

L 5 KA 10/17

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 27 KA 43/13
Datum
08.03.2017
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 5 KA 10/17
Datum
18.10.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für die Quartale 3/2010 bis 4/2011.

Der Kläger ist als Arzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie / Onkologie zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Beklagten zugelassen. Im Juli 2012 beantragte er die Anerkennung von Praxisbesonderheiten in den Bereichen der Qualitätsbezogenen Zusatzvolumina (QZV) Praxisklinische Betreuung nach Gebühren-ordnungsposition (GOP) 01510, 01511 und 015112 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) sowie Transfusionen nach GOP 02110.02111 EBM. Mit Bescheid vom 20. Juli 2012 erkannte die Beklagte die GOP 01512 EBM (praxisklinische Betreuung sechs Stunden) als Praxis-besonderheit an und vergütete für die Quartale 3/2010 bis 4/2011 insgesamt 12.802,31 EUR nach, die sich wie folgt berechneten: Quartal GOP Honorar-anforderung Honorar-auszahlung Quote Arzt Quote Fachgruppe Gutschrift 3/2010 01512 14.609,70 EUR 8.666,76 EUR 59% 80% 3.080,31 EUR 4/2010 01512 13.357,44 EUR 11.535,76 EUR 86% 85% 1/2011 01512 16.835,94 EUR 9.222,34 EUR 55% 73% 3.085,09 EUR 2/2011 01512 13.079,16 EUR 6.770,67 EUR 52% 73% 2.773,28 EUR 3/2011 01512 12.800,88 EUR 7.662,93 EUR 60% 63% 389,86 EUR 4/2011 01512 13.079,16 EUR 7.340,69 EUR 56% 63% 3.473,77 EUR

In den Bereichen QZV praxisklinische Betreuung zwei und vier Stunden sowie Transfusionen erkannte die Beklagte keine Praxisbesonderheiten an. Die Anzahl der Leistungen pro Fall sei insoweit vergleichbar mit dem Durchschnitt der Fachgruppe der Hämato-/Onkologen. Der Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 31. Januar 2013).

Die am 27. Februar 2013 erhobene Klage hat das Sozialgericht durch Urteil vom 8. März 2017, den Bevollmächtigten des Klägers zugestellt am 21. März 2017, abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, zutreffend habe die Beklagte als Praxisbesonderheit lediglich die GOP 01512 (Zusatzpauschalen für die Beobachtung und Betreuung für die Dauer von mehr als sechs Stunden, Beobachtung und Betreuung eines Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS) in einer Arztpraxis oder praxisklinischer Einrichtung gemäß [§ 115 Abs. 2 SGB V](#) unter parenteraler intravasaler Behandlung mittels Kathedersystem) anerkannt, weil nur hinsichtlich dieser GOP des EBM die Voraussetzungen erfüllt gewesen seien.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) erlaube (lediglich) ein besonders hoher Anteil der in einem speziellen Leistungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl Rückschlüsse auf einen besonderen Versorgungsbedarf. Als überdurchschnittlich in diesem Sinne sei ein Anteil der Spezialleistungen von mindestens 20% anzusehen. Zur Frage einer möglichen Addition sei zwar in den genannten Entscheidungen keine ausdrückliche Äußerung erfolgt, die Ausführungen machten aber deutlich, dass die Deckung eines besonderen Versorgungsbedarfs berücksichtigt werden solle, der zu einer Verengung des Leistungsspektrums infolge der Spezialisierung geführt habe. Eine solche Praxisausrichtung, bei der nicht mehr davon ausgegangen werden könne, dass die am Durchschnitt orientierte Fallpunktzahl das Leistungsgeschehen adäquat abbilde, könne nur bei einer überdurchschnittlichen Konzentration auf einen speziellen Leistungs-bereich vorliegen. Da in die Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen auch die speziellen Bereiche eingeflossen seien, sei nicht zu beanstanden, dass die ohnehin niedrige Grenze für die Anerkennung einer Regelleistungsvolumina-(RLV-) relevanten Praxisbesonderheit für jeden Leistungsbereich gesondert bestimmt werde. Würden spezielle Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen erbracht, führe dies gerade nicht zu einer im Vergleich zum Durchschnitt signifikanten anderen Ausrichtung der Praxis mit der Folge, dass sie in besonderem Maße von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern in Anspruch genommen werde. Ansonsten wäre infolge einer Addition verschiedener Leistungsbereiche in vielen Fällen eine Praxisbesonderheit anzunehmen, die

