

## S 12 KA 252/17

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 252/17  
Datum  
20.06.2018  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Gerichtsbescheid  
Leitsätze

1. Die Frage der Fachgruppentypik einer Leistung kann nicht allein nach der Häufigkeit der Praxen bzw. Ärzte der Fachgruppe bestimmt werden, die diese Leistungen erbringen (vgl. BSG, Beschl. v. 21.03.2018 - [B 6 KA 70/17 B](#) - juris Rdnr. 9 ff.). Dies gilt nicht nur für das Regelleistungsvolumen, sondern auch für das Qualifikationsbezogene Zusatzvolumen.
2. Bei den Leistungen nach Nr. 16230, 16231, 21230, 21231 EBM (Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten) handelt es sich (hier: für die Arztgruppe der Fachärzte für Nervenheilkunde) um fachgruppentypische Leistungen, da sie keine besondere (Zusatz-)Qualifikation und keine besondere Praxisausstattung erfordern.
  1. Die Klage wird abgewiesen.
  2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.
  3. Der Streitwert wird auf 2.767,36 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für das Quartal III/14 und hierbei insb. um die Höhe des Qualifikationsbezogenen Zusatzvolumens (QZV) 58. Die Verfahren bzgl. der Quartale IV/14 bis III/15 ruhen im Hinblick auf dieses Verfahren.

Die Klägerin ist seit 01.07.2000 als Fachärztin für Neurologie und als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A Stadt zugelassen. Sie führt ihre Praxis als Einzelpraxis. Lediglich im hier nicht streitbefangenen Zeitraum der Quartale III/16 bis II/17 war sie in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei weiteren Fachärztinnen für Psychiatrie tätig.

Die Klägerin beantragte mit Schreiben vom 24.06.2014 die Änderung der RLV und der QZV für die Quartale I bis IV/14. Sie trug vor, sie habe ihre Praxis auf die Behandlung geriatrischer Patienten ausgerichtet. Das Patientenkontingent bestehe zum großen Teil aus Bewohnern des C-Heims in A-Stadt. Sie betreue dort über 100 Patienten, etwa 20 bis 25 % der Heimbewohner. Die Reha-F-Patienten bedürften dauerhaft unterstützender, betreuender und/oder zustandserhaltender Maßnahmen. Sie wiesen schwere, wahrscheinlich dauerhafte oder fortschreitende Funktionsstörungen auf. Der Zustand der Patienten reiche von bleibender Bewusstlosigkeit (im sog. phallischen Syndrom/Wachkoma) bis zu ausgeprägten Funktionsstörungen der geistigen und körperlichen Fähigkeiten (Beatmungsgerät). Allein für diese Patienten suche sie das Heim einmal wöchentlich auf. Sie betreue darüber hinaus drei weitere beschützende Einrichtungen, im D. ca. 10 bis 12 Patienten, im Seniorenstift "E." ca. 40 Patienten und im F-Heim ca. 20 Patienten. Insgesamt lebten 160 bis 170 ihrer Patienten im Alten- und Pflegeheim, etwa 40 % ihrer Gesamtzahl. Es müsse deshalb das QZV 58 (Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld) erhöht werden. Für die Quartale III/10 bis II/11 seien ihr sowohl RLV als auch QZV 58 erhöht worden. Auch in den Folgequartalen sei das QZV 58 erhöht worden, insb. im Quartal III/13 um 3,80 <sup>3</sup>EUR. Sie überschreite die Leistungen im Bereich des QZV 58 um mehr als 20 %. Die Leistungen des QZV stellten auch einen besonderen Versorgungsauftrag dar, da sie nicht vom überwiegenden Teil der Ärzte erbracht würden.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 27.05.2015 den Antrag für die Quartale III und IV/14 ab, da es sich bei den Leistungen nach Nr. 16230, 16231, 21230 und 21231 EBM um Leistungen aus den Facharztkapiteln der Klägerin und damit um fachgruppentypische Leistungen handele.

