pro Arzt ergebe. Frau Dr. KH habe aufgrund ihrer erstmaligen Zulassung die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe der Nuklearmediziner erhalten. Für Herrn Dr. med. K ergäben sich aus der Zeit seiner Einzelpraxis 1.805 Fälle. Da sich an dem Standort nach dem Wechseln in die Berufsausübungsgemeinschaft nichts geändert habe, seien ihm beide Fallzahlen zuzuerkennen, insgesamt 2.299 Fälle. Da Herr PF. seine Tätigkeit ab 01.06.2008 begonnen habe, habe ein Bestwertabgleich zwischen den eigenen abgerechneten Fällen sowie der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe der Nuklearmediziner erfolgen müssen. Aus diesem Grund seien für Herrn Dr. med. PF. 937 Fälle anzuerkennen. Der Arztrechnung für das Quartal III/08 seien insgesamt 2.832 abgerechnete Fälle zu entnehmen. Nach Abzug nicht berücksichtungsfähiger Fälle ergäben sich 2.707 regelleistungsvolumenrelevante Behandlungsfälle, von denen Herrn Dr. med. K 1.834 Fälle und Herrn Dr. med. PF. 266 Fälle zugewiesen worden seien. Da Frau Dr. med. KH im Vorjahresquartal unter dem Fachgruppendurchschnitt gelegen habe, sei ihr wiederum nach der Bestwertregelung der Fachgruppendurchschnitt in Höhe von 864 Fällen zugewiesen worden.

Für das Quartal II/09 nahm die Beklagte aufgrund der Sonderregelung mit Bescheid vom 22.04.2010 eine Nachvergütung vor und setzte eine Gutschrift in Höhe von 13.500,91 EUR fest.

Gegen den Bescheid vom 08.03.2010 legte die Klägerin am 07.04.2010 Widerspruch ein.

Die Beklagte verband dieses Widerspruchsverfahren sowie den Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/09 und wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 28.07.2010 zurück. Zur Begründung führte sie aus, Herr Dr. med. PF. sei zum 27.05.2008 als Vertragsarzt zugelassen worden. Die Berufsausübungsgemeinschaft mit Herrn Dr. med. K sei zum gleichen Termin genehmigt worden. Es liege keine geeignete Erklärung vor, die die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit erst zum 01.09.2008 bzw. die Genehmigung eines 3-Monate-Spielraums nach dem im Zulassungsbescheid genannten Zeitpunkt bestätige. Der im Rahmen der Widerspruchsverfahren und vorgetragenen Argumentation, dass Herr Dr. med. PF. aufgrund von Fortbildungsmaßnahmen seine Tätigkeit erst im August 2008 aufgenommen habe, so dass aus diesem Grund für das Quartal II/09 Herrn Dr. med. K die volle Fallzahl der Berufsausübungsgemeinschaft aus dem Quartal II/08 und Herrn Dr. med. PF. die Fallzahl der Fachgruppe aus dem Quartal II/08 zugeteilt werden müsse und Herrn Dr. med. PF. auch für das Quartal III/09 die Fallzahl der Fachgruppe halten müsse, da das Quartal III/08 kein vollständiges Quartal sei, könne nicht gefolgt werden. Die von Herrn Dr. med. PF. eingereichte Bescheinigung der Uniklinik D-Stadt über die Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung im Bereich PET/CT in der Zeit vom 01.05. bis 31.08.2008 stelle keinen anerkennungsfähigen Nachweis dar, mithin begründe sie nicht die Durchführung einer Sonderregelung. Analoges gelte für die von Herrn Dr. med. PF. mit Schreiben vom 12.05.2010 nachgereichte Bestätigung, dass er die vertragsärztliche Tätigkeit erst im Quartal III/09 aufgenommen habe. Auch diese reiche nicht aus, um eine Ausnahmeregelung im Sinne der Zuteilung der Fallzahl der Fachgruppe zu rechtfertigen.

