
S 14 KA 67/06

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	11
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 14 KA 67/06
Datum	20.08.2008

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KA 95/08
Datum	22.05.2013

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 20.08.2008 abgeändert und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 25.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.01.2006 und des Bescheides vom 05.08.2005 verurteilt, das Honorar für das Quartal I/2005 unter Zugrundelegung eines Individualbudgets von 1.340.864,8 Punkten neu festzusetzen und ggf. nachzuzahlen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Kosten für das Klage- und Berufungsverfahren trägt die Beklagte. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit des Abrechnungsbescheides für das Quartal I/2005. Die Klägerin begehrt die Zuerkennung eines höheren abrechenbaren Punktzahlvolumens (PZV) über den Grenzwert des Fachgruppenschnitts.

Die Klägerin ist eine 1993 gegründete Gemeinschaftspraxis, bestehend aus einem Allgemeinmediziner und einer praktischen Ärztin (seit 2006 Fachärztin für Allgemeinmedizin), die im Bezirk der Beklagten (S) zur vertragsärztlichen

Versorgung zugelassen sind. Zur Festlegung des zum 01.07.1998 eingeführten Individualbudgets stellte die Beklagte auf Antrag der Klägerin auf den Zeitraum von III/1998 bis II/1999 ab. Der Leistungsbedarf für diesen Zeitraum betrug 1.247.597,8 Punkte. Als maximal im Bemessungszeitraum zu berücksichtigendes Punktzahlvolumen (PZV) legte sie zunächst einen Wert von 961.534,4 Punkten zu Grunde. Im Zusammenhang mit der Schließung der Praxis Dr. T zum 04.12.2002 erhöhte sich der Wert um weitere 30.059 Punkte auf insgesamt 991.594,0 Punkte.

In den Quartalen III/2002 bis II/2003 betrug der Leistungsbedarf der Klägerin 1.215.215,5 Punkten und in den Quartalen III/2003 bis II/2004 im Schnitt 1.265.490,4 Punkte.

Für die ersten vier Abrechnungszeiträume stand die Beklagte der Klägerin jeweils einen Zuwachs in Höhe von jeweils 3 % (entsprechend 29.747,8 Punkten), insgesamt 12 % und damit 118.991 Punkten zu. In Umsetzung der Neuregelung des HVM zum 01.01.2003, insbesondere der Einführung des § 13 HVV, stellte die Beklagte bei der Honorarberechnung fehlerhaft trotz des vorhergehenden genehmigten Antrags der Klägerin auf Festlegung eines anderen Bemessungszeitraumes (III/1998 bis II/1999) weiterhin auf den im HVM/HVV festgelegten Standardzeitraum (III/1997 bis II/1998) ab, in dem der Leistungsbedarf der Klägerin 1.108.612,6 Punkte betrug. In der Folge erhielt die Klägerin 2003 einen erneuten Zuwachs von weiteren 3 %, und bezogen auf die Quartale I und II/2004, in denen ebenfalls eine Überschreitung festgestellt wurde, nochmals eine Steigerung von 3 % bezogen auf das ganze Jahr, so dass insgesamt eine Steigerung in Höhe von in Höhe von 18 %, mithin in Höhe von 178.486,8 Punkten, zugestanden wurde. Im Rahmen der Neuberechnung infolge der Neuregelung des § 13 HVV zum III/2004 fiel der Beklagte ihr Fehler auf. Ab III/2004 reduzierte sie den Zuwachs auf 148.739,2 Punkte. Da sich der Fehler zugunsten der Klägerin auswirkte, nahm die Beklagte aus Vertrauensschutzgründen rückwirkend keine Korrektur vor.