Hiergegen legte die Klägerin am 08.06.2016 Widerspruch ein. Sie trug vor, die Leistungen nach Nr. 16231 und 21231 EBM würden nur von

wenigen Ärzten der Fachgruppe erbracht werden. Auch wenn diese Leistungen im Facharztkapitel enthalten seien, stellten sie keine Kernleistung dar. Sie erfülle mit diesen Leistungen auch einen Sicherstellungsauftrag im Rahmen der Betreuung von Heimpatienten.

Die Beklagte setzte das Honorar wie folgt fest:

Quartal III/14 IV/14

Honorarbescheid vom 05.01.2015 02.04.2015

Nettohonorar gesamt in EUR 47.037,23 46.559,32

Bruttohonorar PK + EK in EUR 46.490,47 45.464,48

Fallzahl PK + EK 445 466

Honorar Regelleistungsvolumen 26.062,39 25.936,82

Honorar QZV 3.621,60 2.808,40

Honorar quotiertes RLV/QZV in EUR 360,80 1.126,97

Freie Leistungen 0,00 0,00

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 18.007,40 17.240,36

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 1.741,28 1.654,93

RLV Praxis

Fallwert in EUR 55,0500

Obergrenze in EUR 26.914,03 25.936,83

Angefordert in EUR 26.062,39 27.388,12

Unter-/Überschreitung in EUR - 851,64 1.451,29

QZV 58 5,95

Obergrenze in EUR 2.769,96 2.808,40

Angefordert in EUR 6.749,76 7.701,23

Überschreitung in EUR 3.979,80 4.892,83

Überschreibungsbetrag RLV/QZV 3.128,16 6.344,12

Gegen die Honorarbescheide legte die Klägerin am 09.03.2015 und 08.06.2015 Widerspruch ein. Zur Begründung wies sie auf ihre Besonderheiten bzgl. des QZV 58 hin.

Die Beklagte verband beide Widerspruchsverfahren gegen die Honorarbescheide und das Verfahren gegen die Ablehnung einer Sonderregelung und wies mit Widerspruchsbescheid vom 22.02.2017 alle Widersprüche als unbegründet zurück. In den Bescheidgründen erläuterte sie u. a. die Grundlagen und Berechnung des Regelleistungsvolumens und hielt eine Ausnahmeregelung nicht für gegeben, weil Leistungen des QZV 58 als fachgruppentypisch anzusehen seien.

Hiergegen hat die Klägerin am 24.03.2017 die Klage erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 27.03.2017 das Verfahren bzgl. des Quartals IV/14 unter dem Az. S 12 KA 280/17 abgetrennt und auf Antrag der Beteiligten mit Beschluss vom 26.07.2017 zum Ruhen gebracht. Eine weitere Klage bzgl. der Quartale I bis III/15 hat die Kammer ebf. im Hinblick auf dieses Verfahren mit weiterem Beschluss vom 26.07.2017 zum Ruhen gebracht (S 12 KA 253/17, S 12 KA 281 und 282/17).

Die Klägerin trägt unter Wiederholung ihrer Ausführungen im Verwaltungsverfahren ergänzend vor, die Voraussetzung, wonach eine Praxisbesonderheit dann vorliege, wenn weniger als 50 % der Ärzte der Fachgruppe die entsprechenden Leistungen erbrächten, sei vorliegend gegeben. Bei ihr ergebe sich Folgendes:

Es folgt eine Tabelle, die aus technischen Gründen nicht dargestellt werden kann.

