

S 12 KA 345/16

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 345/16

Datum
21.11.2018
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine Erhöhung des QZV-Fallwerts kommt bei fachgruppentypischen Leistungen nicht in Betracht. Von einer fachgruppentypischen Leistung ist auszugehen, wenn die Leistung zum Facharztkapitel der Fachgruppe gehört (hier: bejaht für Nr. 10320 EBM , QZV 53 und Hautärzte).

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars und eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen und dem Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) 53 (Dermatologische Lasertherapie) (Nr. 10320, 10322 u. 10324 EBM) für das Quartal I/15.

Der Kläger ist als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten seit 01.01.2015 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Er ist Praxisnachfolger der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. C. und Dr. D., die beide seit 1986 bzw. 1985 als Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bis Ende 2014 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren und seit 2015 vom Kläger als angestellte Ärzte, jeweils halbtags, bis zum 30.09.2015 beschäftigt wurden. Im Quartal I/16 beschäftigte der Kläger Frau Dr. med. E. als angestellte Ärztin, mit der er seit dem Quartal II/16 eine Berufsausübungsgemeinschaft führt. Klagen gegen die Ablehnung auf Änderung des Regelleistungsvolumens und der QZV für die Quartale II und III/15 sowie gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/15 (S 12 KA 397/17 und 651/17) zog der Kläger wegen fehlender Überschreitung des Regelleistungsvolumens zurück. Eine Klage gegen die Ablehnung auf Änderung des Regelleistungsvolumens und der QZV für das Quartal IV/15 (mit einer Überschreitung von 7.724,05 EUR) (S 12 KA 652/17) wurde im Hinblick auf das vorliegende Verfahren mit Beschluss vom 21.11.2017 zum Ruhen gebracht. Entsprechende Klagen für die Quartale I bis IV/16 (S 12 KA 664 bis 667/17) wurden ebf. zum Ruhen gebracht (Beschluss vom 23.02.2018).

Der Kläger beantragte mit Schreiben vom 04.01.2015 eine Bewilligung des QZV 53. Er trug vor, seine Vorgänger hätten die dermatologische Lasertherapie in Deutschland maßgeblich mitentwickelt und etabliert. Insb. Patienten mit großflächigen entstellenden Feuermalen kämen überregional in die Praxis. In Hessen gebe es nur zwei Praxen, die diese Behandlung mit dem gepulsten Farbstofflaser anböten, zumal der Laser sehr teuer in der Anschaffung und im Unterhalt sei. Die Wartungs- und Betriebskosten würden 1.000 EUR/Monat betragen. Ohne Erhöhung des QZV könne er diese Therapie nicht weiter anbieten. Ferner beantragte er mit Schreiben vom 18.02.2015 die Einräumung weiterer QZV.

Die Beklagte räumte mit Bescheid vom 27.07.2015 für das Quartal I/15 die beantragten QZV 2, 8, 13, 31, 42 und 53 mit Ausnahme des QZV 14 ein. Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 20.08.2015 mit, dass sich hieraus eine Nachvergütung in Höhe von 1.842,38 EUR ergebe.

Hiergegen legte der Kläger unter Datum vom 05.08.2015 am 10.08.2015 Widerspruch ein, weil die Beklagte nicht auf eine Sonderregelung zum QZV 53 eingegangen sei. Die Problematik sei bereits bei seinen Praxisvorgängern strittig gewesen.

Die Praxisvorgänger des Klägers beantragten unter Datum vom 10.02.2014 die Zuweisung eines höheren QZV 53 für die Quartale III/14 bis I/15.

Die Beklagte lehnte mit gegenüber dem Kläger ergangenen Bescheid vom 26.08.2015 eine Erhöhung des QZV 53 für das Quartal I/15 ab, da

es sich um fachgruppentypische Leistungen aus dem Facharztkapitel handele.

Hiergegen legte der Kläger unter Datum vom 02.09.2015 am 03.09.2015 Widerspruch ein, da er noch im Gespräch über die Problematik mit Mitarbeitern der Beklagten sei.

