

S 12 KA 447/12

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 447/12

Datum
17.09.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Das im Quartal III/10 geltende qualifikationsgebundene Zusatzvolumen 60 MRT hat für Radiologen eine den Regelleistungsvolumina bzw. früheren sog. Praxisbudgets ähnliche Auswirkung. Aufgrund der Vergleichbarkeit ist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Frage einer Sonderregelung (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66 = USK 2011-78, juris Rdnr. 21 f. u. 31; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - [MedR 2012, 413](#), juris Rdnr. 17 f. u. 22, jeweils m.w.N.) heranzuziehen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird auf 50.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um den Honorarbescheid für das Quartal III/10 und hierbei insb. um eine Erhöhung des Fallwerts für das QZV 60 MRT.

Der Kläger ist seit April 1993 als Radiologe zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in B-Stadt zugelassen. Er war zunächst in einer Einzelpraxis, vom 01.04.2007 bis 30.06.2009 in einer Gemeinschaftspraxis und ist seitdem wieder in einer Einzelpraxis tätig.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 18.06.2010 das Regelleistungsvolumen und die qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) des Klägers für das Quartal III/10 wie folgt fest:

RLV-/QZV relevante Fallzahl Fallwert in EUR Fallwertabstaffelung Altersstrukturquote Aufschlag fachgleiche BAG Regelleistungsvolumen in EUR

390 5,24 1.0000 0,9703 1,000 1.982,91

QZV 31 Sonographie III

QZV 41 Teilradiologie 390 5,68 2.215,20

QZV 60 MRT 390 45,02 17.557,80 QZV 61 MRT-Angiographie 390 2,11 822,90

Gesamt 22.578,81

Dem Bescheid, gegen den die Klägerin keinen Widerspruch einlegte, war eine Rechtsbehelfsbelehrung nicht beigelegt.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 28.12.2010 das Honorar des Klägers für das Quartal III/10 wie folgt fest:

Quartal III/10

Honorar gesamt in EUR 41.544,79

Bruttohonorar PK + EK in EUR 38.285,88

Fallzahl PK + EK 1.685

Regelleistungsvolumen 1.979,52

QZV 19.882,49

Quotiertes Regelleistungsvolumen/QZV 15.661,66

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 762,21

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (AMG) 0,00

Regelleistungsvolumen

Obergrenze 2.050,55

Angefordert 8.496,04

Überschreitung 6.445,49

Summe QZV

Obergrenze 20.595,90

Angefordert 187.678,26

Überschreitung 167.082,36

QZV 21 Sonographie

Obergrenze 0,00

Angefordert 181,72

Überschreitung 181,72

QZV 41 Teilradiologie

Obergrenze 2.215,49

Angefordert 4.197,48

Überschreitung 1.981,91

QZV 45 Kurative Mammographie

Obergrenze 0,00

Angefordert 6.861,69

Überschreitung 6.861,69

QZV 60 MRT

Obergrenze 15.557,80

Angefordert 158.947,99

Überschreitung 143.390,19

QZV 61 MRT-Angiographie

Obergrenze 822,90

Angefordert 2320,15

Überschreitung 1497,25

QZV 62 CT

Obergrenze 0,00

Angefordert 15.169,22

Überschreitung 15.169,22

Gegen den Honorarbescheid legte der Kläger am 21.03.2011 Widerspruch ein.

Die Beklagte gab mit Bescheid vom 16.02.2011 dem Antrag des Klägers vom 06.07.2010 auf eine Sonderregelung im Rahmen der Zuweisung des Regelleistungsvolumens bzw. der Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina für das Quartal III/10 insoweit statt, als sie ihm das QZV 62 CT zusätzlich zuwies. Sie verwies auf einen Vorstandsbeschluss, wonach Ärzte, die sich schon vor dem Zuweisungsquartal für das QZV, aber nach dem Vorjahresquartal niedergelassen hätten, keine entsprechenden Leistungen im Vorjahresquartal auf Grund der fehlenden Tätigkeit und fehlenden Abrechnungsgenehmigungen für genehmigungspflichtige Leistungen hätten erbringen können. Das QZV für genehmigungspflichtige Leistungen könne zugeteilt werden, da der Kläger die Genehmigung zur Leistungserbringung erst nach dem Vorjahresquartal erlangt habe. Dies sei an die Bedingungen geknüpft, dass ab dem Zeitpunkt des Vorliegens der Abrechnungsgenehmigung in den Folgequartalen jeweils eine genehmigungspflichtige Leistung erbracht worden sei.