tatsächlich nur aus der besonders häufigen – möglicherweise aber nur durchschnittlichen – Erbringung von arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen bestehe. Da diese Leistungen aber nicht notwendig in einem versorgungsrelevanten Zusammenhang stünden, sei ein Rückschluss auf einen besonderen Versorgungsbedarf nicht gerechtfertigt.

Für den Kläger folge daraus, dass zwar alle genannten Gebührenpositionen beim ihm einen signifikanten Anteil seiner Leistungen ausmachten (20% Grenze), aber bis auf die GOP 01512 EBM seine Leistungen nicht signifikant über denen der Fachgruppe lägen. Der Kläger liege vielmehr bei den Leistungen der praxisklinischen Betreuung für zwei und vier Stunden sowie bei den Transfusionsleistungen unter dem Durchschnitt seiner Fachgruppe, bzw. wenn er den Durchschnitt der Fachgruppe überschreite, betrage diese Überschreitung nicht mehr als 20%. In den Fällen der Unterschreitung des Fachgruppenschnitts habe der Kläger eine höhere Auszahlungsquote für diese Leistungen erhalten. Danach seien die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine Ausnahme vom QZV lediglich im Hinblick auf die GOP 01512 EBM erfüllt. Die Beklagte habe auch ermessensfehlerfrei in den streitigen Quartalen die Honoraranforderungen des Klägers für die GOP 01512 EBM seinen Honorarauszahlungen für diese Ziffer gegenüber gestellt und ermittelt, dass die Quote der Auszahlung zwischen 52% und 60% und damit unter der seiner Fachgruppe gelegen habe. Lediglich im vierten Quartal 2010 habe der Kläger mit einer Auszahlungsquote mit 86% über der Quote der Fachgruppe mit 85% gelegen. Als QZV- Zuschlag habe die Beklagte dem Kläger dann die Differenz zwischen den beiden Quoten gewährt, was einen Zuschlag in Höhe von insgesamt 12.802,31 EUR ergeben habe.

Es gebe keine Verpflichtung der Partner der Gesamtverträge, die Umsetzung des Verfahrens bei Praxisbesonderheiten z.B. dem Vorstand der Beklagten zuzuweisen, nachdem diese keine abstrakt-generellen Regelungen zur Anpassung des QZV bei Praxisbesonderheiten vereinbart, sondern die Anpassung des QZV in das pflichtgemäße Ermessen der Beklagten gestellt hätten, ohne die Entscheidung zum Beispiel ausdrücklich dem Vorstand der Beklagten zuzuweisen. Dies sei im Rahmen der Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 zulässig. Die Beklagte habe auch nicht bei der Umsetzung der Praxisbesonderheiten ermessensfehlerhaft gehandelt. Die Funktion der Ausnahmeregelung bei Praxisbesonderheiten bestehe darin, mögliche unbillige Belastungen der generell gerechtfertigten Regelung des QZV zu verhindern. Die mit den RLV bzw. QZV bezweckte generelle Leistungssteuerung bzw. Mengengrenzung seien zu Recht mit in die Ermessenerwägungen einbezogen worden. Eine vollständige Verschonung des Klägers von der Leistungssteuerung bzw. Mengengrenzung komme dagegen nicht in Betracht, denn Ansatzpunkt für Praxisbesonderheiten sei lediglich der Nachteil, den eine Praxis gegenüber anderen Praxen der Facharztgruppe dadurch erleide, dass sie im überdurchschnittlichen Maß eine spezielle Leistung erbringe. Unter dem Gesichtspunkt des Nachteilsausgleichs sei es deshalb nicht möglich, für diese spezielle Leistung ein überdurchschnittliches Honorar zu fordern, sondern es sei lediglich sicherzustellen, dass diese spezielle Leistung mit dem durchschnittlichen Honorar der Facharztgruppe vergütet werde.