In Hinblick auf die Schließung der Praxis Dr. C hat die Beklagte mit bestandskräftigem Bescheid vom 24.05.2005 dem Antrag der Klägerin auf Erhöhung des PZV stattgegeben und ausgeführt: "Sofern der Leistungsbedarf vor Praxisbudget, der dem Individualbudget unterliegt, in den Quartalen IV/2004 bis III/2005 im Vergleich zum Bemessungszeitraum gesteigert wurde, wird der ermittelte Prozentsatz aus der Steigerung der Fallzahlen in den Quartalen 4/2004-3/2005 im Vergleich zum Bemessungszeitraum - um Berücksichtigung sämtlicher Praxen - auf das Individualbudget der ehemaligen hausärztlichen (handschriftlicher Zusatz: C.) Praxis angewandt. Die hier ermittelte Punktzahl wird dem maximalen Punktzahlvolumen der jeweiligen Quartale hinzugefügt. Ab dem 4/2005 wird der Durchschnitt der ermittelten Punkte dem Individualbudget endgültig zugefügt."

Für die Honorarabrechnung für das streitgegenständliche Quartal I/2005 mit Bescheid vom 25.07.2005 berücksichtigte die Beklagte einen Zuwachs in Höhe von 148.739,1 Punkten. Insgesamt legte sie als maximal zulässiges PZV der Praxis im Abrechnungszeitraum einen Wert von 1.140.333,2 Punkten zu Grunde (991.594 Punkte + 148.739,2 Punkte). Sie berücksichtigte weiter einen Zuschlag "für

Sozialhilfeempfänger" in Höhe von 1.413,6 Punkten und kam so zu einem korrigierten zulässigen PZV in Höhe von 1.141.746,8 Punkten. Auf dieser Grundlage ergab sich für die Klägerin eine Kürzung von 160.093,1 Punkten.

Die Klägerin erhob gegen diesen Bescheid Widerspruch und bemängelte, dass der bisherige erlaubte Zuwachs bis zum II. Quartal 2004 ca. 178.000 Punkte betragen habe. Dieser sei zum Quartal III/2004 auf 148.739 Punkte gesenkt worden. Im Jahre 2004 habe es einen Leistungszuwachs in ihrer Praxis gegeben, weswegen ihnen ein erlaubter Zuwachs von 10% des Fachgruppendurchschnitts für das Jahr 2005 zustehe. Dieses Volumen von 122.413 Punkten habe die Beklagte unzulässig verrechnet mit dem Hinweis darauf, dass der bisherige Punktezahlzuwachs von 148.739 Punkte nicht hätte erfolgen dürfen. Dies bedeute eine rückwirkende Verschlechterung. Sie beantrage, den Punktezahlzuwachs von 122.413 Punkten zu dem bisherigen Punktezahlzuwachs von 148.739 Punkten zu addieren. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 25.01.2006 zurück. Unter Darlegung der einschlägigen Regelungen vertrat sie die Auffassung, die Vorschriften rechtsfehlerfrei angewandt zu haben.

Mit Bescheid vom 05.08.2005 hat die Beklagte das PZV der Klägerin für das Quartal I/2005 von 1.141.746,8 Punkte um einen weiteren Sicherstellungszuschlag wegen Schließung der Praxis Dr. C in Höhe von 115.349,2 Punkte nebst 1.413,7 Punkte Zuschlag "für Sozialhilfe" auf 1.257,066 Punkte erhöht, woraus sich eine Nachzahlung in Höhe von 5.026,85 EUR ergab. Bei ihrer Berechnung hat die Beklagte diese 115.349,2 Punkte zu dem bisherigen maximal zulässigen PZV der Praxis addiert, so dass sie ein maximal zulässiges PZV in Höhe 1.255,652,4 Punkten errechnet hat. Weiter hat sie einen Zuschlag "für Sozialhilfe" in Höhe von 1.413,6 Punkten berücksichtigt und ein korrigiertes zulässiges PZV in Höhe von 1.257.066,0 Punkten festgestellt.

