

## S 12 KA 1058/06

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 1058/06

Datum  
21.11.2007  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 2/08

Datum  
25.02.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Aus der 3 %igen Schwankungsbreite für einen Job-Sharing-Partner kann eine bestimmte Form der Höhervergütung, insbesondere keine entsprechende Ausweitung eines Individualbudgets verlangt werden. Auch folgt aus der Zulassung eines weiteren Behandlers nicht eine Bedarfssteigerung.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Sie hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für das Quartal I/05 und hierbei insbesondere um den Regelleistungsvolumenansatz für MRT-Leistungen.

Die Klägerin ist eine seit 01.01.1993 bestehende Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt. Sie besteht aus zwei Fachärzten für Radiologie. Herr Dr. med. C. ist seit 01.04.1979, Herr Dr. med. D. seit 01.01.1993 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In der Zeit vom 01.10.2004 bis zum 30.09.2005 gehörte ihr Herr Dr. E. als Job-Sharing-Partner des Herrn Dr. med. D. an. Die Klägerin betreibt einen CT und einen MRT.

Mit Bescheid vom 25.07.2005 setzte die Beklagte das Honorar aus Primär- und Ersatzkassen bei 3.925 Behandlungsfällen auf 395.713,42 Euro fest. Ein Teil der Leistungen wurde hierbei zu einem unteren Punktwert vergütet:

Oberer PW/Quote in %  
Unterer PW/Quote in %  
Konventionelle Radiologie Punktezahlvolumen unterer Punktwert PK 46.280 35.03 13.27  
EK 42.120 40.51 16.52  
Gesamt 88.400  
CT-Leistungen Radiologie Punktezahlvolumen unterer Punktwert PK 674.860,0 28.80  
EK 188.359,3 30.64  
Gesamt 863.219,3  
MRT-Leistungen Punktezahlvolumen unterer Punktwert PK 3.570.844,0 25.70  
EK 1.499.732,8 27.87  
Gesamt 5.070.576,8  
Übrige Leistungen Punktezahlvolumen unterer Punktwert PK 164.700 30.37  
EK 23.760 35.44  
Gesamt 188.460

Gesamt PK 4.456.684,0  
EK 1.753.972,1  
PK + EK 6.210.656,1  
(Punktwertangaben unter Berücksichtigung des EHV-Abzugs)

Hiergegen legte die Klägerin am 23.09.2005 Widerspruch ohne weitere Begründung ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.11.2006, zugestellt am 22.11.2006, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie u. a. aus, eine Beschwer nach LZ 505 und 506 HVM liege nicht vor. Für Radiologen würden verschiedene Regelleistungsvolumen gebildet werden. Ein Großteil der MRT-Leistungen sei zum unteren Punktwert vergütet worden. Das Regelleistungsvolumen sei auf der Grundlage des Quartals I/02 gebildet worden. Herr Dr. E., der als Job-Sharing-Assistent in der Praxis angestellt sei, habe nicht berücksichtigt werden können. Das Nettohonorar überschreite auch das Durchschnittshonorar der Fachgruppe von 285.901,53 Euro.

Hiergegen hat die Klägerin am 15.12.2006 die Klage erhoben. Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin vor, mit Schreiben vom 21.11.2005 habe sie den Widerspruch begründet. Das Schreiben sei zunächst als Telefax, dann mit der Post übersandt worden. Eine Kopie sei der Bezirksstelle PK. der Beklagten zugeleitet worden. Darin habe sie vorgetragen, dass gegenüber dem Referenzquartal I/02 ihre Fallzahl im Quartal I/05 deutlich gestiegen sei und sich ihre Leistungsanforderungen erheblich verändert hätten. Dies liege zum einen an ihrem aus Sicherheitsgründen räumlich erweiterten Versorgungsbereich und zum anderen an der massiven Zunahme von früher nicht angeforderten MR-Angiographien. Dies beruhe auf externen Gründen. Sie hätten deshalb eine Erhöhung um 15 % beantragt. Weiter trägt sie vor, über diesen Antrag sei sie noch nicht beschieden worden. Der Honorarbescheid berücksichtige nicht die Veränderung bei der Leistungserbringung und die Tätigkeit des Dr. E ... Ihr Versorgungsauftrag habe sich erweitert. Die Fallzahl habe um 500 Fälle zugenommen. MR-Angiographien hätten um mehrere 100 % zugenommen. Durch die Assistentenbeschäftigung sei eine Steigerung um 3 % zulässig. Im Vorquartal IV/04 habe das Bruttohonorar noch 468.110,72 Euro betragen bei mit 4.028 Fällen gegenüber 4.027 Fällen nahezu identischer Fallzahl und gleichem Leistungsspektrum. Es sei zu vermuten, dass ein immanenter Fehler vorliege. Die Ermittlung der Fallzahl im Referenzquartal sei nicht nachvollziehbar. Die Begründung sei unzureichend. Bei einer erheblichen Honorarschwankung zum Vorquartal müsse dies erläutert werden. Die Gegenüberstellung mit den Durchschnittshonoraren sei fehlerhaft, weil damit sämtliche Radiologen erfasst würden, unabhängig von ihrer apparativen Ausstattung. Maßgeblich sei auch ihr Sicherstellungsauftrag.