Mit der am 20. April 2017 erhobenen Berufung macht der Kläger weiterhin geltend, es fehle zum einen an einer ausreichenden Rechtsgrundlage für die Feststellung von Praxisbesonderheiten, zum anderen sei die von der Beklagten gewählte Berechnungsmethode sach- und rechtswidrig. Die gesetzgeberische Vorgabe aus [§ 87b Abs. 3 S. 3](#) a.F. SGB V laute, dass der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumina zu bestimmen habe. Dieser habe in seinen Beschlüssen vorgesehen, dass die Partner der Gesamtverträge die Praxisbesonderheiten zu regeln und ein Verfahren zur Umsetzung zu finden hätten. Diese Vorgaben habe die Beklagte in den streitigen Quartalen nicht erfüllt, vielmehr erfolge die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nach dem Honorarverteilungsmaßstab (VM) durch den Vorstand als Einzelfallentscheidung, ohne dass die Grundsätze geregelt seien. Zwar habe die Beklagte ein festes Schema zur Prüfung von Praxisbesonderheiten, die Bescheide würden deshalb auch nicht vom Vorstand, sondern von der Bereichsleitung erlassen. Derartige generelle Vorgaben hätten jedoch im VM festgelegt werden müssen.

Darüber hinaus sei die Berechnung auch nicht nachvollziehbar und verstoße gegen die Vorgaben [§ 87b Abs. 2 S. 2 SGB V](#) iVm dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010. Danach sei ein Budget vorgesehen, das der Arzt mit seinen Leistungen ausfüllen könne und zu 100 % vergütet erhalte. Die über dieses Budget hinausgehenden Leistungen würden alle mit abgestaffelten Preisen vergütet. Diese vom Gesetzgeber für das RLV getroffene Vorgabe gelte auch für das vom Bewertungsausschuss eingeführte QZV. Indem die Beklagte unterschiedliche Auszahlungsquoten für jede einzelne Leistung berechne, verstoße sie gegen diese gesetzlichen Vorgaben. Die Berechnungsmethode für die RLV/QZV-Zuschläge auf Praxisbesonderheiten sei sach- und rechtswidrig. Insoweit werde auf die Urteile des Senats vom 15. März 2017 ([L 5 KA 11/15](#) und [L 5 KA 12/15](#)) Bezug genommen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 8. März 2017 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 20. Juli 2012 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 31. Januar 2013 und 22. November 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, den Antrag des Klägers auf Anerkennung der Praxisbesonderheiten für die Quartale III/2010 bis IV/2011 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und ist der Auffassung, die Partner der Gesamtverträge seien ihrem Auftrag aus [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V a.F. nachgekommen. So sei in Anlage A § 8 Abs. 1 dritter Spiegelstrich zum VM vom 23. April 2010 vereinbart, dass gemäß den Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Beklagte die Anpassung des RLV in Fällen von Praxisbesonderheiten sowie aus sonstigen Gründen der Sicherstellung erfolgen könne. Nach Abs. 2 der Vorschrift entscheide die Beklagte nach pflichtgemäßem Ermessen über die Genehmigung. Diese Delegation von Entscheidungskompetenz auf die Berufungsbeklagte verstoße auch nicht gegen höherrangiges Recht. In der höchstrichterlichen Rechtsprechung sei geklärt, dass nur die wesentlichen Elemente der Honorarverteilung in ihren Grundzügen im VM selbst geregelt sein müssten, im Übrigen sei es zulässig, den Vorstand zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen zu ermächtigen. Dies gelte insbesondere für die Behandlung atypischer Fälle, denn diese ließen sich naturgemäß in den Grundzügen der Honorarverteilung nicht hinreichend detailliert regeln. Auch die von der Beklagten angewandte Methode zur Beantwortung der Frage, ob eine Praxisbesonderheit vorliege, beinhalte gemessen an den vom BSG aufgestellten Grundsätzen keinen Rechtsverstoß. Es seien keineswegs für jede einzelne Leistung Auszahlungsquoten gebildet worden, sondern vielmehr bezogen auf die jeweilige QZV. Vorliegend seien vier verschiedene QZV betroffen gewesen: QZV "praxisklinische Betreuung 2 h" (GOP 01510 EBM), QZV V "praxisklinische Betreuung 4 h" (GOP 01511 EBM), QZV "praxisklinische Betreuung 6 h" (GOP 01512 EBM) und QZV "Transfusionen" (GOP 02110 & 02111 EBM). Die für die Leistung bzw. die Leistungsgruppe des jeweiligen QZV gebildete Auszahlungsquote des Klägers habe sie aus dem Verhältnis der Leistungsanforderungen des jeweiligen QZV nach EBM-Werten und der Vergütung, die sich unter Berücksichtigung der jeweiligen QZV-Fallwerte nebst des wegen Budgetüberschreitung hinzutretenden