Mit Schreiben vom 21.02.2011 teilte die Beklagte dem Kläger mit, auf Grund der Korrektur der Honorarunterlagen ergebe sich nach Abzug des gültigen Verwaltungskostenansatzes eine Gutschrift in Höhe von 57.501,99 Euro. Auf Grund eines bedauerlichen Fehlers in der Stammdatenpflege sei für das RLV die relevante Fallzahl von 350 statt 1.157 herangezogen worden. Des Weiteren erfolge die Nachvergütung auf Grund des QZV 62 CT.

Zur Begründung seines Widerspruchs trug der Kläger vor, er begehre einen höheren Fallwert im Bereich der MRT-Untersuchungen. Er rechne 11 Leistungen nach dem EBM überdurchschnittlich ab, die Überschreitung betrage zwischen 25 % und 401,62 %. Dies sei darauf zurückzuführen, dass er bei den zuweisenden Ärzten im Bereich dieser MRT-Untersuchungen für seine entsprechende Expertise bekannt sei. Durch die hohe Vergütung im Bereich der MRT-Leistungen, die auf eine höhere apparative Ausstattung zurückzuführen sei, sei sein Fallwert jedoch um mehr als 30 % höher als in vergleichbaren anderen Praxen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 01.08.2012 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie u.a. aus, bedingt durch die Fallzahlkorrektur habe sich eine niedrigere Altersstrukturquote ergeben. Unter Berücksichtigung der korrigierten RLV-Fälle bzw. der Zuteilung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens Nr. 62 im Bereich CT-Untersuchungen ergebe sich folgendes Regelleistungsvolumen:

Name RLV-Gruppe RLV-relevante Fallzahl RLV-Fallwert Fallwertabstaffelung Altersstrukturquote Aufschlag BAG RLV

A., Radiologe 1.157 5,24 EUR 1,0000 1,0027 1,0000 6.079,05 EUR

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina RLV-relevante Fallzahl QZV-Fallwert QZV

QZV 41 - Teilradiologie 1.157 5,68 EUR 6.571,76 EUR

QZV 60 - MRT 1.157 45,02 EUR 52.088,14 EUR

QZV 61 - MRT-Angiologie 1.157 2,11 EUR 2.441,27 EUR

QZV 62 - CT 1.157 17,78 EUR 20.571,46 EUR

Die Berechnungen seien nicht zu beanstanden. Der Zuweisungsbescheid sei bestandskräftig. Das arztbezogene Regelleistungsvolumen sowie die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina stellten sich nach der Neuberechnung wie folgt dar:

Arzt Arztbezogenes RLV - Obergrenze - Arztbezogenes RLV - angefordert - Abweichung (Über-/Unterschreitung)

A., 6.079,05 EUR 8.496,04 EUR + 2.416,99 EUR

QZV Obergrenze in EUR Angefordert in EUR Über-/Unterschreitung in EUR

QZV 21 -Sonographie I 0,00 181,72 + 181,72

QZV 41 - Teilradiologie 6.571,76 4.197,49 - 2.374,27

QZV 45 - Kurative Mammographie 0,00 6.861,69 + 6.861,69

QZV 60 - MRT 52.088,14 158.947,99 + 106.859,85

QZV 61 - MRT-Angiographie 2.441,27 2.320,15 - 121,12

QZV 62 - CT 20.571,46 15.169,22 - 5.402,24

Summe 81.672,63 187.678,26 + 106.005,63

Von dem angeforderten Honorar in Höhe von insgesamt 196.174,30 Euro hätten somit 87.751,68 Euro (RLV: 6.079,05 Euro / QZV: 81.672,63 Euro) vollständig vergütet werden können. Die restliche Forderung werde mit einer abgestaffelten Quote vergütet. Dies sei nicht zu beanstanden. Bei der Berechnung, ob das QZV im Bereich der MRT-Untersuchungen um mehr als 20 % überschritten werde, stelle sich dieser Bereich wie folgt dar:

QZV Bezeichnung GO-Nrn. Wert GO-Nr. im Aufsatzquartal Angefordertes Honorar Aufsatzquartal III/09 (Summe) Zugewiesenes QZV

Überschreitung

34410 15.486,45

34411 51.501,45

34420 1.320,55

34422 600,25

34430 480,20

34431 4.774,22

34440 720,30

60 MRT 34441 1.680,70 151.820,77 EUR 52.088,14 EUR 191,47 % 34442 840,35

34450 54.262,60

34451 6.482,70

34452 13.671,00

34345 633,08

34350 338,58

34351 169,29

Trotz einer Überschreitung von 191,47 % sei eine Sonderregelung nicht möglich, da die vom Kläger genannten MRT-Leistungen von der überwiegenden Anzahl an Praxen der Fachgruppe der Radiologen mit Vorhaltung CT/MRT ausgeführt werden würden, so dass diese zu den sog. Kernleistungen zählten und nicht als Praxisbesonderheiten einzustufen seien.