Für das streitbefangene Quartal nahm die Beklagte mit Honorarbescheid vom 03.07.2015 folgende Festsetzungen vor:

Quartal I/15 Dr. A. Dr. C. Dr. D.
Honorarbescheid vom 03.07.2015
Anzahl Praxen/Ärzte 173/223,17
Nettohonorar gesamt in EUR 48.836,27
Bruttohonorar PK + EK in EUR 49.483,92 37.970,36 3.372,84 8.140,72
Fallzahl PK + EK 1.716
Honorar Regelleistungsvolumen in EUR 32.746,61
Honorar QZV in EUR 13.142,72
Honorar quotiertes RLV/QZV in EUR 3.765,72
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 2.881,35
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 2.897,05

Gesamthonoraranforderung PK/EK in EUR 83.956,29 55.445,04 5.462,15 23.493,77
QZV 53 60.332,62

RLV
Fallzahl 1.810
Obergrenze in EUR 40.568,71 29.128,33 5.720,19 5.720,19
Angefordert in EUR 32.746,61 23.440,94 4.385,79 4.919,88
Unterschreitung in EUR - 7.822,10 - 5.687,39 - 1.334,40 - 800,31

QZV 53
Fallwert 0,38
Obergrenze 960,64 687,80 136,42 136,42
Angefordert 41.784,38 24.494,58 0,00 17.289,80
Überschreitung 40.823,74 23.806,78 17.153,38

QZV insgesamt
Obergrenze 5.320,62 6.081,60 696,48 696,46
Angefordert 44.493,09 26.909,83 176,84 17.406,42
Über-/unterschreitung 39.172,47 20.828,23 - 519,64 16.709,96

Leistung nach EBM Wert EBM in EUR Anzahl Wert nach HV-Anwendung Wert gesamt Fallzahl Fallwert Je 100 Anzahl Praxen Praxen je 100
Nr. 10320 19,59 3.034 13,55 41.110,70 1.716 23,96 177 9 15
Nr. 10322 16,01 56 12,03 673,86 0,39 3 6 1
Nr. 10324 -

Im Quartal I/14 ergab sich folgende Abrechnung für die Praxis:

Anzahl Praxen/Ärzte I/14: 176/229,25
Leistung nach EBM Anzahl Wert nach HV-Anwendung Wert gesamt Fallzahl Fallwert Je 100 Anzahl Praxen Praxen je 100
Nr. 10320 2.811 13,43 37.751,73 1.496 25,24 188 9 13
Nr. 10322 7 8,80 61,60 0,04 0 8 0
Nr. 10324 -

Gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/15 legte der Kläger unter Datum vom 02.09.2015 am 08.09.2015 Widerspruch ein. Er wies auf seinen Antrag auf Erhöhung des QZV und RLV hin.

Die Beklagte verband alle drei Widerspruchsverfahren und wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 29.06.2016 als unbegründet zurück. Die Beklagte führte zur Begründung aus, der Kläger begehre die Zuweisung bzw. Einräumung des QZV für die dermatologische Lasertherapie, insb. im Hinblick auf die Behandlung von Feuermalen zum Farbstofflaser. Diese Leistung sei von der Nr. 10320 EBM erfasst. Sie falle in das QZV 53. Leistungen, die für die Facharztgruppe in ein QZV fielen, würden gerade nicht im Rahmen des RLV vergütet werden, sodass sie einer Sonderregelung im Rahmen des RLV nicht zugänglich seien. In Bezug auf die dermatologische Lasertherapie könne damit keine Sonderregelung im Rahmen des RLV gewährt werden. Praxisbesonderheiten für die Erhöhung des QZV würden sich nach den Vorgaben im Abschnitt II Ziff. 3.5 HVM aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Arztgruppe von mind. 20 % vorliege (RLV und QZV). Ihr Vorstand habe am 28.07.2014 beschlossen, dass zunächst arztindividuell aus der Honorarabrechnung des Vorjahresquartals alle im aktuellen Quartal dem QZV unterfallenden Leistungen entnommen und dem im aktuellen Quartal zugewiesenen QZV-Volumen gegenübergestellt würden. Sofern sich aus der Gegenüberstellung eine Überschreitung zu diesem aktuellen Quartal zugewiesenen QZV-Volumens um mehr als 20 % ergebe, sei eine detaillierte Prüfung vorzunehmen. Ansonsten sei keine Sonderregelung möglich. Bei der detaillierten Prüfung sei dann zu klären, ob dem QZV unterliegende Leistungen feststellbar seien, die eine vom Durchschnitt der Fachgruppe abweichende Praxisausrichtung belegen könnten und die Rückschlüsse auf einen besonderen Versorgungsauftrag zuließen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts setze eine Sonderregelung eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraus. Sämtliche Leistungen des QZV 53, nämlich die Nr. 10320, 10322 und 10324 EBM entstammten dem