Die Klägerin hat daraufhin am 24.02.2006 Klage erhoben, mit der sie die Zubilligung von Umsatzsteigerungen bis zum durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe geltend gemacht hat. Ein entsprechender Zuwachs sei ihr bislang nicht nur verwehrt, sondern die Höhe des zugestandenen Zuwachses reduziert worden. Diese Entwicklung stehe im Gegensatz zu dem erforderlichen Leistungsbedarf der Praxis, der auch in Bezug auf das streitige Quartal - aufgrund einer weiteren Praxisschließung im unmittelbaren Umfeld (Dr. C) - noch gesteigert worden sei. Die Beklagte kürze weiterhin rechtswidrig den Zuwachs von 178.000 Punkten auf 148.739,2 Punkte.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 25.07.2005 in der Fassung der Neuberechnung vom 05.08.2005 sowie in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 25.01.2006 zu verurteilen, über das vertragsärztliche Honorar für das Quartal I/2005 neu zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Mit der Neuberechnung für I/2005 sei der Klägerin ein über dem Fachgruppendurchschnitt in Höhe von 1.224.132 Punkten liegendes PZV zugeordnet worden, so dass dem Klagebegehren Rechnung getragen sei.

Das Sozialgericht (SG) hat mit Urteil vom 20.08.2008 die Klage abgewiesen. Da der Grenzwert der Fachgruppe 1.224.132,0 Punkte betrage, sei der Vortrag der Kläger zum Umfang des erlaubten Zuwachses nicht mehr relevant. Unterdurchschnittlich abrechnenden Altpraxen sei – außerhalb eines Antragsverfahrens auf Erhöhung des Individualbudgets – die Möglichkeit einzuräumen, grundsätzlich innerhalb eines angemessenen Zeitraums nur bis zum Grenzwert der Fachgruppe wachsen zu dürfen.