GOP Wert aktuelles Quartal Summe QZV gesamt Ober-grenze QZV Überschreitung Anzahl der ausf. Praxen Praxen im Fachbereich RLV-  
Fallzahl Antragsquartal PB/KL Anteil Fallwert der Praxis-besonderheit / FW PB QZV 16230 1.536,40 6.749,76 2.769,96 + 243,68 % 95 126  
492 KL 56,75 % 16231 3.274,20 53 PB 21230 1.382,76 96 KL 21231 556,40 50 PB

Dementsprechend betrage der Anteil der Praxisbesonderheit 56,75 %. Sie erbringe mehr als die Hälfte ihrer Leistungen des QZV 58 im Rahmen der Betreuung der in Heimen untergebrachten Patienten. Für die Frage der Kernleistungen könne nicht allein auf das EBM-Fachkapitel zurückgegriffen werden, sondern es müsse geprüft werden, ob tatsächlich Kernleistungen im eigentlichen Sinne vorlägen. Es sei allein auf die Mehrheit der Praxen abzustellen. Eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung, die Rückschlüsse auf einen Sonderbedarf erlaube, könne sich auch unter der Geltung des RLV in einem besonders hohen Anteil der in einem speziellen Leistungsbereich abgerechnete Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl zeigen. Die Heimbetreuung neurologischer Patienten würde nur von sehr wenigen Neurologen überhaupt angeboten und erbracht werden. Sie betreue ca. 40 % ihrer Patienten außerhalb der Praxis, nämlich in den genannten Heimen. Dies dokumentiere eine besondere Praxisausrichtung und sei einem besonderen Versorgungsbedarf der neurologischen Patienten geschuldet. Die in der BSG-Rechtsprechung genannten Kriterien seien lediglich Indizien für einen besonderen Versorgungsbedarf und eine abschließende Aufzählung im Sinne eines Ausschlusses erfolge durch das BSG nicht. Die Leistungen nach Nr. 16231 und 21231 EBM würden im Quartal nur von 53 % bzw. 50 % bei einer Praxisgesamtzahl von 126 Praxen erbracht werden. Das diese Leistungen den Facharztkapiteln entstammten, stehe der Geltendmachung als Praxisbesonderheit nicht entgegen. Dafür, dass es sich nicht um fachgruppentypische Kernleistungen handele, spreche gerade der Umstand, dass diese Leistungen nicht im Rahmen des Regelleistungsvolumens vergütet würden. Bei ihr komme hinzu, dass sie als eine der wenigen Ärzte ihrer Fachgruppe überhaupt Heimpatienten betreue.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung des Bescheids vom 27.05.2015 betreffend das Quartal III/14 und des Honorarbescheids für das Quartal III/14, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.02.2017 die Beklagte zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, die Leistungen des QZV 58 würden nicht arztgruppenübergreifend erbracht, erforderten zudem keine besondere Praxisausstattung oder eine Zusatzqualifikation des Leistungserbringers und auch im EBM seien sie nicht im Bereich der arztübergreifenden Gebührenordnungspositionen geführt. Die Nr. 16230 und 21230 würden zudem von 100 bzw. 106 Praxen von 129 in der Vergleichsgruppe erbracht werden und seien bereits deswegen nicht berücksichtigungsfähig. Sie stelle nicht in Abrede, dass die Voraussetzungen für die Gewährung einer Sonderregelung im Einzelfall zu prüfen seien. Die Stellung der in Betracht kommenden Ziffern im EBM sei ein deutliches Indiz. Anforderungen an eine Praxisorganisation gingen mit jeder Besuchstätigkeit eines Arztes einher. Sie stellten keine besonderen Anforderungen an die Praxisausstattung dar. Der Aufwand der Klägerin werde zudem durch die Gewährung des QZV 58 kompensiert. Nach dem Wortlaut handele es sich um eine Zusatzpauschale, die gerade keine besondere Leistungserbringung, sondern die reguläre Leistungserbringung bei einem besonderen Patientenklientel vergüte. LSG Hessen, Urt. v. 30.11.2016 - [L 4 KA 81/14](#) - habe festgestellt, dass Besonderheiten in der zu versorgenden Klientel im Vergleich zur Fachgruppe für sich alleine genommen nicht dazu geeignet seien, eine Sonderregelung zu rechtfertigen. Die Altersstruktur und die damit einhergehende Multimorbidität würden bereits durch die "Altersstrukturquote" erfasst. Auch führe die kontinuierliche Betreuung der Heime im Fall der Klägerin nicht in allen Quartalen zu Überschreitungen des RLV und der QZV, was zugleich die fehlende Notwendigkeit einer Sonderregelung indiziere. Der Gewährung eines QZV für eine Arztgruppe sei es bereits tatbestandlich immanent, dass weniger als 50 % innerhalb der Vergleichsgruppe die darin enthaltenen Leistungen erbringen. Auch deshalb könne die Abrechnungshäufigkeit nicht als einziges Kriterium herangezogen werden.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 12.03.2018 angehört. Im Übrigen haben die Beteiligten einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid zugestimmt.

