

S 12 KA 299/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 299/07
Datum
10.12.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 13/09
Datum
10.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine Gemeinschaftspraxis mit drei Fachärzten für Diagnostische Radiologie kann im Rahmen der Individualbudgetierung nach Abschnitt Nr. 2 der Anlage 3 zu LZ 702 HVV der KV Hessen (hier: Quartal III/04) mit den Fallwerten der Fachgruppe budgetiert werden. Der Status als sog. junge Praxis wird nicht berührt, soweit jeweils die Fallzahl des aktuellen Quartals und nicht die eines früheren Referenzquartal maßgeblich ist. Allein aus dem Umstand, dass die Praxis in einem ländlichen Planungsbereich tätig ist, wird nicht nachvollziehbar, weshalb aus diesem Grund im Vergleich zur Fachgruppe vermehrt insb. MRT-Leistungen nachgefragt werden.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um den Umfang einer Sonderregelung zur Individualbudgetierung betreffend die beiden Quartale III/04 und IV/04 nach Abschnitt Nr. 2 der Anlage 3 zu Leitzahl 702 HVV.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt. Sie besteht seit 01.09.2002. Ihr gehören drei Fachärzte für Diagnostische Radiologie an, die aufgrund einer Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen worden waren. Die Honorarfestsetzungen für die streitbefangenen Quartale sowie die Festsetzungen im Rahmen der Abhilfe im Widerspruchsverfahren ergeben sich aus nachfolgender Übersicht:

Quartal III/04 IV/04 I/05
Honorarbescheid v. 07.03.2005 17.04.2005 25.07.2005
Bruttohonorar PK + EK in Euro 279.277,55 309.124,15 285.069,38
Fallzahl PK + EK 2.580 2.663 2.570

Individualbudgetierung nach Anlage 3 zu LZ 702 (2)
Ausgangsquartal III/02 IV/02 I/02
Konventionelle Radiologie Punktmenge (100 %)
Ausgangsquartal PK 438.232 63.030 464.066
Ausgangsquartal EK 562.478 113.360 575.721
Unterer PW PK 0 42.950 0
Oberer PW PK 81.840 63.030 98.590
Unterer PW EK 0 65.310 0
Oberer PW EK 128.270 113.360 168.940
Nach Abhilfe im Widerspruchsbescheid
Oberer PW PK 954.992,7
Oberer PW EK 885.772,8
Zusätzlich oberer PW PK+EK 108.260,0

Übrige Leistungen Punktmenge (100 %)
Ausgangsquartal PK 579.904 236.040 564.124

Ausgangsquartal EK 450.547 128.420 433.407

Unterer PW PK 0 152.800 0

Oberer PW PK 378.950 236.040 370.500

Unterer PW EK 0 86.920 0

Oberer PW EK 206.370 128.420 206.490

Nach Abhilfe im Widerspruchsbescheid

Oberer PW PK 152.800,0

Oberer PW EK 86.920,0

Zusätzlich oberer PW PK+EK 239.720,0

CT Punktmenge (70 %)

Ausgangsquartal PK 967.708 342.410,3 949.688

Ausgangsquartal EK 650.138 135.299,5 630.534

Unterer PW PK 1.196.232 1.784.292,3 853.833,6

Oberer PW PK 967.708 342.410,3 949.688

Unterer PW EK 483.173 1.008.641 439.878

Oberer PW EK 650.138 135.299,5 630.534

Nach Abhilfe im Widerspruchsbescheid

Oberer PW PK 1.933.486,2 1.994.631,3 1.803.521,6

Oberer PW EK 916.710,3 942.531,6 1.070.412,0

Zusätzlich oberer PW PK+EK 1.232.350,5 2.459.453,1 1.293.711,6

MRT Punktmenge (70 %)