anteiligen abgestaffelten Honorars ergebe, errechnet. Entsprechend sei die jeweilige Auszahlungsquote der Arztgruppe ermittelt worden. Sie, die Beklagte, halte die vorgenommenen Anpassungen nicht für ermessensfehlerhaft. Grundgedanke sei, dass angesichts einer begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) der Nachteilsausgleich bei einer anerkannten Praxisbesonderheit insbesondere zu gewährleisten sei, als dass ein Vertragsarzt aufgrund der Tatsache seiner Praxisbesonderheit diese Leistung so vergütet bekommen müsse, wie die durchschnittliche Vergütungsquote seiner Arztgruppe sei. Eine solche Anpassung auf den gebildeten Durchschnittswert der Arztgruppe entspreche dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit und leistungsproportionaler Verteilung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird verwiesen auf den Inhalt der Prozessakte der Kammer und der Verwaltungsakte der Beklagten. Diese haben vorgelegen und sind zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht worden.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist statthaft ([§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht erhoben. Sie ist jedoch unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 20. Juli 2012 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 31. Januar 2013 und vom 22. November 2013 ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Zu Recht und mit der zutreffenden Begründung, auf welche nach eigener Überprüfung der Sach- und Rechtslage zur Vermeidung von Wiederholungen nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen wird, hat das Sozialgericht die auf Anerkennung weiterer Praxisbesonderheiten gerichtete Klage abgewiesen. Lediglich ergänzend sei folgendes ausgeführt:

Hinsichtlich der Frage der Ermächtigungsgrundlage kann, wie die Beklagte zu Recht vorträgt, auf das Urteil des Senats vom 15. März 2017 ([L 5 KA 12/15](#)) verwiesen werden. Dort ist ausgeführt:

"Entgegen der Auffassung des Klägers stand der Beklagten allerdings für diese Entscheidungen eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage zur Verfügung. Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hat in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010 beschlossen, dass Praxisbesonderheiten (die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben) zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge (Teil F - Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V, Punkt I 3.7.). Die Partner der Gesamtverträge sind diesem Auftrag nachgekommen. Sie haben in Anlage A § 8 Abs. 1 dritter Spiegelstrich zum VM vom 23. April 2011 vereinbart, dass gemäß den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Beklagte die Anpassung des RLV in Fällen von Praxisbesonderheiten sowie aus sonstigen Gründen der Sicherstellung erfolgen kann. Nach Abs. 2 Satz 2 der Vorschrift entscheidet die Beklagte nach pflichtgemäßem Ermessen über die Genehmigung. Diese Delegation von Entscheidungskompetenz auf die Beklagte verstößt auch nicht gegen höherrangiges Recht. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG kann eine kassenärztliche Vereinigung - und innerhalb derer der Vorstand - zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen, insbesondere zur Beurteilung der Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen, ermächtigt werden (BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 - [B 6 KA 20/10 R](#), juris, Rn. 14). Hierbei ist insbesondere nicht zu beanstanden, dass über die Anknüpfung an die Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses hinaus keine abstrakt-generellen Regelungen inhaltlicher Art über die Behandlung von Praxisbesonderheiten mehr erfolgt sind, denn die verschiedenen Fallkonstellationen, die eine Anpassung erfordern, lassen sich nicht abstrakt-generell erfassen. Dass die wesentlichen Elemente der Honorarverteilung in ihren Grundzügen im VM selbst geregelt sein müssen, schließt nicht aus, den Vorstand zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen zu ermächtigen (BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) = juris, Rn. 35). Dies gilt insbesondere für die Behandlung atypischer Fälle (BSG, a.a.O., Rn. 36), denn diese lassen sich naturgemäß in den Grundzügen der Honorarverteilung nicht hinreichend detailliert regeln (vgl. zu letzterem BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 - [B 6 KA 20/10 R](#), juris, Rn. 14)." (Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 15. März 2017 - [L 5 KA 12/15](#) -, Rn. 26 - 27, juris).