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

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid vom 27.05.2015 betreffend das Quartal III/14 und der Honorarbescheid für das Quartal III/14, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.02.2017, sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung hinsichtlich des begehrten Fallwertaufschlags bzgl. des QZV 58 und entsprechend des Honorars unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Klage war abzuweisen.

Nach dem ab Januar 2012 geltenden Honorarverteilungsmaßstabs aufgrund des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 10. März 2012 (HVM 2012), der sich als Ergänzung zu 87b SGB V und des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschlüsse vom 29. Oktober 2010 (239. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung), vom 24. November 2010 (242. Sitzung), vom 25. Januar 2011 (248. Sitzung) sowie die in der 253. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. 256. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in der 261. Sitzung getroffenen Beschlüsse (nachstehend vereinfachend "Beschluss des Bewertungsausschusses" genannt) definiert (Präambel HVM 2012), erfolgt die Vergütung der Ärzte auf der Basis der gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung (Nr. 1.1. Abs. 1 HVM 2012). Es werden Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) gebildet (Nr. 1.1 bis 1.4, 2.5 HVM 2012), was auch für die Fachgruppe der Klägerin gilt (Nr. 2.1 Abs. 1 i. V. m. Anl. 1 HVM 2012). Dieser HVM galt, insoweit hier von Bedeutung, unverändert fort auch im streitbefangenen Quartal.

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Dies gilt insbesondere für folgende Fallgestaltungen: Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- urlaubs- und krankheitsbedingter 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 durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.
- der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung – auch nach Anwendung der Regelung gemäß , Nr. 3.2.1, dritter Absatz, Satz 2 - nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

Darüber hinaus kann auf Beschluss des Vorstandes der KV Hessen in begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) anstelle des entsprechenden Vergleichsquartals des Vorjahres ein anderes Quartal als Referenzquartal zugrunde gelegt werden. Der Vorstand der KV Hessen kann außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstaffelung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen. Dies gilt insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt (RLV und QZV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entscheidet hierüber im Einzelfall (Ziff. 3.5 HVM).

Die Voraussetzungen für eine Erhöhung des QZV 58-Fallwertes liegen nicht vor.

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, Urte. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66, juris Rdnr. 21 f.; BSG, Urte. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - [MedR 2012, 413](#), juris 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, Urte. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - a.a.O., Rdnr. 31; BSG, Urte. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - a.a.O., Rdnr. 22). Diese Rechtsprechung kann auch für die Quartale ab I/12 fortgeführt werden, da insofern die Beklagte die vormals geltenden Regelungen in ihren HVM übernommen hat.

Die Frage der Fachgruppentypik einer Leistung kann nach der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht allein nach der Häufigkeit der Praxen bzw. Ärzte der Fachgruppe bestimmt werden, die diese Leistungen erbringen. Maßgeblich ist die Erbringung spezieller Leistungen, die typischerweise eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Daneben ist die Frage von Bedeutung, wie hoch der Anteil der zur Fachgruppe gehörenden Ärzte ist, der die Leistung ebenfalls abrechnet. Diese Gesichtspunkte sind zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen. Dem Umstand, dass eine Leistung nur von einer relativ geringen Zahl der Ärzte der Fachgruppe abgerechnet wird, führt nicht zwingend zu einer Sonderregelung. Das Bundessozialgericht hat bisher nicht entschieden, dass die besonders häufige Erbringung von Leistungen, die von weniger als der Hälfte der Ärzte der Fachgruppe abgerechnet werden, generell eine Praxisbesonderheit begründen würde. Das wäre nach dem Bundessozialgericht auch nicht sachgerecht. Schließlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Ärzte einer Fachgruppe auf unterschiedliche Leistungen spezialisieren. Das kann zur Folge haben, dass Leistungen, die ausschließlich von Ärzten der Fachgruppe erbracht und abgerechnet werden dürfen, dennoch jeweils von weniger als 50 % der Fachgruppe erbracht werden. Wenn allein dieses Kriterium herangezogen werden dürfte, müssten in einer solchen Konstellation alle Ärzte der Fachgruppe Praxisbesonderheiten geltend machen können. Es sind daher die übrigen genannten Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen (vgl. BSG, Beschl. v. 21.03.2018 - [B 6 KA 70/17 B](#) - juris Rdnr. 9 ff.).