Ausgangsquartal PK 2.231.557 2.259.711,6 2.589.685

Ausgangsquartal EK 1.811.529 1.205.865,7 1.634.955

Unterer PW PK 2.082.251,2 1.938.938,4 1.212.215

Oberer PW PK 2.231.557 2.259.711,6 2.589.685

Unterer PW EK 894.071,3 1.046.984,3 523.595

Oberer PW EK 1.811.529 1.205.865,7 1.634.955

Nach Abhilfe im Widerspruchsbescheid

Oberer PW PK 3.762.078 3.748.307,4 3.901.900,0

Oberer PW EK 2.171.354,7 2.142.574,8 2.158.550,0

Zusätzlich oberer PW PK+EK 1.890.346,7 2.425.304,9 1.735.810,0

Unterer PW Punktmenge gesamt (PK und EK)- 4.655.727,6 6.126.836 3.029.521,6

Nach Abhilfe im Widerspruchsbescheid

Unterer PW PK 782.184,0 582.413,9 0

Unterer PW EK 750.846,4 311.684,1 0

Summe 1.533.030,4 894.098 0

Zusätzlich anerkannte Punkte 3.122.697,2 5.232.738,0 3.029.521,6

Zusätzlich anerkanntes Honorar in EUR 19.890,57 21.779,44 - Berechnung der Kammer

Die Klägerin stellte unter Bezugnahme ihres Antrags zur Erhöhung des Individualbudgets für die Quartale IV/02 ff. am 01.04.2004 den Antrag, wegen der Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes ab dem Quartal III/03 auch für diese Quartale eine Einzelfallentscheidung zugunsten ihrer Praxis zu treffen. Zur Begründung des Antrags bezüglich der Quartale IV/02 ff. trug die Klägerin vor, für den Planungsbereich LI.-Land sei ein Bedarf von drei radiologischen Kassenarztsitzen ausgewiesen worden, die sie besetzt hätten. Ein Kollege betreibe im Planungsbereich noch ein CT. Ihre Gemeinschaftspraxis sei die einzige kernspintomographisch tätige radiologische Gemeinschaftspraxis im Planungsbereich LI.-Land mit ca. 255.264 Einwohnern. Sie hätten die Wartezeit für MRT-Untersuchungen von 6 bis 8 Wochen auf 2 bis 3 Wochen reduzieren können. Die Versorgungslücke im Bereich der MRT-Leistungen sei durch die Praxis weitgehend geschlossen worden. Bei einem Budget im Quartal I/03 von 1.264.743 Punkten und bei einem Punktebedarf für eine Standard-MRT-Untersuchung von 4.500 Punkten sei es jedem Arzt erlaubt, bei 60 Arbeitstagen im Quartal 4,68 Patienten am Tag zu einem festen Punktwert von 2,81 Cent abzurechnen. Andere Kollegen, die bereits 2001 tätig gewesen seien, könnten aber 16 bis 20 Patienten/Tag zu einem festen Punktwert abrechnen. Es sei nicht nachvollziehbar, drei Kassenarztsitze im Wege der Sonderbedarfszulassung zu besetzen, dann aber diese Praxis gegenüber den früher zugelassenen Praxen so deutlich herabzusetzen. Auch junge Praxen müssten ihren wirtschaftlichen Verpflichtungen nachkommen können. Es sei ein stetig steigender Leistungsbedarf zu verzeichnen.

Gegen den Widerspruchsbescheid vom 27.01.2004 bezüglich der Quartale IV/02 ff. erhob die Klägerin vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main zum Aktenzeichen S 12 KA 839/04 die Klage, die sie zwischenzeitlich zurücknahm.

Mit Bescheid vom 27.09.2006 gab die Beklagte dem Antrag insoweit statt, als sie ein Individualbudget gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt 2 HVM auf der Grundlage der Fallzahl der Klägerin aus dem aktuellen Quartal multipliziert mit der durchschnittlichen fallbezogenen Honorarforderung bzw. mit der durchschnittlichen fallbezogenen Honorarzahlung bezogen auf den jeweiligen Leistungsbereich für die Quartale III/04 bis I/05 zuerkannte. Gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II HVM gelte in der Honorargruppe B 2 mit einem rechnerischen Verteilungspunktwert für die Honorar(unter)gruppe B 2.17 (Radiologen und Strahlentherapeuten - VfG 65) eine Bewertungsvorgabe, nach der die Honorarforderung aus ambulanter Tätigkeit bei getrennter Betrachtung für Primär- und Ersatzkassen bis zu einer Grenze von in der Regel 70 % bezogen auf die vergleichbare Honorarforderung der Praxis (bzw. bei einer ggf. bestehenden zusätzlichen Gliederung nach Leistungsbereichen bezogen auf den jeweiligen Leistungsbereich) im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 bei Primärkassen und bei Ersatzkassen gemäß nachstehender Vorgabe bewertet werde:

Honorar(unter)gruppe Oberer Punktwert - Primärkassen (in Ct.) Oberer Punktwert - Ersatzkassen (in Ct.) Radiologen, Strahlentherapeuten (VfG 65)

