

S 18 KA 280/10

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 280/10

Datum

27.11.2013

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Bemerkung

Zur Höhe des Zuschlags für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften bei der Bildung des Regelleistungsvolumens ab dem 01.07.2009

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.

III. Der Streitwert wird auf 261.002,85 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Regelleistungsvolumens für die Abrechnungsquartale III und IV/2009, namentlich die Höhe des Zuschlags für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften. Bei der Klägerin handelt es sich um eine in L. ansässige Gemeinschaftspraxis dreier Fachärzte für Nuklearmedizin und von sechs Fachärzten für diagnostische Radiologie. Von den Fachärzten für Diagnostische Radiologie verfügt je ein Arzt über die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung für den Schwerpunkt Kinderradiologie (Dr. med. G.) bzw. Neuroradiologie (Dr. med. S.) sowie die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit dem jeweiligen Schwerpunkt. Mit Bescheid vom 26.06.2009 in der Fassung des Bescheides vom 10.08.2009 sowie mit Bescheid vom 08.09.2009 wies die Beklagte der Klägerin die Regelleistungsvolumina für die Quartale III/2009 bzw. IV/2009 jeweils unter Ansatz eines zehnprozentigen Zuschlags zweimal 5 Prozent für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften nach § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 Satz 3 Buchst. b des Honorarverteilungsmaßstabes in der ab dem 01.07.2009 geltenden Fassung des zweiten Nachtrags vom 30.06.2009 zu. Mit am 01.10. und am 21.10.2009 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben vom 30.09. und vom 19.10.2009 sowie mit am 25.10.2009 eingegangenem Schreiben vom 22.10.2009 widersprach die Klägerin den Zuweisungen und beantragte jeweils die Neufestsetzung des Regelleistungsvolumens unter Ansatz des Erhöhungsfaktors für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften in Höhe von viermal 5 Prozent gleich 20 Prozent, weil in der Praxis zusätzlich zu den beiden Facharztgruppen Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin noch die beiden Schwerpunkte Kinder- und Neuroradiologie vertreten seien. Auf frühere Anträge der Klägerin auf Neufestsetzung des Regelleistungsvolumens ab dem Quartal I/2009 räumte die Beklagte der Klägerin mit am 24.11.2009 zugestelltem Bescheid vom 20.11.2009 ein höheres Regelleistungsvolumen unter Zugrundlegung eines höheren Fallwertes für Dr. med. Sch. (ab dem Quartal I/2009) und Dr. med. P. (für das Quartal I/2009 und ab dem Quartal III/2009), einer höheren Fallzahl für Dr. med. R. (für die Quartale II bis III/2009) sowie von Amts wegen auch in Anwendung der Jungarztregelung ab dem Quartal III/2009 ein. Hinsichtlich des Zuschlags für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften ab dem Quartal III/2009 beließ sie es hingegen beim Ansatz des zehnprozentigen Erhöhungsbetrages. Der Zuschlag könne nur in Höhe von je 5 Prozent für die beiden Facharztgruppen Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin, insgesamt also 10 Prozent, gewährt werden. Für gesonderte Schwerpunkte dürften die Aufschläge von je 5 Prozent nur entsprechend der Fachgruppenspezifika des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gewährt werden, zum Beispiel für verschiedene internistische Schwerpunkte. Auf die Schwerpunkte Kinder- und Neuroradiologie treffe das nicht zu. Auf Basis des weiterhin jeweils nur zehnprozentigen Aufschlags wies die Beklagte der Klägerin ein Regelleistungsvolumen für das Quartal III/2009 in Höhe von 1.136.787,79 EUR und für das Quartal IV/2009 in Höhe von 1.095.600,86 EUR zu. Auf Grund einer Neuberechnung des Teilvolumens für die Jungärzte der Praxis korrigierte sie diese Zuweisung später nochmals für das Quartal III/2009 auf 1.610.344,83 EUR bzw. für das Quartal IV/2009 auf 1.611.288,76 EUR. Die Klägerin erhob gegen die Neuzuweisung mit am 01.12.2009 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom 27.11.2009 Widerspruch. Unter anderem beanstandete sie nochmals, der fünfprozentige Zuschlag für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften müsse viermal angesetzt werden, sowohl für jede Facharztgruppe als auch für die beiden Schwerpunkte.