Bei den QZV handelt es sich bereits um Sonderregelungen zum RLV. Die Berechnung der QZV erfolgt je Fall gemäß Nr. 2.1 a) der Anlage 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses (Ziff. 3.3 Satz 3 HVM 2012). Nach Nr. 2.1 a) der Anlage 8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 wird der QZV-Fallwert aus dem Quotienten des Vergütungsbereichs für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe, also des Honorarvolumens, das in der Arztgruppe auf die vom QZV-erfassten Leistungen entfällt, und der Anzahl der RLV-Fälle (gemäß Abschnitt I., Ziffer 2.6 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen haben) gebildet. Der Beschluss des Bewertungsausschusses definiert im Übrigen lediglich, welchen Leistungen QZV zugeordnet werden. Das sind neben den "freien" Leistungen auch Leistungen, die von weniger als der Hälfte der Ärzte einer Arztgruppe erbracht werden (zum Beispiel Bronchoskopie) sowie Leistungen, die bislang über Fallwertzuschläge vergütet werden (zum Beispiel Psychosomatik bei Hausärzten oder Teilradiologie bei Fachärzten) (vgl. Korzilius, DÄB 2010; (Heft 16), S. A-735, zit. nach [www.aerzteblatt.de](#)). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist in ihrer Stellungnahme vom 07.05.2015 zum Berufungsverfahren vor dem LSG Hessen - L 4 KA 38/15 -, die von der Beklagten in das Verfahren zum Az.: [S 12 KA 599/16](#) eingeführt wurde, darauf hin, dass insb. die unquotierte Vergütung der "freien" Leistungen zur Problematik der Finanzierbarkeit geführt habe. Eines der Kernelemente der Vergütungsreform zum Quartal III/10 sei dabei die Einführung der QZV gewesen anstelle der bisherigen "freien" Leistungen. Die QZV seien für alle Arztgruppen nach gleicher Systematik gebildet worden. Wenn eine Leistung von mindestens drei Prozent und maximal 50 Prozent der Ärzte einer Arztgruppe erbracht worden sei, sei sie durch QZV vergütet worden. Für den Fall, dass eine Leistung von weniger als drei Prozent der Ärzte einer Arztgruppe erbracht worden sei, habe der Beschluss die Möglichkeit der Geltendmachung von Praxisbesonderheiten vorgesehen und für den Fall, dass mehr als 50 Prozent der Ärzte einer Arztgruppe die Leistung erbracht hätten, dass es sich um eine Leistung handele, die im Rahmen des RLV zu vergüten sei.