Hiergegen hat der Kläger am 03.09.2012 die Klage erhoben. Er trägt vor, er habe nach Auflösung der Gemeinschaftspraxis die Praxis am bisherigen Vertragsarztsitz alleine fortgeführt. Die Mitgesellschafter hätten ihre Vertragsarztsitze jeweils in andere Standorte innerhalb der Stadt A-Stadt verlegt. Er betreibe die Praxis weiterhin schwerpunktmäßig als kernspintomographische, radiologische Praxis, was sich auch in den Frequenzstatistiken widerspiegle mit der häufigeren Abrechnung der Leistungen gegenüber der Fachgruppe. Dies führe dazu, dass im Bereich QZV 60 MRT 99.732,63 Euro nur quotiert vergütet worden seien. Dieser Betrag übersteige den tatsächlich zugewiesenen Honoraranspruch in Höhe von 42.544,79 Euro um den Faktor 2,34. Im Bereich der MRT-Leistungen bestehe eine erhebliche Sicherstellungsproblematik. Die Wartezeiten beliefen sich in Nordhessen auf 8 bis 10 Wochen. Die geringe Vergütung sei für ihn existenzgefährdend, da er die Verbindlichkeiten aus seiner Praxis damit nicht befriedigen könne und ein Unternehmerlohn in angemessener Höhe sich nicht mehr ergebe. Die Betriebskosten der Praxis betrügen 54.639,40 Euro. Unter Berücksichtigung weiterer Belastungen für die Anschaffung der Geräte verbleibe ihm monatlich ein Betrag von -12.648,23 Euro. Eine Rückstellung für etwaige Ersatzinvestitionen sei damit noch nicht berücksichtigt worden. Er reiche Erklärungen von 10 Arztpraxen zur Gerichtsakte, die regelmäßig auf Grund ihrer Fachgebiete auf Leistungen der Radiologie, im Speziellen der Kernspintomographie, angewiesen seien.

Der Kläger beantragt,

unter Aufhebung des Honorarbescheids für das Quartal III/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.08.2012 ihn über sein Honoraranspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, es handele sich um fachgruppentypische Leistungen. Die Leistungen seien nicht dem radiologischen Kapitel III.24 zugeordnet worden, sondern dem Kapitel IV.34, da nahezu alle Facharztgruppen, sofern sie die weiteren Abrechnungsvoraussetzungen

erfüllten, zur Erbringung radiologischer Leistungen berechtigt seien und die radiologischen Leistungen für diese Arztgruppen im Regelfall spezielle Leistungen darstellten. Die im Aufsatzquartal III/09 von dem Kläger im Bereich des QZV 60 MRT erbrachten Leistungen stellten sich wie folgt dar:

QZV Abrechnung einer GOP aus QZV Genehmigung liegt vor seit / abrechenbar ab

Nr. Bezeichnung GOP Quartal III/09 Quartal III/10

62 CT 34310-346312, Nein 34310 10.03.2004-01.10.2009

34320-34322,

34330, 34340-

34345, 34350,

34351, 34360,

34502

Mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 34431 EBM (MRT-Untersuchung der weiblichen Brustdrüse) würden alle Leistungen von einer deutlichen Mehrheit der Ärzte in der Vergleichsgruppe erbracht werden. Die Leistung nach Nr. 34431 EBM mache aber nur einen Anteil von 3,13 % am QZV 60 aus. Insofern komme es auch nicht auf die Wartezeiten bis zur Durchführung einer MRT-Untersuchung an, was sie im Übrigen vorsorglich mit Nichtwissen bestreite. Anhaltspunkte dafür, dass im Bereich der MRT-Diagnostik unaufschiebbare medizinische Untersuchungen nicht ausgeführt werden könnten, lägen ihr nicht vor. Die vorgelegte betriebswirtschaftliche Auswertung erschließe sich ihr nicht, da verschiedene Zeiträume aufgelistet würden. Verdoppele man die Angaben für den Zeitraum Juli bis Dezember 2009, so ergäben sich Betriebseinnahmen von 475.991,84 Euro. Dem stünden im Jahr 2010 Betriebseinnahmen in Höhe von 680.135,59 Euro gegenüber, was auf einen Anstieg von ca. 50 % hindeute. Auch scheinen nach dem Vortrag des Klägers im Jahr 2010 die Kosten in den Bereichen Personalkosten, Fahrzeugkosten, Werbe-/Reisekosten, Abschreibungen und verschiedene Kosten überproportional angestiegen zu sein, was vom Kläger zu erläutern wäre. Aber selbst bei einer wirtschaftlichen Notlage bestünde kein Anspruch auf Stützungsmaßnahmen. Ein Anspruch auf eine höhere Vergütung bestehe nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin 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 Kammer konnte dies ohne weitere mündliche Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