Auch bei Internisten werde der Zuschlag für jeden in der Berufsausübungsgemeinschaft vertretenen Schwerpunkt gewährt. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 12.11.2010, der am 17.11.2010 zugestellt wurde, zurück. Der Klägerin könne kein weiterer Zuschlag für die beiden Schwerpunkte gewährt werden. Dieser werde nur für Ärzte eingeräumt, die auf Grund ihres Schwerpunktes und daraus resultierender abweichender Abrechnung einer separaten Vergleichsgruppe zugeordnet würden. Auf die in der Berufsausübungsgemeinschaft vertretenen Schwerpunkte nach der Weiterbildungsordnung komme es nicht an, weil die Qualifikation allein nicht berücksichtige, ob die Schwerpunkttätigkeit überhaupt ausgeübt werde. Hiergegen richtet sich die am 15.12.2010 eingegangene Klage vom 13.12.2010. Die Klägerin beschränkt die Klage auf die Höhe des Zuschlags für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften. Ausreichend für den Ansatz des Zuschlages sei das Vorhandensein eines Schwerpunktes im Sinne des Weiterbildungsrechts. Es fehle an einer Rechtsgrundlage, um auf die Arztgruppen im Sinne der Kapitel bzw. Abschnitte des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes abzustellen. Entscheidend sei der mit der Zulassung für den Schwerpunkt verbundene Versorgungsauftrag, der den Leistungsmehrbedarf auslöse. Die Klägerin beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 20.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.11.2010 aufzuheben, soweit die Beklagte eine Festsetzung des Regelleistungsvolumens auf Basis eines Zuschlages für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübung von 20 Prozent abgelehnt hat, und die Beklagte zu verurteilen, insoweit über die Festsetzung des Regelleistungsvolumens für die Quartale III und IV/2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie nimmt auf die Begründung des Widerspruchsbescheides Bezug und verweist auf Nr. 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte mit der Niederschrift über die mündliche Verhandlung und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig. Insbesondere steht der Zulässigkeit der auf Neufestsetzung des Regelleistungsvolumens gerichteten Klage nicht entgegen, dass die Klägerin nicht gleichzeitig die Honorarbescheide für die streitgegenständlichen Quartale III und IV/2009 zur Überprüfung des Gerichts gestellt hat (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 15.08.2012, Az. [B 6 KA 38/11 R](#), juris Rn. 11 ff.). Denn der Klägerin ist jedenfalls Vertrauensschutz dahin gehend zu gewähren, dass die Beklagte sich nicht auf die Bindungswirkung der Honorarbescheide beruft, wenn und solange die aus der Abrechnung in zulässiger Weise ausgegliederte Festsetzung der maßgeblichen Berechnungsgrößen noch nicht bestandskräftig geworden ist. Die Klägerin durfte deshalb annehmen, dass die vom Bundessozialgericht erst in der nach Anhängigkeit des vorliegenden Verfahrens geänderten Rechtsprechung gedanklich vorausgesetzte Funktion einer abschließenden verbindlichen Regelung gerade noch nicht eingetreten und die Bindungswirkung der Honorarbescheide partiell gehemmt ist (zum Vertrauensschutz: Bundessozialgericht a.a.O., juris Rn. 16). In zulässiger Weise hat die Klägerin den Klagegegenstand auf die Frage nach der Höhe des Zuschlages für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften als Vorfrage für die Festsetzung des Regelleistungsvolumens beschränkt. Ebenso wie die Bemessung des Regelleistungsvolumens als unselbständige Berechnungsgröße der Honorarabrechnung Gegenstand eines eigenen Verfahrens sein kann (vgl. Bundessozialgericht a.a.O., juris Rn. 10), ist auch die Ausgliederung des Rechtsstreits über eine abgrenzbare Berechnungsgröße des Regelleistungsvolumens unter Streitlosstellung der übrigen Berechnungsgrößen soweit keine zu Verzerrungen führende Wechselbezüglichkeit besteht möglich. Im Übrigen bestehen unter Berücksichtigung des Urteils des Bundessozialgerichts vom 05.06.2013, Az. [B 6 KA 32/12 R](#), keine durchgreifenden Bedenken gegen die Bildung des