Die Klägerin, der das Urteil am 25.09.2008 zugestellt worden war, hat am 23.10.2008 Berufung eingelegt. Sie trägt nunmehr nur noch vor, dass ihr für das Quartal IV/2004 ein Zuwachs von 10 % gemäß § 13 HVV, mithin ein PZV von 122.413,1 Punkten zugestanden habe. Zu dem PZV im Bemessungszeitraum in Höhe von 991.594,0 Punkten seien 148.739,1 Punktezuwachs, wie von der Beklagten für die Vergangenheit festgestellt, zu berücksichtigen zzgl. 10 % Wachstum gemäß § 13 HVV in Höhe von 122.413,2 Punkten, in Summe also 1.262.746,3 Punkten. Dieser rechnerische Wert sei jedoch auf den Fachgruppendurchschnitt in Höhe von 1.224.132 Punkten zu kürzen, erst dann sei der aufgrund der Schließung der Praxis Dr. C zugestandene Sicherstellungszuschlag in Höhe von 115.319,0 Punkten zu addieren. Insgesamt sei das PZV daher auf 1.339.451 Punkte (ohne Zuschlag "Sozialhilfe") festzulegen. Da die Beklagte den Sicherstellungszuschlag zunächst auf das PZV im Bemessungszeitraum addiert habe und dann die Reduzierung auf den Fachgruppendurchschnitt vorgenommen habe, führe dies dazu, dass die Punktzahlerhöhung auf Grund der Praxisschließung Dr. C durch den Grenzwert der Fachgruppe "ausgebremst" werde, dies sei sachlich aber nicht richtig. Ansonsten würde eine bisher überdurchschnittlich abrechnende Praxis bei Übernahme von Patienten aus einer geschlossenen Praxis keinerlei Honorarzuwächse für diese Zusatzarbeit bekommen. Dies könne so nicht gewollt sein, weil die Punkte bei der geschlossenen Praxis frei geworden seien und somit für die übernehmende Praxis zur Verteilung zur Verfügung stünden. Die zu verteilenden Punkte stammten aus dem PZV der aufgebenden Praxis und nicht wie beim allgemeinen Wachstum aus einer zu bildenden Rücklage. Dass die Ansprüche auf Erhöhung des PZV aufgrund der Regelungen des HVM und aufgrund der Praxisschließung der Nachbarschaft zwei separat zu betrachtende Ansprüche seien, ergäbe sich auch aus dem Berechnungsverfahren. Bei der Praxisschließung berechne sich das Wachstum nach den zuggewonnenen Scheinen und ordne diesem eine Punktzahl zu, die sich nach dem PZV der geschlossenen Praxis richte. Bei der Berechnung des Wachstums nach dem HVM hingegen bleibe die Scheinzahl unberücksichtigt und es werde nur auf die abgerechneten Punkten und den Fachgruppendurchschnitt abgestellt.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 20.08.2008 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 25.07.2005 in der Fassung der Neuberechnung vom 05.08.2005 sowie in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.01.2006 zu verurteilen, das Honorar für das Quartal I/2005 unter Zugrundelegung eines Individualbudgets von 1.340.894,9 Punkten neu festzusetzen und ggf. nachzuzahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für rechtmäßig. Maßgeblich sei allein die Beurteilung der Rechtmäßigkeit des Abrechnungsbescheides für das Quartal I/2005 vom 25.07.2005 in Verbindung mit der Neufestsetzung des Individualbudgets vom 05.08.2005 aufgrund des Vorstandsbeschlusses vom 10.05.2005. Aufgrund der dort festgelegten Berechnungssystematik sei das maximale zulässige Punktzahlvolumen der Praxis um 115.319,2 Punkten von 991.594,0 Punkten auf 1.106.913,2 Punkten im Quartal I/2005 erhöht worden. Ferner habe im Jahre 2004 eine Steigerung des Leistungsbedarfes gegenüber dem Bemessungszeitraum vorgelegen. Nach den Regelungen der §§ 7 und 13 des HW hätte ein erlaubter Zuwachs in Höhe von 10 % des Fachgruppenschnittes, mithin 122.413 Punkten ab dem Quartal II/2005 hinterlegt werden müssen. Da dieser Zuwachs jedoch auf das Erreichen des Fachgruppenschnittes begrenzt sei, dürfte er – so die Beklagte – nur 117.218,8 Punkte ($1.106.913,2 + 117,218,8 = 1.224.132$ Punkte) betragen. Vorliegend sei jedoch weiterhin ein erlaubter Zuwachs von 148.739,2 Punkten gewährt worden, was ein um ca. 30.000 Punkte erhöhtes korrigiertes zulässiges Punktzahlvolumen der Praxis zur Folge gehabt habe. Hierin vermöge sie – die Beklagte – keine Beschwer der klägerischen Praxis zu erkennen. In Anlehnung an die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 29.06.2011 – [B 6 KA 17/10 R](#) – sei die Gewährung einer Zuwachsregelung bis zum Fachgruppenschnitt nachrangig gegenüber der quartalsweisen grundsätzlichen Berechnung des Individualbudgets. Im Bemessungszeitraum hätte zudem ein Leistungsbedarf von ca. 1.600.000 Punkten erbracht werden müssen, um ein Individualbudget von ca. 1.200.000 Punkten zu erreichen. Ausgehend von dieser Berechnung hätte die klägerische Praxis keinen Anspruch auf Erhöhung des Individualbudgets im Rahmen des Antragsverfahrens gehabt. Auch aus diesem Grunde könne kein Zuwachs über den Fachgruppenschnitt gewährt werden. Die Praxis der Klägerin stelle im streitigen Quartal nach wie vor einen Leistungsbedarf unterhalb des für die Berechnung des Fachgruppenschnitts erforderlichen Leistungsbedarfs sicher. Der Zuschlag könne somit nicht oberhalb des Fachgruppenschnitts erfolgen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann gemäß [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, da die Beteiligten sich mit

dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben.

Die zulässige Berufung ist im tenorierten Umfang begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht insoweit abgewiesen.

Der Bescheid vom 25.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.07.2006 und des Bescheides vom 05.08.2005 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten, soweit darin ein Individualbudget von weniger als 1.340.846,8 Punkten festgesetzt wurde.