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

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Honorarbescheids für das Quartal III/10, abgeändert durch den Nachvergütungsbescheid vom 21.02.2011 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.08.2012 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung über seinen Honoraranspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Auf der Grundlage der [§ 87a](#) und [87b SGB V](#) in der durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) v. 26.03.2007 ([BGBl. I 2007, S. 378](#)) eingeführten und bis 31.12.2011 geltenden Fassung und der Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. Erweiterten Bewertungsausschusses haben die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen einen Honorarvertrag vom 21.12.2009 für die Zeit ab 01.01.2010 geschlossen (veröffentlicht in info.doc Nr. 1, März 2010, Bekanntmachungen, S. 26 ff.), den sie mit der Ergänzungsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 vom 10.05.2010, der 1. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 vom 25.06.2010 und der 2. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 vom 13.09.2010 ergänzt bzw. geändert haben (im Folgenden: HVV 2010). Danach wird in Abschnitt II.1 HVV auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22.09.2009 gemäß [§ 87 Abs. 4 SGB V](#) zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit je Quartal eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen (RLV)), die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) enthaltenen Preisen zu vergüten ist. Die Regelleistungsvolumina und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden je Arzt ermittelt. Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumina je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind (Arztfall) und die Höhe des jeweiligen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus der Addition der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt (unabhängig vom Zulassungsstatus), der in der Arztpraxis tätig ist. Dem einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Nach Nr. 2.6 HVV sind für Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina relevante Fälle kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19 a 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 Abschnitt II Nr. 2.2 bis 2.5 nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina unterliegen, abgerechnet werden. Zur Umsetzung des Arztbezuges gem. Abschnitt II Nr. 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen vorgegeben. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gem. Satz 1. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gem. Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gem. Satz 1 der Arztpraxis. Nach Nr. 3.2.1 erhält jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. 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 (FWAG) gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß 2.3 im Vorjahresquartal (FZArzt). Nach Nr. 3.6 HVV wird für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht

niedergelassen waren, das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal zugrunde gelegt. Soweit diese Ärzte eine Praxis übernommen haben, werden stattdessen die Fallzahlen des Vorgängers zugrunde gelegt, soweit dies die für den Vertragsarzt günstigere Regelung darstellt.

Nach Abschnitt II Nr. 3.3 "Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt" Zweite Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 werden für die in Anlage 3 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (218. Sitzung) aufgeführten Leistungsbereiche qualifikationsgebundene Zusatzvolumina gebildet, darunter auch die von der Beklagten bewilligten. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#), § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder
- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist und/oder
- der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall eine abweichende Regelung trifft (z. B. für Neupraxen).

Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina erfolgt je Fall gemäß Nr. 2.1 a) der Anlage 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (218. Sitzung). Danach wird für den betreffenden Leistungsbereich ein Durchschnittswert aus dem Vergütungsvolumen für diesen Bereich und der Fallzahl der Fachgruppe gebildet, der den Fallwert ergibt.

Soweit der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (218. Sitzung) in Teil F Abschnitt I Nr. 3.3 2. Absatz vorsieht, dass die Partner der Gesamtverträge abweichend von der Vorgabe eines für alle berechtigten Ärzte einheitlichen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2008 der in einem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen enthaltenen Leistungen oder gemäß [§ 136 Abs. 4 SGB V](#) vornehmen können, haben die Gesamtvertragspartner für den hier streitbefangenen Zeitraum keinen Gebrauch gemacht.

Eine Sonderregelung, wie sie für die Regelleistungsvolumina durch die Anerkennung von Praxisbesonderheiten vorgesehen ist, sieht der Honorarverteilungsvertrag nicht vor und wird auch vom Bewertungsausschuss nicht vorgegeben. Es kann hier dahingestellt bleiben, ob eine Sonderregelung zwingend erforderlich ist, da dies jedenfalls in der vorliegenden Konstellation nicht geboten ist.