Die von einem QZV umfassten Leistungen werden bei einer bestimmten Abrechnungshäufigkeit innerhalb einer Fachgruppe aus dem RLV herausgenommen. Der Fallwert des QZV wird dann aus dem Durchschnitt der diese Leistungen erbringenden Abrechner gebildet. Es kann hier dahingestellt bleiben, ob die Gewährung von Zuschlägen auf die QZV grundsätzlich ausgeschlossen ist, da die QZV bereits Zuschläge auf das RLV wegen spezieller Tätigkeitsbereiche darstellen (vgl. SG Düsseldorf, Urte. v. 06.07.2017 - [S 33 KA 414/12](#) - juris Rdnr. 14). Jedenfalls sieht Ziff. 3.5 HVM 2012 grundsätzlich eine Sonderregelung auch für QZV vor. Die Voraussetzungen für eine Erhöhung des QZV-Fallwerts sind aber hinsichtlich der Fachgruppentypik die gleichen wie bei einer Erhöhung des QZV-Fallwerts, d. h. eine Erhöhung kommt bei fachgruppentypischen Leistungen nicht in Betracht. Von solchen fachgruppentypischen Leistungen ist jedenfalls auszugehen, wenn die Leistungen von mehr als der Hälfte der Ärzte der Fachgruppe erbracht werden (vgl. SG Marburg, Urte. v. 16.08.2017 - [S 12 KA 599/16](#) -, juris Rdnr. 39). Soweit allerdings QZV nur für Leistungen eingerichtet werden, die von mindestens drei Prozent und maximal 50 Prozent der Ärzte einer Arztgruppe erbracht worden sind, kann die Häufigkeit der Leistungserbringer nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Soweit die Kammer in SG Marburg, Urte. v. 16.08.2017, [a.a.O.](#), für die Frage der Fachgruppentypik auf die Anzahl der Leistungserbringer, nicht aber auf die Zugehörigkeit einer Leistung zu einem bestimmten Fachkapitel abgestellt hat, ging es im konkreten Fall zwar ebf. um Leistungen nach Nr. 21231 EBM. Der Kläger war nur als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zugelassen. Maßgeblich hat die Kammer darauf abgestellt, dass die Leistung nach Nr. 21231 EBM immer von mindestens der Hälfte der Praxen mit Ausnahme des Quartals IV/15 erbracht worden war, eine Sonderregelung daher allenfalls in Betracht komme, wenn die Voraussetzungen über vier Quartale vorlägen, was jedoch nicht der Fall war. Gleichfalls stellt das weiter von der Beklagten angeführte Urteil der 16. Kammer bzgl. eines Klägers, der als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie als Facharzt für psychosomatische Medizin zugelassen war, auf die Zahl der Leistungserbringer ab. Die 16. Kammer kam aber aufgrund eines Vergleichs mit der Fachgruppe des Klägers zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Nr. 21233 EBM um eine fachgruppentypische Leistung handele, die von 65% der Fachgruppe erbracht werde und die dementsprechend auch keine besondere Ausstattung oder Qualifikation erfordert (vgl. SG Marburg, Urte. v. 27.04.2016 - [S 16 KA 102/14](#) -, Umdruck S. 8 f.).

Unter Anwendung vorstehender Grundsätze kommt damit eine Ausnahmeregelung zum QZV 58 mit den Leistungen nach Nr. 16230, 16231, 21230, 21231 EBM nicht in Betracht.

QZV 58 (Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld) umfasst für Neurologen die Leistungen nach Nr. 16230, 16231 EBM, Nervenärzte nach Nr. 16230, 16231, 21230, 21231 EBM und Psychiater nach Nr. 21230, 21231 EBM. In ihrem Honorarverteilungsmaßstab unterscheidet die Beklagte zwischen den Arztgruppen der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 % bzw. von mehr als 30%, der Arztgruppe der Fachärzte für Neurologie und der der Arztgruppe der Fachärzte für Nervenheilkunde, der auch - wie die Klägerin - die Fachärzte mit der Zulassung für beide Fachgebiete Psychiatrie und Neurologie zugeordnet werden.

Die Leistung nach Nr. 16230 EBM hat folgende Leistungsbeschreibung: Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung  
Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,
- Erhebung ergänzender neurologischer Untersuchungsbefunde,
- Einbeziehung sozialer und biographischer Ereignisse,
- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall, Fakultativer Leistungsinhalt
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Immunsuppressiva oder Immunmodulatoren, Antiepilektika, Parkinsonmitteln, Clozapin,
- Krankheits- und Therapiemonitoring mittels spezifischer Messskalen,
- Ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Angehörigen bei Erkrankten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit,
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en), einmal im Behandlungsfall.