Regelleistungsvolumens der für die Klägerin einschlägigen Vergleichsgruppe unter Bildung fallwertbezogener Untergruppen. An die so strukturierten Regelleistungsvolumina knüpft der streitige Erhöhungsfaktor an, ohne dass eine isolierte Änderung desselben zu einer Verzerrung der übrigen Berechnungsschritte wegen Wertungswidersprüchen oder Rekursionen führen würde. Die Klage ist unbegründet. Der nur zweifache Ansatz des Erhöhungsfaktors von je 5 Prozent für die Fachgruppen Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin, nicht aber für die beiden Schwerpunkte Kinder- und Neuroradiologie ist nicht zu beanstanden. Dies resultiert allerdings nicht, wie die Beklagte geltend macht, aus dem allgemeinen Qualifikationsvorbehalt nach Nr. 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Denn dieser trifft keine Aussage zu Abrechnungsvorbehalten speziell für Fachgruppen und Schwerpunkte, an die allein die hier streitige Honorarverteilungsregelung anknüpft. § 8 Abs. 3 Unterabsatz 5 des in den streitgegenständlichen Quartalen geltenden Honorarverteilungsmaßstabes lautet: "Die Höhe des zutreffenden RLV für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Vergleichsgruppe/desselben Schwerpunktes wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % berechnet. Diese Regelung ist befristet vom 01.01.2009 bis zum 30.06.2009. Ab dem 1. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2009 gelten folgende Regelungen: a) die Regelleistungsvolumen für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe werden um 10 % erhöht und b) die Regelleistungsvolumen für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte werden um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal 6 Arztgruppen bzw. Schwerpunkte sowie für jede weitere Arztgruppe bzw. jeden weiteren Schwerpunkt um weitere 2,5 %, maximal jedoch insgesamt um 40 % erhöht." Die Regelung im Honorarverteilungsmaßstab beruht auf den Vorgaben aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in dessen 180. Sitzung am 20.04.2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Regelungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 mit Wirkung zum 01.07.2009, Teil A Nr. 1 zu Teil F Nr. 1.2.4 Abs. 2 neu des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses aus dessen 7. Sitzung am 27./28.08.2008. Diese lauten: "Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das nach Anlage 2 Nr. 5 ermittelte praxisbezogene Regelleistungsvolumen a) für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht b) für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkt, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt um 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens um 40 % erhöht. Diese Regelung gilt vorerst bis zum 31. Dezember 2009. Eine Anschlussregelung hinsichtlich der Fallzählung muss die Ergebnisse der Entwicklung der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen ab dem 1. Quartal 2008 sowie die Arztfälle ab dem 3. Quartal 2008 bis einschließlich 1. Quartal 2009 bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten berücksichtigen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die entsprechenden Daten bis zum 31. August 2009 dem Institut des Bewertungsausschusses für weitergehende Analysen zur Verfügung zu stellen. Über die Spezifikation der Daten werden sich die Vertragspartner einigen." Die Vorgaben wurden nachfolgend durch den Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 199. Sitzung vom 22.09.2009, aus der 215. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), aus der 218. Sitzung vom 26.03.2010, aus der 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und aus der 245. Sitzung vom 22.12.2010 bis schließlich 30.06.2011 verlängert. Mit Wirkung ab dem 01.07.2011 ersetzte der Bewertungsausschuss sie durch den Beschluss aus der 245. Sitzung vom 22.12.2010 durch Einführung eines Zuschlages entsprechend dem Faktor des Kooperationsgrades auf die Regelleistungsvolumina je Arzt in Gestalt des 100 % übersteigenden und auf volle 10 Prozent abgerundeten Quotienten aus Arzt-