Eine Beiladung der Krankenkassenverbände als Vertragspartner im Rahmen der Honorarverteilung ist nicht notwendig. Bei der Beiladung der Krankenkassenverbände als Vertragspartner im Rahmen der Honorarverteilung handelt es sich um einen Fall der einfachen Beiladung nach [§ 75 Abs. 1 SGG](#), die im Ermessen des Gerichts steht. Allein der Gesichtspunkt, dass es in einem Rechtsstreit auf den Inhalt, die Auslegung oder die Wirksamkeit einer (Honorarverteilungs-)Regelung ankommt, führt nicht dazu, dass die Entscheidung gegenüber den an der Normsetzung Beteiligten nur einheitlich ergehen kann und deren Beiladung in jedem Vergütungsrechtsstreit deshalb notwendig wird. Die vom Gesetzgeber mit der Neufassung des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) durch Art 1 Nr. 64 Buchst h des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl. I 2190](#)) beabsichtigte Einbindung der Verbände der Krankenkassen in die Mitverantwortung für eine leistungsgerechte Honorarverteilung ([BT-Drucks 15/1525 S. 101](#) zu Art. 1 Nr. 64 Buchst h (§ 85)) ändert nichts daran, dass im Honorarstreitverfahren primär über den Anspruch eines Leistungserbringers auf vertragsärztliches Honorar und nur inzident (auch) über die Geltung von Vorschriften des HW gestritten wird (BSG, Urteil vom 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) m.w.N. -).

Streitgegenstand ist lediglich das Quartal I/2005. Soweit die Klägerin im erstinstanzlichen Verfahren, auf das sie sich mit ihrer Berufungsbegründung bezieht, auch die Rechtmäßigkeit der Honorarbescheide für die Quartale II/05 und III/05 moniert, ist sie mit diesem Vortrag ausgeschlossen. Gegenstand des Rechtsstreits ist allein der Honorarbescheid der Beklagten vom 25.07.2005 in der Gestalt der Neuberechnung vom 05.08.2005 und des Widerspruchsbescheides vom 25.01.2006 für das Quartal I/2005. Später ergangene Honorarbescheide sind von den Beteiligten nicht in das Verfahren einbezogen worden und auch nicht über [§ 96 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Verfahrensgegenstand geworden, da sie den angefochtenen Bescheid weder ersetzen noch ergänzen.

Nach [§ 85 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der ab 01.01.2005 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.03.2003 (BGBl. I Nr. 55) verteilt die Beklagte die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte nach Maßgabe des mit den nordrheinischen Krankenkassenverbänden vereinbarten Verteilungsmaßstab, hier dem HVV in der ab 01.07.2004 bis 31.03.2005 geltenden Fassung, Rhein. Ärzteblatt 6/2004 S. 76 ff.).

Im streitgegenständlichen Quartal I/2005 steht der Klägerin ein PZV von

1.340.864,8 Punkten zu.

Zunächst beträgt das maximal zulässige PZV der Praxis 991.594,0 Punkte. Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 HVV a.F. erhält – mit Ausnahme bestimmter, hier nicht maßgeblicher Arztgruppen – jede vertragsärztliche Praxis für punktzahlbewertete Leistungen ein maximal anrechenbares individuelles PZV (Individualbudget).

Bemessungsgrundlage ist gemäß § 7 Abs. 6 a) HVV a.F. auch für Gemeinschaftspraxen, die am 01.07.1999 und im Bemessungszeitraum in der "jetzigen" Zusammensetzung am "derzeitigen" Tätigkeitsort bestanden haben, grundsätzlich die Summe der individuellen Honorarumsätze im maßgeblichen Bemessungszeitraum (§ 7, 7a HVV a.F.), hier der zwischen den Beteiligten bestandskräftig festgelegte Zeitraum von II/1998 bis III/1999. Die Beklagte hat in Übereinstimmung mit den Regelungen in § 7 Abs. 1 Satz 10 HW a.F. die individuellen Umsätze der Klägerin in diesem Zeitraum bezogen auf die Primär- und Ersatzkassen in Höhe von 426.184,72 DM zugrunde gelegt und diesen Betrag um die in § 7 Abs. 1 Sätze 11 HW a.F. vorgesehenen Abzüge bereinigt. Der verbleibende Betrag wurde gemäß § 7 Abs. 1 Satz 12 durch die Anzahl der zur Berechnung herangezogenen vier Quartale dividiert und von dem so ermittelten durchschnittlichen Umsatz je Quartal in Höhe von 99.127,36 DM für die Finanzierung von Zuwächsen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 14 HW a.F. 3 % in Abzug gebracht. Der sich daraus ergebende Betrag in Höhe von 96.153,54 DM ergab unter Zugrundelegung des Punktzahlfaktors (§ 7 Abs. 1 Satz 14 HW a.F.) ein maximal zulässiges PZV in Höhe von 961.535,4 Punkten. Diese Berechnung der Beklagten ist nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat zudem bestandskräftig einen Sicherstellungszuschlag wegen der Schließung der Praxis Dr. T gemäß § 7 Abs. 9 HVV zuerkannt, so dass sich das PZV auf 991.594 Punkte erhöhte.