Die ab dem Quartal III/10 eingeführten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina betreffen den Bereich der sog. freien Leistungen, die bis dahin außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet wurden. Die Vorgabe von Durchschnittswerten bedeutet für die Fachgruppe des Klägers eine den Regelleistungsvolumina bzw. früheren sog. Praxisbudgets ähnliche Regelung, da es sich insb. bei den MRT-Leistungen um fachgruppentypische Leistungen handelt, wie sich aus nachfolgender Übersicht erschließt:

GO-Nrn. Wert GO-Nr. im Aufsatzquartal d. Kl. Wert GO-Nr. d. Kl. Ausführende Praxen im Quartal III/10

34410	15.486,45	9.977,43	54
34411	51.501,45	56.258,28	54
34420	1.320,55	1.322,31	43
34421	5.409,45	32	
34422	600,25	721,26	53
34430	480,20	721,26	44
34431	4.774,22	3.476,80	10
34440	720,30	0	
34441	1.680,70	2.043,57	46
34442	840,35	601,05	53
34450	54.262,60	54.094,50	54
34451	6.482,70	9.616,80	54
34452	13.671,00	14.705,28	54
34460	0		

Die Übersicht zeigt insb., dass die mit Abstand umsatzstärksten Leistungen von allen Radiologen der Fachgruppe des Klägers erbracht werden, wobei es sich nach den Angaben in der Frequenzstatistik um 54 Praxen mit 207,04 Behandlern mit Vorhaltung von CT und MRT handelt. Die Bildung des Durchschnittswerts beruht nach der dargelegten Systematik der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina nur auf den Praxen, die MRT-Leistungen erbringen. Von daher geht die Kammer bzgl. dieser Leistungen von einer hohen Homogenität der Fachgruppe aus, weshalb ebf. von einer geringen Streubreite des Durchschnittswerts auszugehen und eine Verfälschung durch Nicht- oder Geringabrechner auszuschließen ist.

Bedenken gegen die grundsätzliche Einführung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina bestehen nicht und werden von den Beteiligten nicht vorgebracht.

Aufgrund der Vergleichbarkeit der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina mit den Regelleistungsvolumina bzw. früheren sog. Praxisbudgets hält die Kammer die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Frage einer Sonderregelung für maßgebend.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts genügt es zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens muss darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM. Mit dem Regelleistungsvolumen soll nicht ein eingeschränktes, sondern ein umfassendes Leistungsprofil abgebildet werden. Es würde dem Konzept des Regelleistungsvolumens mit seiner Anknüpfung an fachgruppenbezogene Durchschnittswerte, die alle

fachgruppentypischen Leistungen abbilden, widersprechen, wenn ein Teil der Fachgruppe ausschließlich die niedriger bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet, während ein anderer Teil ausschließlich die hoch bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet und dafür eine individuelle Erhöhung des Regelleistungsvolumens erhalten würde (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - juris Rdnr. 21 f.; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 17 f., jeweils m.w.N.). Diese zu den Praxisbudgets und den in den Quartalen II/05 bis IV/08 geltenden Regelleistungsvolumina entwickelte Rechtsprechung ist auch auf das ab dem Quartal I/09 geltende Regelwerk anzuwenden (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 31; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 22). Diese Rechtsprechung kann auch auf die hier relevanten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, insb. das QZV 60 MRT angewandt werden.

Soweit der Kläger auf den Behandlungsaufwand und die demgegenüber geringe Vergütung verweist, macht er letztlich geltend, sein Honorar sei unzureichend. Dies kann aber keinen höheren Honoraranspruch begründen.

Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung kann ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - a.a.O., juris Rdnr. 130 m.w.N.). Anzeichen hierfür sind nicht ersichtlich. Auch für das klägerische Fachgebiet ist im Bezirk der Beklagten die vertragsärztliche Versorgung gewährleistet. Insofern besteht auch kein Anspruch auf eine bestimmte oder eine Mindestvergütung für die einzelne ärztliche Leistung, da nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nur ein Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung, nicht aber auf eine bestimmte Vergütung der Einzelleistungen besteht.

Nach allem 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 Kammer geht davon aus, dass die Klage letztlich auf die Erhöhung des QZV 60 MRT und hier auf eine Erhöhung des Fallwerts gerichtet ist. Nach den Angaben im angefochtenen Widerspruchsbescheid beträgt im QZV 60 die Mehranforderung 106.859,85 Euro. Von diesem Betrag ist auszugehen. Im Hinblick auf den Bescheidungsantrag ist dieser Betrag zu halbieren und auf 50.000,00 Euro unter Berücksichtigung einer geringen quotierten Auszahlung abzurunden.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-11