Facharztkapitel der Arztgruppe des Klägers. Diese Leistungen seien demnach als fachgruppentypisch anzusehen, sodass eine Sonderregelung ausscheide. Es sei darauf hinzuweisen, dass ein nicht ausgeschöpftes Regelleistungsvolumen mit Überschreitungen der QZV ausgefüllt werden könne. Die Verteilung des nicht ausgeschöpften Honorarvolumens erfolge prozentual auf die Überschreitungen. Die verbliebene Überschreitung werde mit einer abgestaffelten Quote vergütet. Die Verrechnung der Unter-/Überschreitungen ergebe sich aus dem Honorarbescheid ("LANR-bezogene Auffüllung"). Ferner nahm sie zu weiteren Rechnungspositionen des Honorarbescheides Stellung.

Hiergegen hat der Kläger am 22.07.2016 die Klage erhoben. Auf Anregung der Kammer haben die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung die Klage gegen den Bescheid vom 26.08.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.06.2016 für erledigt erklärt.

Die Klage hat der Kläger im Übrigen auf die Höhe des QZV 53 beschränkt. Er trägt vor, mit Übernahme der Praxis habe er die spezialisierte Lasertherapie weitergeführt. Er habe ein besonderes und wartungsintensives Gerät, das als Farbstofflaser als Therapiestandard bei der Behandlung der Feuermale gelte, übernommen. Das Gerät habe einen Neupreis von ca. 60.000 EUR. Es fielen eine Wartungspauschale von 902 EUR/Monat und weitere Verbrauchskosten von ca. 100 EUR/Monat an. Dies bedinge, dass dieser Laser nur in wenigen spezialisierten Zentren vorgehalten werde. Er lege Schreiben von Patienten aus einem weiten Einzugsbereich vor. Seine Praxis gewähre den Sicherstellungsauftrag der Versorgung dieser Patienten mit Naevus flammeus. Die Beklagte habe seinen Vorgängern einen höheren Fallwert zugemessen, beispielhaft mit Bescheid vom 03.07.2013. Bei der Behandlung und Durchführung der dermatologischen Laserleistungen zur Behandlung von Feuermalen nach QZV 53 handele es sich um spezielle dermatologische Leistungen, die einer besonderen fachlichen Befähigung in einer besonderen apparativen Ausstattung bedürften. In Mittelhessen gebe es keine Hausarztpraxis mit ähnlicher Befähigung und jahrelanger Ausrichtung. Auch in Frankfurt gebe es eine vergleichbare Befähigung nur in der Hautklinik der Goethe-Universität. Er überschreite im Basisquartal den Wert des betroffenen QZV um mehr als 20 % (im strittigen Quartal um 1.069 %). Soweit der Beklagten ein Ermessen zustehe, sei nicht erkennbar, dass dieses Ermessen in nachvollziehbarer Weise ausgeübt worden sei. Nach dem EBM könne zwar jeder Dermatologe die Therapie mit dem Farbstoff-Laser abrechnen. Die Realität sei aber, dass die entsprechenden Farbstoff-Laser nur an wenigen Zentren und sogar nur einen Teil der Universitätsklinik vorgehalten würden, sodass die entsprechenden Kenntnisse und Erfahrungen mit dieser Therapieform nur bei einem sehr kleinen Teil der Dermatologen vorlägen. Entsprechende Erfahrungen zu dieser speziellen Lasertherapie würden auch nicht explizit in der Facharzt-Weiterbildung erfordert werden.