Ferner hat die Klägerin, die am 01.07.1998 länger als 20 Quartale im Bereich der Beklagten zugelassen war und daher gemäß § 7 Abs. 5b Satz 1 HVV a.F. als Altpraxis galt, einen Anspruch auf einen Zuwachs in Höhe von 3 % des PZV des Bemessungszeitraums für die vier Zeiträume III/1999 – II/2000, III/2000 – II/2001, III/2001 – II/2002, III/2002 – II/2003 gemäß § 7 Abs. 2 HVM (a.F.). Ferner hat sie Anspruch auf einen weiteren Zuwachs in Höhe von 3 % für den Zeitraum der Quartale vom III/2003 bis II/2004. Ab dem 01.01.2003 besteht mit Inkrafttreten des HVV in der ab 01.01.2003 bis 30.06.2004 geltenden Fassung, Rhein. Ärzteblatt 1/2003, S. 76 ff, nach § 7 Abs. 5b) HVV ein erlaubter Zuwachs in Höhe von 3 % bezogen auf das Individualbudget aus dem Bemessungszeitraum nur noch vorbehaltlich der Regelung in § 13 HVV. Nach § 13 Abs. 1 HVV setzt ein erlaubter Zuwachs von jährlich 3 % voraus, dass der anerkannte Leistungsbedarf in Punkten gegenüber dem Bemessungszeitraum gesteigert wurde. Im Zeitraum III/2003 bis II/2004 lag der Leistungsbedarf bei 1.265.490,4 Punkten und damit über dem Leistungsbedarf im Bemessungszeitraum in Höhe von 1.247.597,8 Punkten. Der Klägerin ist bis zum streitgegenständlichen Quartal somit ein Punktezuwachs in Höhe von fünf mal 3 %, insgesamt 15 %, entsprechend 148.739 Punkten zuzugestehen.

Für das streitgegenständliche Quartal ist ein weiterer Punktezuwachs in Höhe von 122.413,8 Punkten zu berücksichtigen. Gemäß § 13 HVV in der ab 01.07.2004 bis

31.03.2005 geltenden Fassung ist für den Zeitraum ab 01.07.2004 eine Steigerung von 10 % anzuerkennen, wenn eine Ausweitung des Leistungsbedarfs gegenüber dem Leistungsbedarf im Bemessungszeitraum stattgefunden hat. Das ist hier der Fall. Der Leistungsbedarf des Jahres 2004 lag durchschnittlich bei 1.276.790,4 Punkten und damit über dem Leistungsbedarf im Bemessungszeitraum in Höhe von 1.247.598,8 Punkten. Somit sind weitere 122.413,2 Punkten zuzugestehen.