Hiergegen hat die Klägerin am 24.08.2010 die Klage erhoben. Sie trägt vor, Herr Dr. med. PF. sei mit Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte in Hessen mit Wirkung zum 27.05.2008 zugelassen worden. Dem Beschluss sei zu entnehmen, dass die vertragsärztliche Tätigkeit spätestens drei Monate nach dem im Beschlusstenor genannten Zeitpunkt aufzunehmen sei. Dieser Beschluss sei am 11.07.2008 ausgefertigt worden. Bei Nuklearmedizinern handele es sich um ein sog. nicht beplantes Gebiet. Nur für Bereiche, in denen Zulassungsbeschränkungen angeordnet seien, bestimme § 19 Abs. 3 Ärzte-ZV, das vertragsärztliche Tätigkeit innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses aufgenommen werden müsse. Aus der Zulassungsverordnung ergebe sich nicht, welche Zeitspanne der Zulassungsausschuss für die Festsetzung der Tätigkeitsaufnahme in nicht gesperrten Bereichen zugrunde zu legen habe. Eine kürzere Zeitspanne als die in der Ärzte-ZV festgesetzten drei Monate sei grundsätzlich ermessensfehlerhaft. Die im Beschluss des Zulassungsausschusses genannte 3-Monats-Frist sei daher ermessensfehlerhaft. Es hätte ihm mindestens ein Zeitraum von drei Monaten

nach Zustellung des Beschlusses zugestanden werden müssen. Dies bedeute, dass die Aufnahme der Tätigkeit bis Mitte Oktober ausreichend gewesen wäre. Trotz Rechtskraft des Zulassungsbescheides müsse die Abrechnungsabteilung die tatsächliche Aufnahme der Tätigkeit, die nach der Ärzte-ZV nicht unzulässig gewesen sei, berücksichtigen. Herr Dr. med. PF. habe im Rahmen eines Beratungsgespräches mit der Bezirksstelle ZP. darauf hingewiesen, dass er noch die Fortbildung zur Erlangung der Kenntnisse für PET/CT bis ca. 2008 absolvieren werde und erst dann die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit möglich sei. Auch nach Aufnahme der Tätigkeit sei diese nochmals gegenüber der Bezirksstelle mündlich mitgeteilt worden, die dies auch als unproblematisch angesehen habe. Weiter sei am 02.07.2008 eine schriftliche Nachricht an die Beklagte, Landesstelle B-Stadt, Abteilung Qualitätssicherung Radiologie, erfolgt, in der eindeutig mitgeteilt worden sei, dass Herr Dr. med. PF. seine Vertragsarzttätigkeit erst in vier bis sechs Wochen aufnehmen werde. Die tatsächliche Aufnahme der Tätigkeit sei nochmals mündlich gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der Beklagten mitgeteilt worden. Darüber hinaus sei das Zeugnis der Universitätsklinik D-Stadt am 10.09.2008 vorgelegt worden, aus dem eindeutig hervorgehe, dass Herr Dr. med. PF. in der Zeit von Mai bis August 2008 im Universitätsklinikum D-Stadt ganztätig und ununterbrochen tätig gewesen sei. Im Basisquartal II/08 sei daher ausschließlich Herr Dr. med. K vertragsärztlich tätig gewesen. Insofern seien Herr Dr. med. K insgesamt alle regelleistungsvolumenrelevanten Fälle in Höhe von 1.805 Fällen aus der Einzelpraxis sowie die 986 Fälle aus der Berufsausübungsgemeinschaft zuzuerkennen. Hieraus ergebe sich, dass Herrn Dr. med. K anstatt der zuerkannten 2.299 Fälle tatsächlich alle 2.791 regelleistungsvolumenrelevanten Fälle des Quartals II/08 zuzuerkennen seien. Da Herr Dr. med. PF. erst Ende August 2008 seine vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen habe, sei ihm für das Quartal III/09 das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen zuzuerkennen. Statt der zuerkannten 266 Fälle stünden ihm 864 Fälle zu. Die Grundsätze der "jungen" Praxis gelten auch für den neu zugelassenen Vertragsarzt, der in eine Berufsausübungsgemeinschaft eintrete. Auch diesem Arzt müsse es ermöglicht werden, durch seine Tätigkeit einen Patientenstamm mindestens den Durchschnitt der Patienten zu erreichen ohne Wachstumsverzögerungen. Selbstverständlich müsse sich auch ein in eine Berufsausübungsgemeinschaft hinzukommender Arzt einen eigenen Patientenstamm aufbauen. Wenn dies nicht beabsichtigt gewesen wäre, dann hätten sich Herr Dr. med. K und Herr Dr. med. PF. für eine Form des Job-Sharings entschieden. Sie verweise auch auf die von der Beklagten selbst durchgeführte Praxis im Jahr 2009, in der auch einem neu hinzu kommenden Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft mindestens der Durchschnitt der entsprechenden Fallzahl seiner Fachgruppe zuerkannt worden sei.