Der Kläger beantragt,
unter Abänderung des Bescheids vom 27.07.2015 und des Honorarbescheids vom 03.07.2015, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.06.2016, die Beklagte zu verpflichten, ihn über sein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen 53 (dermatologische Lasertherapie) und seinen Honoraranspruch für das Quartal I/15 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,
hilfsweise
die Beklagte zu verpflichten, ihm weiteres Honorar für das Quartal I/15 in Höhe von 25.683,62 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist unter weitgehender Wiederholung ihrer Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid weiterhin der Auffassung, dass für eine Sonderregelung erforderliche Spezialisierung nicht vorliege, da es sich um fachgruppentypische Leistungen handele. Soweit wie hier keine besonderen Kostenregelungen bestünden, seien die Kosten für den Laser bereits in den Gebührenordnungspositionen enthalten und würden mit ihnen abgegolten werden. Eine apparative Modernisierung der Praxis reiche gerade nicht aus, um eine Praxisbesonderheit zu begründen. Ein apparativer Fortschritt nicht zugleich eine fachärztliche Spezialisierung (Hinweis auf SG Magdeburg, UrT. v. 18.09.2013 - [S 1 KA 36/10](#)). Die Behandlung von Naevi flammei mittels geprüften Farbstofflasers bedürfe keiner zusätzlichen Qualifikation des Arztes. Im Quartal I/15 hätten zudem weitere acht Praxen der Fachgruppe die Nr. 10320 EBM (Behandlung von Naevi flammei) erbracht und verfügten demnach über eine erforderliche apparative Ausstattung. Es genüge nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Nr. 10320 könne nur bei Anwendung eines gepulsten Farbstofflasers angesetzt werden. Bei Anwendung anderer Laserarten müsse folglich die Nr. 10324 (Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen) abgerechnet werden. Obligatorischer Leistungsinhalt sei also die Therapie mittels gepulsten Farbstofflasers. Unter Quartalsbezogenheit der jeweiligen Honorarabrechnung könne aus früheren Anerkennungen kein Vertrauensschutz erfolgen. Sie habe im Rahmen der Vorgaben des Bewertungsausschusses (Beschluss vom 26.03.2010) den Honorarverteilungsmaßstab mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 30.05.2015 rückwirkend geändert und eine Stützung des RLV-Fallwertes auf die mittlere Grundpauschale zu Lasten des Verteilungsvolumens des QZV der Fachgruppe vorgenommen. Sie habe im Quartal I/15 eine solche Stützung des RLV-Fallwertes vorgenommen. Nach Stützung des RLV-Fallwertes habe sie die Verteilungsvolumina entsprechend angepasst. Daraus habe sich der Fallwert des QZV 53 von 0,38 EUR ergeben. Es bestehe keine Verpflichtung, zur Bildung weiterer Unterteilungen der Gruppe im Rahmen der QZV abrechnenden Ärzte. Mit einem QZV werde ein zusätzliches Budget für diese Art der Leistungserbringung zur Verfügung gestellt. Die KBV habe in einer Stellungnahme in einem anderen Verfahren ausgeführt, eine Leistung werde durch ein QZV vergütet, wenn sie von mindestens drei Prozent und maximal 50 Prozent der Ärzte einer Arztgruppe erbracht werde. Für den Fall, dass eine Leistung von weniger als drei Prozent erbracht werde, 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, sei der Bewertungsausschuss davon ausgegangen, dass es sich um eine Leistung handele, die im Rahmen des RLV zu vergüten sei. Der Umstand, dass nur vier bis 50 der Ärzte der Fachgruppe auf Bundesebene die Leistung erbringen würden, werde somit bereits durch die Zuweisung eines entsprechenden QZV berücksichtigt. Im Vordergrund der Behandlung stehe hier das Vorhandensein des Geräts, hinter dem der ärztliche Leistungsanteil in den Hintergrund trete. Dies reiche für die Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht aus. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten diene nicht der Finanzierung einer wirtschaftlich kostspieligen Praxisausstattung. Der Umstand, dass ein geringer Teil der Fachgruppe die Leistung erbringe, sei bereits durch die Zurverfügungstellung eines zusätzlichen Honorarvolumens berücksichtigt worden.

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

Die Klage ist aber unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 27.07.2015 und der Honorarbescheid vom 03.07.2015, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.06.2016, sind, soweit sie noch angefochten werden, rechtmäßig. Die Beklagte war nicht zu verpflichten, den Kläger über sein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen 53 (dermatologische Lasertherapie) und seinen Honoraranspruch für das Quartal I/15 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden oder ihm weiteres Honorar für das Quartal I/15 in Höhe von 25.683,62 EUR zu zahlen. Die Klage war daher im Haupt- und Hilfsantrag 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 Vergleichs quartals 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 Abstufung 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 (Nr. 3.5 HVM).