und Behandlungsfallzahl der Berufsausübungsgemeinschaft. Die Arztgruppen bzw. Schwerpunkte im Sinne von § 8 Abs. 3 Unterabs. 5 Satz 3 Buchst. b HVM werden nicht allein durch die Qualifikation der an der Berufsausübungsgemeinschaft beteiligten Ärzte nach dem Weiterbildungsrecht definiert. Die Abrechenbarkeit der vertragsärztlichen Leistungen, für die das Regelleistungsvolumen den Abrechnungsrahmen bereitstellt, richtet sich zusätzlich nach dem an Hand der Fachgebiete gegliederten Versorgungsauftrag entsprechend der Zulassung bzw. Anstellungsgenehmigung (§ 95 Abs. 3 und § 103 Abs. 2 Satz 3 SGB V, § 18 Abs. 1 Satz 1 und § 24 Abs. 6 Ärzte-ZV). Dies gilt in der Konsequenz auch für die an die Qualifikation anknüpfenden Honorarverteilungsregelungen über die Berechnung der Regelleistungsvolumina. Hier hat der Zulassungsausschuss eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht nur für das Fachgebiet, sondern der Kinderradiologin Dr. med. G. am 08.06.1999 und dem Neuroradiologen Dr. med. S. am 18.06.2002 darüber hinaus ausdrücklich auch für den ohnehin innerhalb der Fachgebietsgrenzen liegenden Schwerpunkt erteilt. Der Versorgungsauftrag beider Ärzte für die der Subspezialisierung zuzurechnenden Leistungen des Schwerpunktes steht somit außer Frage. Keine Bedeutung für die Zuerkennung des Erhöhungsfaktors nach § 8 Abs. 3 Unterabs. 5 Satz 3 Buchst. b HVM hat dagegen die Frage, ob die Ärzte tatsächlich spezielle Leistungen des Fachgebiets bzw. Schwerpunktes, auf den sich ihre Zulassung erstreckt, erbringen. Es handelt sich bei § 8 Abs. 3 Unterabs. 5 HVM und den dieser zu Grunde liegenden Vorgaben des Bewertungsausschusses um eine sowohl tatbestandsseitig typisierende als auch rechtsfolgenseitig pauschalisierende Regelung mit der Zielsetzung, die fachübergreifende Kooperation in Berufsausübungsgemeinschaften zu fördern und Anreize für die Umwandlung von Gemeinschaftspraxen in Praxisgemeinschaften entgegenzuwirken, die aus der Umstellung der für die Berechnung der Regelleistungsvolumina relevanten Fallzahlen vom Arzt- auf den Behandlungsfall ab dem 01.07.2009 resultierten. Dieses Anliegen wird durch eine Förderung kooperativer Strukturen im Rahmen der Honorarabrechnung verwirklicht. Allein die Möglichkeit, dass es innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft zu einer Kooperation kommen kann, weil Ärzte verschiedener Fachgruppen bzw. Schwerpunkte vertreten und innerhalb ihres Versorgungsauftrags berechtigt sind, Leistungen ihres jeweiligen Gebiets bzw. Schwerpunktes zu erbringen, zieht die unwiderlegliche Vermutung nach sich, dass es auch zu einem fachübergreifenden Austausch kommt, und rechtfertigt bereits den Budgetaufschlag. Zudem kann schon wegen der Zuweisung der Regelleistungsvolumina vor Beginn des Abrechnungsquartals (§ 87b Abs. 5 Satz 1 2. Halbsatz SGB V) deren Berechnung nicht von einem erst nachträglich feststellbaren Leistungs- und Abrechnungsverhalten abhängig gemacht werden. Eine vom Versorgungsauftrag umfasste Qualifikation als Facharzt bzw. ein Schwerpunkt im Sinne des Weiterbildungsrechts ist indessen nur eine notwendige, allein aber noch nicht hinreichende Voraussetzung für die Anwendung des § 8 Abs. 3 Unterabs. 