Die Leistung nach Nr. 21230 EBM hat folgende Leistungsbeschreibung: Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung  
Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer Erkrankung aus dem affektiven oder schizophrenen Formenkreis, einer hirnanorganischen oder Persönlichkeitsstörung oder einer Abhängigkeitserkrankung,
- Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde,
- Einbeziehung sozialer und pathobiographischer Ereignisse,
- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall, Fakultativer Leistungsinhalt
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Lithium und/oder anderen Phasenprophylaktika, Clozapin, Depotneuroleptika oder Stimulanzientherapie,
- Einleitung und/oder Führung einer Schlafentzugstherapie,
- Führung von Patienten mit vormundschaftsgerichtlicher Betreuung oder Therapieauflagen, einmal im Behandlungsfall.

Die Leistungen nach Nr. 16231 und 21231 EBM haben folgende Leistungsbeschreibung: Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer neurologischen bzw. psychiatrischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen  
Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer neurologischen bzw. psychiatrischen Erkrankung, Fakultativer Leistungsinhalt
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en), einmal im Behandlungsfall.

Alle Leistungen des QZV 58 verlangen keine besondere (Zusatz-)Qualifikation und keine besondere Praxisausstattung. Die Leistungen nach Nr. 16230 und 21230 EBM (Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung) werden im streitbefangenen Quartal III/14 als auch in den Folgequartalen zudem jeweils von mehr als 90 der der Fachgruppe angehörenden 126 bzw. 114 bis 123 Praxen erbracht. Von daher geht die Beklagte zutreffend davon aus, dass es sich um fachgruppentypische Leistungen handelt.

Die Leistungen nach Nr. 16231 und 21231 EBM (Kontinuierliche Mitbetreuung von Heimen) sind ebf. fachgruppentypischen Leistungen, auch wenn sie von weniger als der Hälfte der Praxen erbracht werden, nämlich im streitbefangenen Quartal von 53 bzw. 50 Praxen, während die Fachgruppe 126 Praxen umfasst, da sie keine besondere (Zusatz-)Qualifikation und keine besondere Praxisausstattung erfordern. Zudem werden sie offensichtlich vom überwiegenden Teil der Ärzte der Fachgruppe erbracht, die überhaupt diese Leistung erbringen. Damit wird durch die Zuweisung eines QZV 58 hinreichend berücksichtigt, dass weniger als die Hälfte der Fachgruppe die Leistungen erbringt. Ein Anspruch auf eine weitergehende Sonderregelung besteht nicht.

Auch nach LSG Hessen, Urteil v. 30.11.2016 - [L 4 KA 81/14](#) - fehlt es, worauf die Beklagte zutreffend darauf hinweist, an der Erbringung spezieller Leistungen für eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen, wenn sich die geltend gemachten Besonderheiten bei der Leistungserbringung nicht aus einer gegenüber der Fachgruppe der Allgemeinärzte atypischen Leistungsspezialisierung, sondern aus der für die Fachgruppe untypischen Zusammensetzung des Patientenlientels - hier: weit überwiegend Kinder und Jugendliche - ergibt. Maßgeblich für eine Sonderregelung ist daher auch nicht das geltend gemachte Praxisklientel, sondern das Verhalten der Leistungserbringer in der Fachgruppe. Im vorliegenden Fall weist die Klägerin ebf. auf ihr besonderes Praxisklientel hin, wenn sie vorträgt, sie habe ihre Praxis auf die Behandlung geriatrischer Patienten ausgerichtet, das Patientenlientel bestehe zum großen Teil aus Bewohnern des C-Heims in A-Stadt

Nach allem war die Klage 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](#)).

Nach der von der Beklagten vorgelegten Berechnung entspricht die quotierte Vergütung der strittigen Leistungsanforderung in Höhe von 3.128,16 EUR abzüglich der bereits gezahlten Vergütung in Höhe von 360,80 EUR einem Betrag von 2.767,36 EUR. In dieser Höhe war der Streitwert festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-11-14