Dieser Auffassung schließt sich der Senat nach eigener Überprüfung auch in neuer Besetzung uneingeschränkt an. Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass das Fehlen einer Rechtsgrundlage für die Gewährung einer Leistung einen Anspruch auf eine höhere Leistung als die in diesem Fall dann rechtswidrig gewährte Leistung jedenfalls nicht begründen kann.

Ob der genannten Entscheidung des 5. Senats in alter Besetzung auch insoweit zu folgen ist, als die kassenärztliche Vereinigung zur Feststellung einer Praxisbesonderheit die wesentlichen Unterschiede des betroffenen Arztes mit der Gesamtheit aller Vertragsärzte der maßgeblichen Arztgruppe darstellen muss und eine Praxisbesonderheit dann zu bejahen ist, wenn der Vertragsarzt in der maßgeblichen Ärzteguppe eine rechtlich relevante Sonderrolle einnimmt (vgl. Landessozialgericht Hamburg, a.a.O. Rn. 32), ob also die Feststellung von Praxisbesonderheiten eine Vergleichsgruppe erfordert, die groß genug ist sicherzustellen, dass sie nicht durchgängig dieselben Praxisbesonderheiten aufweist, kann für die vorliegende Fallkonstellation dahinstehen. Denn die genannte Entscheidung ist der Situation des Klägers bereits deshalb nicht vergleichbar, weil es dort um die Frage einer Überschreitung des RLV und nicht - wie vorliegend - um eine solche des QZV ging.

Ob dabei, was durchaus vertreten wird, die Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Rahmen des QZV in der Regel ausgeschlossen ist oder nicht (vgl. insoweit SG Hamburg, Urteil vom 19. Juli 2017 - [S 3 KA 173/13](#)), kann zumindest im vorliegenden Fall ebenfalls dahinstehen. Denn die Beklagte hat jedenfalls auch im Rahmen des QZV vorliegend der grundsätzlichen Möglichkeit der Anerkennung von Praxisbesonderheiten Raum gegeben und für die GOP 01512 EBM das Vorliegen der Voraussetzungen auch bejaht, allerdings nur im Vergleich zur Arztgruppe der Hämato-/Onkologen und damit innerhalb einer Arztgruppe, deren Praxen in der Regel dieselben Besonderheiten aufweisen dürften, wie diejenige des Klägers.

Dies entspricht allerdings nach Auffassung des Senats der damaligen Systematik des Honorarsystems unter der Geltung von RLV und QZV zur Leistungsmengensteuerung nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010. Anlass für die Einführung der QZV war die unerwartete Leistungsmengenausweitung im Bereich der vormaligen "freien Leistungen". Voraussetzung für die Zuweisung eines QZV war, dass der Arzt die für dieses Zusatzvolumen geltende Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung führte und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung für die Leistung hatte (alternativ, dass eine Versorgung der Versicherten mit der Leistung aus

Sicherstellungsgründen notwendig war) und dass er mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hatte.