5 Satz 3 Buchst. b HVM. Zutreffend macht die Beklagte die Zuerkennung des Zuschlags für Ärzte mit speziellem Schwerpunkt davon abhängig, dass dieser Schwerpunkt von Relevanz für Berechtigung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab in Abgrenzung zu den übrigen Ärzten der Fachgruppe ist. Dies folgt aus der Wechselbezüglichkeit zwischen den Vorschriften über die Bildung des Regelleistungsvolumens und der nach fachlichen Gesichtspunkten gegliederten Bewertung der ärztlichen Leistungen, für deren Abrechnung das Regelleistungsvolumen den Rahmen bildet. Diese Bedingung ist hier nicht erfüllt. Anders als beispielsweise Internisten, denen der Nachweis eines Schwerpunktes die Möglichkeit zur Erbringung der Leistungen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung einschließlich der jeweiligen Grundpauschalen eröffnet, steht den Ärzten der Klägerin mit den Schwerpunkten Kinder- und Neuroradiologie das gesamte Spektrum der für die Fachgruppe Diagnostische Radiologie abrechenbaren Leistungen ebenso offen wie die Radiologen ohne Schwerpunkt auch kinder- und neuroradiologische Leistungen erbringen und abrechnen dürfen, ohne dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab insoweit spezielle Gebührenordnungspositionen vorsehen würde, die den Ärzten mit Schwerpunkt vorbehalten wären. Eine patienten- bzw. indikationsbezogene Zuweisung der für die Subspezialisierung einschlägigen Fälle zu den Ärzten mit Schwerpunkt ist zwar möglich und sinnvoll, jedoch nicht notwendig und wegen des Gleichlaufs der Abrechnungsvoraussetzungen auch nicht kooperationsrelevant - denn jeder Arzt der Fachgruppe, ob mit oder ohne Schwerpunkt, kann bei jedem Patienten das gesamte Leistungsspektrum erbringen, ohne dass Anlass für eine Inanspruchnahme verschiedener Ärzte der gleichen Fachgruppe im selben Behandlungsfall bestünde. Hintergrund der Anfügung des Absatzes 2 in Teil F Nr. 1.2.4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses aus dessen 7. Sitzung am 27./28.08.2008, auf dem § 8 Abs. 3 Unterabs. 5 Satz 3 Buchst. b HVM beruht, war die zeitgleich zum 01.07.2009 erfolgte Umstellung der für die Bildung der Regelleistungsvolumina maßgeblichen Fallzahlen des Referenzzeitraums auf die Zahl der Behandlungs- anstatt wie zuvor der Arztfälle. Hierdurch wurden einerseits Fehlanreize vermieden, durch die parallele Behandlung von Patienten durch mehrere Ärzte der selben Fachgruppe zusätzliche Fallzahlen zu generieren, um künftig ein höheres Regelleistungsvolumen zu erzielen. Andererseits hatte die Umstellung zur Folge, dass auch in Praxen, in denen namentlich multimorbide Patienten wegen der Fachgebietsgrenzen durch verschiedene Ärzte interdisziplinär betreut werden müssen, nur ein Behandlungsfall in das Regelleistungsvolumen des Folgejahres einfließt. Um dem Anreiz entgegenzuwirken, deshalb Berufsausübungsgemeinschaften in Praxisgemeinschaften mit jeweils separater Fallzählung umzuwandeln, wurde die Berufsausübung in fach- und schwerpunktgleichen Gemeinschaften mit einem pauschalen Aufschlag von 10 Prozent und die Berufsausübung in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften mit einem Aufschlag von 5 Prozent je Fachgruppe bzw. Schwerpunkt auf das Regelleistungsvolumen honoriert. Die Regelung findet eine Parallele in Nr. 5.1 Satz 4 (Unterabs. 