Die Voraussetzungen für eine Erhöhung des QZV 53-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 vormalig 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 (z. B. 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 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, Urt. v. 06.07.2017 - [S 33 KA 414/12](#) - juris Rdnr. 14). Jedenfalls sieht Nr. 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, Urt. 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 (vgl. SG Marburg, Gerichtsbb. v. 20.06.2018 - [S 12 KA 252/17](#) - juris Rdnr. 37).

Soweit die Kammer in SG Marburg, Urt. 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 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, Urt. v. 27.04.2016 - [S 16 KA 102/14](#) -, Umdruck S. 8 f.). Insofern hat auch die Kammer entschieden, dass es sich bei den Leistungen nach Nr. 16230, 16231, 21230, 21231 EBM (Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten) (hier: für die Arztgruppe der Fachärzte für Nervenheilkunde) um fachgruppentypische Leistungen handelt, da sie keine besondere (Zusatz-)Qualifikation und keine besondere Praxisausstattung erfordern (vgl. SG Marburg, Gerichtsbb. v. 20.06.2018 - [S 12 KA 252/17](#) - juris Rdnr. 74 f.).

Unter Anwendung vorstehender Grundsätze kommt damit eine Ausnahmeregelung zum QZV 53 (Dermatologische Lasertherapie) mit den Leistungen nach Nr. 10320, 10322, 10324 EBM nicht in Betracht.

Die Leistung nach Nr. 10320 EBM (Behandlung von Naevi flammei, 19,59 EUR/186 Punkte) hat folgende Leistungsbeschreibung: Obligater Leistungsinhalt

- Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser,
- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Behandlung in mehreren Sitzungen, bis zu 1 cm² Gesamtfläche des behandelten Areals und für jeden weiteren cm² je einmal. Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Gebührenordnungsposition. Die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm² Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig. Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als 89.822 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um 67 Punkte gemindert. Die Gebührenordnungsposition 10320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10320 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10324 und 10330 berechnungsfähig.

Die Leistung nach Nr. 10322 EBM (Behandlung von Hämangiomen, 16,01 EUR/152 Punkte) hat folgende Leistungsbeschreibung:

Obligater Leistungsinhalt

- Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser,

- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,
Fakultativer Leistungsinhalt
- Behandlung in mehreren Sitzungen,
bis zu 1 cm² Gesamtfläche des behandelten Areals und für jeden weiteren cm² je einmal. Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung. Die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm² Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig. Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als 89.822 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um 67 Punkte gemindert. Die Gebührenordnungsposition 10322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10322 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10322 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10324 und 10330 berechnungsfähig.

Die Leistung nach Nr. 10324 EBM (Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen, 15,69 EUR/149 Punkte) hat folgende Leistungsbeschreibung:

Obligater Leistungsinhalt

- Therapie mittels Laser,

- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Behandlung in mehreren Sitzungen,

bis zu 1 cm² Gesamtfläche des behandelten Areals und für jeden weiteren cm² je einmal. Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung. Die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm² Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig. Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als 89.822 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um 67 Punkte gemindert. Die Gebührenordnungsposition 10324 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10324 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10324 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10330 berechnungsfähig.

Alle Leistungen des QZV 53 gehören zum spezifischen Bereich der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten nach Kapitel 10 des EBM. Sie verlangen keine besondere (Zusatz-)Qualifikation. Allein die Praxisausstattung mit einem gepulsten Farbstofflaser bzw. einem Laser vermag eine Praxisbesonderheit nicht zu begründen. Insofern handelt es sich zwar nicht lediglich um eine apparative Modernisierung (vgl. SG Magdeburg, Urt. v. 18.09.2013 - [S 1 KA 36/10](#) - juris Rdnr. 61), da diese Praxisausstattung besondere Leistungsvoraussetzung ist. Eine Praxisbesonderheit liegt aber nicht vor, da die Leistungen des QZV 53 nach der EBM-Systematik zum Kernbereich der hautärztlichen Tätigkeit gehören. Insofern bilden die QZV bereits lediglich das unterschiedliche Leistungsspektrum der Ärzte einer Arztgruppe ab (vgl. BSG, Beschl. v. 28.06.2017 [B 6 KA 84/16 B](#) - juris Rdnr. 7). Von daher geht die Beklagte zutreffend davon aus, dass es sich um fachgruppentypische Leistungen handelt.

Im Ergebnis war die Klage daher insgesamt abzuweisen.

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

2019-02-14