Die QZV waren damit gerade als qualifikationsgebundene Leistungen konzipiert. Das gilt auch für die streitigen QZV, die von der Beklagten nach der "Regelung der KVH Hamburg zur QZV-Bildung gemäß § 4 Absatz 7 des VM (QZV-Liste)" für die fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie gebildet wurden. Hintergrund ist die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten "Onkologie-Vereinbarung, die die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung bewirken soll (§ 1 der Vereinbarung). Dadurch soll in diesem Bereich eine wohnortnahe ambulante Behandlung der Patienten durch niedergelassene Vertragsärzte erreicht werden (§ 1 Abs. 2 Satz 1 der Vereinbarung). Die zusätzliche Vergütung soll insbesondere der Tatsache Rechnung tragen, dass durch die besonderen Anforderungen an die ambulante Behandlung krebskranker Patienten für den onkologisch tätigen niedergelassenen Arzt nicht nur erhöhte zeitliche und personelle Belastungen, sondern auch beträchtliche Kosten für zusätzliche Praxiseinrichtungen speziell zur Versorgung Krebskranker sowie vermehrte zeitliche und personelle Belastungen entstehen (§ 2 Abs. 3 der Vereinbarung). Der niedergelassene Onkologe wird damit überdies verpflichtet, eine Vielzahl von fachlichen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, die in den weiteren Regelungen der Vereinbarung im Einzelnen umfassend und detailliert aufgelistet sind. Erreicht werden soll auch, in der onkologischen Diagnostik und Therapie eine Alternative zur stationären Behandlung anzubieten, Versorgungsengpässe zu vermeiden und die vertragsärztliche onkologische Versorgung zu verbessern.

Dass also für die Zuweisung eines QZV der Facharzt die im Einzelnen in Teil F Abschnitt I Ziff. 3.3 des Beschlusses vom 26. März 2010 geregelten (qualifikationsgebundenen) Voraussetzungen erfüllen muss und dieser Umstand sowohl den mit der Anerkennung von Praxisbesonderheiten zu berücksichtigenden Versorgungsauftrag, als auch die besondere fachliche Spezialisierung bereits umfasst, schließt zwar eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten nach Ziff 3.7 des Beschlusses nicht per se aus. Jedoch kann andererseits bei der Bildung der Vergleichsgruppe nicht unberücksichtigt bleiben, dass letztere sich ebenfalls wie bereits das QZV aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben. Würde man daher, wie der Kläger es begehrt, für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten eine Arztgruppe wählen, die größer ist, als diejenige der Hämato-/ Onkologen, deren Praxen dieselben Besonderheiten aufweisen wie die des Klägers und die ebenso wie dieser die streitigen GOPen im Rahmen des QZV abrechnen können, würde man also beispielsweise als Vergleichsgruppe diejenige der Internisten oder der Internisten und Hausärzte wählen, so würden diese speziellen Leistungen gewissermaßen im Verhältnis zur Gruppe der Internisten oder der Internisten und Hausärzte doppelt berücksichtigt, nämlich einmal innerhalb des für die QZV zur Verfügung stehenden Anteils und dann noch einmal innerhalb der Praxisbesonderheiten. Dies ginge doppelt zu Lasten derjenigen Internisten bzw. Internisten und/ oder Hausärzte, die ausschließlich innerhalb des RLV abrechnen können. Der Senat würde hierin das Honorargefüge und die sich aus dem Beschluss vom 26. März 2010 ergebende Systematik der Vergütungsstruktur erheblich gestört sehen.

Der Senat hält daher ebenso wie schon das Sozialgericht die Berechnungsmethode der Beklagten für ermessensfehlerfrei. Sie stellt sicher, dass der Kläger gegenüber anderen Praxen seiner Facharztgruppe keinen Nachteil erfährt. Die Beklagte hat auch das Vorliegen eines Härtefalles geprüft; ein solcher liegt bereits deshalb nicht vor, weil der Kläger mit seinem Honorar in den streitigen Quartalen insgesamt über dem Fachgruppennschnitt gelegen hat.

Schließlich ist der dem Kläger gewährte Betrag auch rechnerisch der Höhe nach nicht zu beanstanden. Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Berechnung sind weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2018-12-06