In der mündlichen Verhandlung hat die Beklagte für das Quartal III/09 für Herrn Dr. PF. eine RLV-relevante Fallzahl von 864 Fällen anerkannt, was die Klägerin angenommen hat. Daraufhin haben die Beteiligten den Rechtsstreit für das Quartal III/09 für erledigt erklärt.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid zum Antrag auf Änderung des Regelleistungsvolumens gemäß Abschnitt II Ziffer 3 HVV vom 08.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 28.07.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, für Herrn Dr. K für das Quartal II/09 zusätzlich 494 RLV-Fälle zuzuerkennen,
hilfsweise
die Beklagte zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über den Antrag auf Änderung des Regelleistungsvolumens für das Quartal II/09 neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, maßgeblich für die Beurteilung, wann eine Einzelpraxis und wann eine Berufsausübungsgemeinschaft vorliege, seien die Beschlüsse des Zulassungsausschusses, die konstitutive Wirkung hätten und für die Beklagte bindend seien. Sowohl die Zulassung von Herrn Dr. med. PF. als auch die Genehmigung der Berufsausübungsgemeinschaft sei mit Wirkung zum 27.05.2008 erfolgt. Aus der in der Begründung des Beschlusses aufgeführten Aufforderung, die vertragsärztliche Tätigkeit innerhalb von drei Monaten aufzunehmen, ergebe sich nicht, dass die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit und die Genehmigung der Berufsausübungsgemeinschaft zu einem anderen Zeitpunkt wirken würde. Die Klägerseite sei über die Entscheidung des Zulassungsausschusses vorab per Fax informiert worden, insofern komme es auf den Ausfertigungszeitpunkt nicht an. Da die Berufsausübungsgemeinschaft bereits im Juni 2008 bestanden habe, komme es auf die Vorlage des Zeugnisses des Universitätsklinikums D-Stadt nicht an. Soweit Herr Dr. med. K unstreitig in einem Gespräch am 03.04.2008 bei der Bezirksstelle ZP. mitgeteilt habe, dass sich Herr Dr. med. PF. noch auf einer Fortbildung befinde, was von der Bezirksstelle als unproblematisch angesehen worden sei, folge hieraus nicht, dass die Praxis bis dahin als Einzelpraxis gelten würde. Klägerseitig sei auch die Genehmigung der Berufsausübungsgemeinschaft zum nächstmöglichen Zeitpunkt beantragt worden. Abschnitt II Nr. 3.5 HVV 2009 regele das "Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung". Es komme deshalb auf die Zulassung an und nicht auf den Zeitpunkt, an dem die vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen worden sei. Eine Sonderregelung wegen einer "jungen Praxis" komme grundsätzlich nicht in Betracht, wenn ein neuer Arzt in eine bereits bestehende Arztpraxis eintrete und ein in der Arztpraxis vorhandener Arztsitz die Kriterien für eine "junge Praxis" nicht erfülle. Bei dem Eintritt in eine bereits existierende Praxis bestehe bereits ein Patientenstamm, anders als bei einer neu gegründeten Praxis, die sich einen Patientenstamm erst aufbauen müsse. Ein Härtefall liege nicht vor, da die Klägerin die Zulassung des Dr. PF. auf das Ende der Fortbildung hätte legen können und die niedrigeren Fallzahlen damit nicht auf Umständen beruhten, auf die kein Einfluss bestanden habe.