Die Klägerin beantragt,  
unter Aufhebung des Bescheids vom 25.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.11.2006 die Beklagte zu verurteilen, sie hinsichtlich ihres Honoraranspruchs für das Quartal I/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie trägt ergänzend zur Begründung im Widerspruchsbescheid vor, das Honorar der Klägerin liege weit über dem Durchschnittshonorar der Fachgruppe. Dies gelte auch für die vorausgehenden Quartale seit I/02. Die MRT-Leistungen seien mit 2,81 Cent bis zu einer Grenze von 70 % bezogen auf das Referenzquartal, die darüber hinausgehenden Forderungen noch mit 1,4 Cent bei den Primärkassen und 1,7 Cent bei den Ersatzkassen vergütet worden. Auch ein überdurchschnittlicher Überweisungsanteil begründe keinen Anspruch auf eine Sonderregelung. Die 3 %ige Steigerung sei letztlich realisiert worden. Ein Fehler liege nicht vor. Ein Anspruch auf Vergütung zu einem festen Punktwert bestehe nicht.

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 zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

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

Die Klage ist aber unbegründet. Der Bescheid vom 25.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.11.2006 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Antrags hinsichtlich des Regelleistungsvolumenansatzes unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt 2. HVM (Grundsätze der Honorarverteilung, Bekanntmachung Teil 1 vom 25.06.2003) in der hier maßgeblichen Fassung sieht für die Klägerin, die als radiologische Gemeinschaftspraxis der Honorar(unter)gruppe B 2.17 nach Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM zugeordnet ist, eine Individualbudgetierung vor. Für Radiologen wird in sieben Teilleistungsbereichen, getrennt für Primär- und Ersatzkassen, ein Individualbudget auf der Grundlage des vergleichbaren Quartals im Jahr 2002 gebildet. Bis zu einer Grenze von 70 % bzw. 100 % wird ein fester Punktwert vergütet. Alle darüber hinausgehenden Leistungen werden mit dem rechnerischen (quotierten) Punktwert der jeweiligen Honorar(unter)gruppe vergütet, mindestens aber mit einem Punktwert von 0,5 Cent oder maximal 1,79 Cent, hier im konkreten Fall von 1,327 Cent im Primär- und 1,652 Cent im Ersatzkassenbereich.

Die Beklagte hat diese Bestimmungen zutreffend angewandt. Nach den genannten Regelungen in ihrem HVM war auf das Bezugsquartal des Jahres 2002 zurückzugreifen. Soweit der Kläger ganz allgemein einen Fehler nicht ausschließt, fehlt es an einer Darlegung im Einzelnen. Die von der Beklagten in der mündlichen Verhandlung erläuterte geringfügige Korrektur der Individualbudgetierung erfolgte zugunsten der Klägerin, von daher kann hier dahinstehen, auf welcher Grundlage sie vorgenommen wurde. Ein solcher Fehler ist nicht ersichtlich. Eine formelle Rechtswidrigkeit folgt auch nicht aus dem Umstand, dass die Widerspruchsbegründung von der Beklagten nicht verwertet wurde, oder einer evtl. unzureichenden Begründung, da es sich insofern um eine gebundene Entscheidung handelt (vgl. [§ 42 Satz 1 SGB X](#)).

Die Voraussetzungen für eine Ausnahmeregelung nach Nr. 4 in Abschnitt 2. der Anlage 3 zu LZ 702 HVM liegen nicht vor. Die Gemeinschaftspraxis bestand auch nach dem Jahr 2002 mit Praxissitz in A-Stadt fort, jeweils mit zwei Behandlern, sieht man von dem zeitweisen Job-Sharing-Verhältnis ab. Die Ausnahmeregelung ist auch nicht zu beanstanden. Der Job-Sharing-Partner ist nicht zu