3) der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in der seit dem 01.01.2009 geltenden Fassung wonach in arztgruppen- und schwerpunktgleichen (Teil)Berufs-aus-übungs-ge-mein-schaft-en oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten der selben Arztgruppe bzw. des selben Schwerpunktes ein Aufschlag in Höhe von 10 Prozent auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen erfolgt. Diese Regelung kompensiert teilweise die nur einfache Abrechenbarkeit der genannten Pauschalen bei Behandlung durch mehrere Ärzte im selben Behandlungsfall nach Nr. 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen, um Anreize zur Umwandlung fachübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften in Praxisgemeinschaften zu begegnen. Den "arztgruppen- und schwerpunktgleichen" Praxen im Sinne dieser Regelung stellt Nr. 5.1 Satz 2 und 3 (Unterabs. 2) der Allgemeinen Bestimmungen die "internistischen schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften" gegenüber, in denen die Internisten verschiedener Schwerpunkte nicht nur ihre schwerpunktorientierten speziellen Leistungen, sondern darüber hinaus auch die dem jeweiligen Schwerpunkt zugeordneten Grundpauschalen aus den Abschnitten 13.1 bis 13.8 des Kapitels 13 EBM im selben Behandlungsfall nebeneinander abrechnen dürfen, sowie "pädiatrische schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften", in denen ebenfalls Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten nebeneinander berechnungsfähig sind und die zudem, wenn ein Kinderarzt mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig wird, die pädiatrischen Versichertenpauschalen mit einem Aufschlag in Höhe von 40 Prozent abrechnen dürfen (Kapitel 4 Präambel 4.1 Nr. 4 Satz 2 EBM). Abgesehen davon, dass die Fachgruppe der Radiologen lediglich die Konsiliarpauschale, jedoch keine Versicherten- oder Grundpauschalen abrechnen kann, unterfallen Fachärzte für Diagnostische Radiologie nur der Regelung des Nr. 5.1 Satz 4 (Unterabs. 3), nicht aber Nr. 5.1 Satz 2 und 3 (Unterabs. 2) der Allgemeinen Bestimmungen, so dass sich hieraus bei der Behandlung eines Patienten durch mehrere Radiologen unterschiedlicher Schwerpunkte im selben Behandlungsfall kein über den zehnpromzentigen Aufschlag auf die Konsiliarpauschale hinausgehender Leistungsmehrbedarf ergibt, dem nicht schon durch die pauschale zehnpromzentige Erhöhung des Regelleistungsvolumens nach § 8 Abs. 3 Unterabs. 5 Satz 3 Buchst. b HVM ausreichend Rechnung getragen wäre.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#), die Festsetzung des Streitwertes auf [§ 52 Abs. 1 GKG](#) in Verbindung mit [§ 1 Abs. 2 Nr. 3](#), [§ 3 Abs. 1](#) und [§ 63 Abs. 2 Satz 1 GKG](#) und [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) entsprechend nachstehender Tabelle: III/2009 IV/2009 Streitwert A Regelleistungsvolumen mit Faktor 1,1 1.610.344,83 EUR 1.611.288,76 EUR B Regelleistungsvolumen mit Faktor 1,2 1.756.739,81 EUR 1.757.769,56 EUR C Differenz Regelleistungsvolumina 146.394,98 EUR 146.480,80 EUR D Vergütungsquote Überschreitung 0,107158 0,110496 E Honorardifferenz $E = C \times (1 - D)$ 130.707,59 EUR 130.295,26 EUR 261.002,85 EUR

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2014-07-24