Dieser Zuwachs von insgesamt 1.262.746,3 Punkten (991.594 Punkte (max. Punkte im Bemessungszeitraum) + 148.739,1 Punkte (Punkte infolge der 5 x 3 % Steigerung gemäß § 7 HVM, § 13 HVV) + 122.413,2 Punkte (infolge der Steigerung 10 % Steigerung wg. Steigerung des Leistungsbedarfs im Jahr 2004 gegenüber Leistungsbedarf im Bemessungszeitraum gemäß § 13 HVV) ist jedoch auf den Durchschnitt der Fachgruppe in Höhe von 122.413,2 Punkte zu kürzen. Der Anspruch auf Punktezuwachs von 3 %, bzw. später 10 % gemäß § 7 HVM bzw. § 13 HVV, ist auf den durchschnittlichen Punktzahlgrenzwert der Fach-/Untergruppe zu begrenzen. Für die Fachgruppe der Allgemeinmediziner, zu der seit Einführung des HVM nach dessen Anhang zu § 7 (Rhein. Ärzteblatt 1/1996 S. 64 ff) auch die praktischen Ärzte gehören, legt § 7 Abs. 4 HVV einen durchschnittlichen Punktzahlgrenzwert von 612.066 Punkten je Arzt fest, was bezogen auf die Klägerin, der zwei Ärzte dieser Arztgruppe angehören, einer Punktzahl von (2 x 612.066=) 1.224.132 Punkten entspricht.

Zu dieser Punktzahl ist nunmehr noch der mit Bescheid vom 05.07.2005 bewilligte Sicherstellungszuschlag in Folge der Schließung der Praxis Dr. C in Höhe von 115.319,2 Punkten hinzurechnen. Die Klägerin vertritt zu Recht die Auffassung, dass die Berücksichtigung des Sicherstellungszuschlags erst nach der Kappung auf den Grenzwert der Fachgruppe erfolgen kann. Bei dem erlaubten Zuwachs nach den Regelungen des § 7 HVM, § 13 HVV und der Erhöhung des Individualbudgets handelt es sich um Zuwächse aus unterschiedlichen Gesichtspunkten. Der Zuwachs nach § 7 HVM, § 13 HVV begründet sich zunächst darin, dass den Altpraxen ein Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt zugestanden werden sollte, wobei dieses Wachstum ab 01.01.2003 davon abhängig gemacht wurde, dass der Leistungsbedarf gegenüber dem Leistungsbedarf im Bemessungszeitraum ausgeweitet wurde. Das Wachstum aus dem Sicherstellungszuschlag ist dagegen getrennt zu betrachten. Es wird zugestanden, weil die Behandlung von Patienten aus der geschlossenen Praxis übernommen wird. Dass aufgrund der Schließung der Praxis Dr. C zusätzliche Behandlungen vorgenommen wurden, lässt sich aus der Entwicklung des Leistungsbedarfs ablesen. Infolge der Praxisschließung der Praxis Dr. C im Dezember 2004 hat sich der Leistungsbedarf der Klägerin ab dem Jahr 2005 erneut ausgeweitet. Der Leistungsbedarf des Jahres 2005 lag im Schnitt bei 1.405.947 Punkten und damit über dem Leistungsbedarf des Jahres 2004 im Schnitt von 1.278.790 Punkten. Etwas anderes ergibt sich entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten auch nicht aus dem Umstand, dass für ein Individualbudget von ca. 120.000 Punkten im Bemessungszeitraum ein Leistungsbedarf von 1.600.000 Punkten hätte erbracht werden müssen. Berücksichtigt werden muss, dass bis zur Neuregelung des HVV zum 01.01.2003 ein jährliches Wachstum in Höhe von 3 % gemäß § 7 Abs. 2 HVM möglich war, ohne dass hierzu eine Ausweitung des Leistungsbedarfs im Bemessungszeitraum erforderlich war. Das Verhältnis von

Leistungsbedarf und PZV im Bemessungszeitraum kann also nicht auf das Verhältnis von Leistungsbedarf und PZV im Jahr 2004 übertragen werden.

Zu diesem PZV ist dann noch der Zuschlag für SHE-Leistungen in Höhe von 1.413,6 Punkten zu addieren, so dass sich insgesamt ein PZV in Höhe von 1.340.864,8 Punkten ergibt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 04.02.2014

Zuletzt verändert am: 04.02.2014