berücksichtigen. Mit dessen Zulassung wird gerade kein ergänzender Versorgungsauftrag erteilt, weshalb sich beide Vertragsärzte zur Leistungsbegrenzung verpflichten müssen ([§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#)). Durch diese mit dem 2. GKV-NOG eingeführten Regelungen für ein sog. Job-Sharing in Gemeinschaftspraxen und für die erleichterte Anstellung von Ärzten wollte der Gesetzgeber die Bedarfsplanung flexibilisieren und den Bedürfnissen vieler Ärzte nach individueller Festlegung ihres Arbeitseinsatzes nachkommen und zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte schaffen, ohne dass damit eine Leistungsausweitung verbunden ist. Voraussetzung ist, dass der Partnerarzt zusammen mit einem bereits niedergelassenen Arzt eine Gemeinschaftspraxis bildet. Für die sich zusammenschließenden Ärzte ist Fachgebietsidentität notwendig, da diese besondere Form der Gemeinschaftspraxis voraussetzt, dass durch sie Art und Umfang der Leistungen des bisherigen Praxisinhabers nicht ausgeweitet werden, d. h. die Praxisidentität muss erhalten bleiben. Deshalb ist Voraussetzung für die Zulassung, dass sich die Praxisinhaber zu Leistungsbegrenzungen in Höhe des bisherigen Praxisumfangs verpflichten. Die Neuzulassung wird deshalb bei den Feststellungen zum Versorgungsgrad nicht mitgerechnet (vgl. Gesundheitsausschuss, [BT-Drs. 13/7264, S. 27](#) f. u. 111 ff. (zu Art. 1 Nr. 27 c neu)). Die budgetartige Deckelung ermöglicht zusätzliche Zulassungen und hat die zuvor bestehende Einbeziehung der angestellten Ärzte in die Bedarfsplanung abgelöst. § 23k Abs. 1 BedarfspIRL-Ä i.V.m. Nr. 23c bis 23f BedarfspIRL-Ä (Bestimmungen für Gemeinschaftspraxen) regeln im Einzelnen, wie der Zulassungsausschuss die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis verbindlich festlegt und wie eine Anpassung zu erfolgen hat. Der Umfang der Leistungsbeschränkung ist unabhängig vom Beschäftigungsumfang des angestellten Arztes zu bestimmen. Aus den Abrechnungen von mindestens vier Vorquartalen sind Gesamtpunktzahlvolumina so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v. H. (auf den Fachgruppendurchschnitt bezogen) überschritten werden. Bei der Steigerungsrate handelt es sich lediglich um das Zugeständnis einer Schwankungsbreite. Hiervon unabhängig erfolgt die Honorarverteilung nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Aus der 3 %igen Schwankungsbreite kann eine bestimmte Form der Höhervergütung, insbesondere keine entsprechende Ausweitung eines Individualbudgets verlangt werden. Auch folgt aus der Zulassung eines weiteren Behandlers nicht eine Bedarfssteigerung. Ferner hat die Beklagte alle Leistungen vergütet, wenn auch zu unterschiedlichen Punktwerten.

Soweit die Klägerin vorträgt, dass gegenüber dem Referenzquartal I/02 ihre Fallzahl im Quartal I/05 deutlich gestiegen sei und sich ihre Leistungsanforderungen erheblich verändert hätten, wird damit nicht die Voraussetzung für eine Ausnahmeregelung nach Nr. 6 des Abschnitts 2. der Anlage 3 zu LZ 702 HVM nachgewiesen. Der räumliche Versorgungsbereich der Klägerin ist gleich geblieben, da sie ihren Vertragsarztsitz nicht verlegt hat. Dies gilt auch hinsichtlich der räumlichen Ausdehnung ihres Einzugsbereichs. Die behauptete massive Zunahme von früher nicht angeforderten MR-Angiographien ist, unterstellt, sie sei zutreffend, kein besonderes Problem, sondern betrifft alle gleichermaßen ausgestattete Praxen der Fachgruppe. Dass und weshalb eine Wanderungsbewegung von Patientenströmen zur Praxis der Klägerin erfolgt sein sollten, war der Kammer nicht nachvollziehbar.

Bei der Gegenüberstellung mit den Durchschnittshonoraren war die Beklagte nicht verpflichtet, innerhalb der Fachgruppe der Radiologen weiter nach deren apparativen Ausstattung zu differenzieren. Maßgeblich ist der jeweilige Durchschnitt der Fachgruppe (vgl. BSG, Urte. v. 28.03.2007 - [B 6 KA 9/06 R](#) - juris Rdnr. 16 m. w. N.).

Der insoweit anzuwendende HVM ist rechtlich nicht zu beanstanden. Honorarverteilungsmaßstäbe können Individualbudgets vorsehen, die für jeden Vertragsarzt unter Zugrundelegung seines Honorars in früheren Quartalen eine individuelle Honorarobergrenze ergeben (vgl. BSG, Urte. v. 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#) = [BSGE 92, 10](#) = [GesR 2004, 325](#) = [Breith 2004, 819](#) = [NZS 2004, 612](#) = [USK 2003-157](#), juris Rdnr. 13 ff.; BSG, Urte. v. 28.03.2007 - [B 6 KA 9/06 R](#) - juris Rdnr. 16)

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-04-25