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 zwei ehrenamtlichen Richtern 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 08.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.07.2010 ist rechtswidrig, soweit er noch angefochten wird. Er war daher abzuändern. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zuerkennung von zusätzlich

494 RLV-Fällen für Herrn Dr. K für das Quartal II/09.

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 der Klägerin 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.

Die Bemessung der Fallzahlen des Herrn Dr. med. K ist nach Abschnitt II Ziffer 3.2.1 Satz 2 HVV zu bestimmen. Danach ist die Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal maßgeblich. Für Herrn Dr. med. K, der bereits seit 2001 zugelassen ist, ist damit die Fallzahl des Quartals II/08 heranzuziehen. Diese betrug 2.791 Fälle, da die Fälle der "Einzelpraxis" (1.805 Fälle) und der vermeintlichen Gemeinschaftspraxis mit Herrn Dr. med. PF. (986 Fälle) zu addieren sind. Die Gemeinschaftspraxis ist erst zum 01.09.2009 vollzogen worden. Die Beklagte hat nicht bestritten, dass Herr Dr. med. PF. seine vertragsärztliche Tätigkeit erst zum 01.09.2008 aufgenommen hat, wovon auch die Kammer ausgeht.

Der Beklagten ist zwar zuzugeben, dass Herr Dr. med. PF. bereits mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 27.05.2008 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen wurde und mit weiterem Beschluss des Zulassungsausschusses vom 27.05.2008 die überörtliche Gemeinschaftspraxis des Herrn Dr. med. K mit Herrn Dr. med. PF. genehmigt wurde. Maßgeblich kommt es aber auf den tatsächlichen Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit und damit auch der Gemeinschaftspraxis an.

Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nur zulässig unter Vertragsärzten. Sie bedarf der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuss (§ 33 Abs. 2 S. 1 und 2 Ärzte-ZV). Die Ärzte-Zulassungsverordnung regelt insoweit nicht die Voraussetzungen des Bestehens und Nichtbestehens einer Gemeinschaftspraxis. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat jedoch klargestellt, dass für das Bestehen einer Gemeinschaftspraxis drei Anforderungen erfüllt sein müssen: Es muss überhaupt eine gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit vorliegen; die zusammenarbeitenden Ärzte müssen Vertragsärzte sein; die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit muss vom Zulassungsausschuss genehmigt worden sein Nur solange alle drei Voraussetzungen weiterhin vorliegen, besteht die Gemeinschaftspraxis fort. Mit dem Wegfall auch nur einer der Voraussetzungen wird der bisher praktizierten besonderen Ausübungsform vertragsärztlicher Tätigkeit die Grundlage entzogen und finden die mit ihr verbundenen Berechtigungen (insbesondere die Möglichkeit der Patientenbehandlung und Leistungsabrechnung unter einheitlichem Namen sowie die Einschränkung des Gebots der persönlichen Leistungserbringung) ihr Ende (vgl. BSG, Urt. v. 19.08.1992 6 RKA 36/90 - SozR 3-2200 § 368c Nr. 1 = NJW 1993, 1547 = NZS 1993, 274 =

USK 92204, zitiert nach juris Rdnr. 22).

Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit setzt insofern eine tatsächliche gemeinsame Tätigkeit bzw. den Willen hierzu voraus (vgl. SG Marburg, Beschl. v. 03.05.2011 – S 12 KA 305/11 ER -). Zwar kommt im Regelfall gerade gegenüber der Beklagten der Entscheidung des Zulassungsausschusses konstitutive Bedeutung zu. Auf die innergesellschaftlichen Rechtsverhältnisse kommt es insofern nicht an. So können privatrechtliche Vereinbarungen, wie sie insbesondere in Gemeinschaftspraxen zwischen deren Mitgliedern getroffen werden, die Vorgaben und Anforderungen des Vertragsarztrechts nicht verändern. Sie sind von den Prüfgremien nicht zu beachten, auch wenn sich z. B. das ausscheidende Mitglied offensichtlich vertragswidrig verhält. So ist für einen Verzicht allein maßgeblich, ob ein solcher Verzicht wirksam gegenüber den vertragsarztrechtlichen Institutionen erklärt worden ist oder als erklärt gilt (vgl. BSG, Urt. v. 28.11.2007 - B 6 KA 26/07 R - BSGE 99, 218 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 3 = MedR 2008, 305 = GesR 2008, 304 = USK 2007-116, juris Rn. 23 u. 28 f.; s. auch SG Marburg, Urt. v. 07.12.2011 - S 12 KA 645/10 -).

Dies gilt aber für den Beginn einer vertragsärztlichen Tätigkeit und den damit verknüpften Beginn einer Gemeinschaftspraxis bzw. Berufsausübungsgemeinschaft nur eingeschränkt. So sieht bereits § 19 Abs. 2 Ärzte-ZV vor, dass im Zulassungsbeschluss der Zeitpunkt festzusetzen ist, bis zu dem die vertragsärztliche Tätigkeit aufzunehmen ist. Liegen wichtige Gründe vor, so kann der Zulassungsausschuss auf Antrag des Arztes nachträglich einen späteren Zeitpunkt festsetzen. Nach § 19 Abs. 3 Ärzte-ZV endet die Zulassung durch Gesetz nur dann, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird. Daraus folgt im Umkehrschluss, dass dies dann nicht gilt, wenn es sich wie hier um eine von Zulassungsbeschränkungen nicht betroffene Fachgruppe handelt. Damit geht bereits das Gesetz davon aus, dass Zulassungszeitpunkt und Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit auseinanderfallen können.

Entsprechend den rechtlichen Vorgaben hat der Zulassungsausschuss von einer bestimmten zeitlichen Bestimmung zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit abgesehen und lediglich "zur vertragsärztlichen Tätigkeit mit Wirkung zum 27.05.2008 zugelassen" tenoriert und in den Beschlussgründen ausgeführt, die vertragsärztliche Tätigkeit könne ("kann") zu dem genannten Zeitpunkt aufgenommen werden. Entsprechend wurde auch der Beschluss zur Gemeinschaftspraxis tenoriert.

Insofern ist zwischen "Zulassung" und "Niederlassung" zu unterscheiden. So unterscheidet auch der Arztregistereintrag zwischen der "Niederlassung ab" (s. Nr. 12 des Musterbogens nach der Anlage (zu § 2 Abs. 2) zur Ärzte-ZV) und der Zulassung (s. Nr. 16 - "Zugelassen am" - Anlage zur Ärzte-ZV). Auch Abschnitt II.3.5 HVV 2009 stellt zutreffend darauf ab, ob der Arzt niedergelassen ist. Demgegenüber spricht der Zulassungsausschuss lediglich die Zulassung aus. Insofern werden bei einer Neuniederlassung die Rechtswirkungen der Zulassung im Rahmen der Honorarverteilung erst mit Aufnahme der tatsächlichen Tätigkeit in Gang gesetzt. Herr Dr. med. PF. war daher nicht verpflichtet, seine vertragsärztliche Tätigkeit bereits im Quartal II/08 aufzunehmen. Von daher bestand die Einzelpraxis des Herrn Dr. med. K im gesamten Quartal II/08 fort und waren alle Behandlungsfälle allein ihm zuzurechnen. Eine Aufteilung der Behandlungsfälle auf die in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte scheidet daher aus, da außer Herrn Dr. K kein weiterer Arzt zu berücksichtigen ist.

Bei dieser Rechtslage kommt es nicht darauf an, ob und ggf. mit welchem Inhalt die Klägerin die spätere Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit mit der Beklagten abgesprochen hatte.

Im Ergebnis war der Klage daher stattzugeben.

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
2013-06-18