B 2.17

- Leistungen der konventionellen Radiologie (bis zur Grenze von 100 %) 3,83 4,09
- Leistungen der nuklearmedizinischen In-vivo-Diagnostik 3,83 4,09
- CT-Leistungen 3,07 3,07
- MRT-Leistungen 2,81 2,81
- Leistungen des Abschnittes Q I.4 und I.5 EBM (bis zur Grenze von 100 %) 5,11 5,11
- Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel T EBM 3,32 3,58
- Übrige Leistungen (bis zur Grenze von 100 %)

Alle über den vorgenannten Rahmen von 70 % bzw. 100 % hinausgehenden Honorarforderungen der einzelnen Praxis werden mit dem rechnerischen Punktwert der Honorar(unter)gruppe, gebildet als Quote aus dem nach Abzug der notwendigen Honoraranteile von dem für die jeweilige Honorar(unter)gruppe zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag und den verbleibenden Honorarforderungen in diesem Honorar(unter)gruppen bewertet, mindestens aber mit einem Punktwert von 0,51 Cent, maximal 1,79 Cent. Soweit für eine Praxis eine Honorarforderung aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2002 nicht zur Verfügung stehe, sei der 70 %-Anteil bzw. 100 %-Anteil auf die durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der Arzt-/Fachgruppe in dem betreffenden Quartal des Jahres 2002 zu beziehen. In begründeten Einzelfällen könnten Sonderentscheidungen getroffen werden. Für so genannte junge Praxen habe der Vorstand entschieden, die Regelungen nach Abschnitt I entsprechend anzuwenden. Im Einzelnen sehe diese Regelung vor, dass einer nach Maßgabe der LZ 505 HVM von der fallzahlabhängigen Quotierung freigestellten so genannten jungen Praxis maximal ihre Fallzahl im aktuellen Quartal multipliziert mit der durchschnittlichen fallbezogenen Honorarforderung bzw. mit der durchschnittlichen fallbezogenen Honorarzahlung zuerkannt werden könne. Als junge Praxis gelte die Praxis, die weniger als zwölf Quartale im Abrechnungsquartal bestanden habe. Entsprechend diesen

Vorgaben sei für die Praxis der Klägerin im Quartal III/04 die arzt-/fachgruppenspezifischen Durchschnittswerte der einzelnen Leistungsbereiche aus dem entsprechenden Quartal III/02 zugrunde gelegt worden, da aufgrund der Niederlassung zum 01.09.2002 keine eigenen Abrechnungsdaten aus dem Basisquartal III/02 vorhanden seien. Damit ergebe sich ein Ausgangsvolumen im Quartal III/04 für den Bereich MRT-Leistungen für den Primärkassenbereich von 2.231.557,0 Punkten und für den Ersatzkassenbereich von 1.811.529,0 Punkten, für den Bereich CT-Leistungen 967.708,0 Punkte bzw. 650.138,0 Punkte. Die Summe der Leistungen zum unteren Punktwert betrage 3.278.483,2 Punkte im Primärkassen- und 1.377.244,4 Punkte im Ersatzkassenbereich. Unter Berücksichtigung der Sonderregelung ergäben sich zum oberen Punktwert Punktmengen für MRT-Leistungen von 3.762.078,0 im Primärkassenbereich und von 2.171.354,7 im Ersatzkassenbereich - zusätzlich seien damit 1.890.346,7 Punkte anerkannt worden - und für CT-Leistungen von 1.933.486,2 bzw. 916.710,3 - zusätzlich seien damit 1.232.350,5 Punkte anerkannt worden -. Die Summe der Leistungen zum unteren Punktwert betrage nach Umsetzung nur noch 782.184,0 Punkte im Primärkassenbereich und 750.846,4 Punkte im Ersatzkassenbereich. Es habe sich eine Nachvergütung von 19.890,57 Euro ergeben. Für das Quartal IV/04 hätten im Bereich MRT-Leistungen 2.259.711,6 Punkte bzw. 1.205.865,7 Punkte und im CT-Bereich 342.410,3 Punkte bzw. 135.299,5 Punkte anerkannt werden können. Außerdem seien für Leistungen der konventionellen Radiologie 63.030,0 Punkte bzw. 113.360,0 Punkte anerkannt worden. Die Summe der Leistungen zum unteren Punktwert betrage 3.918.980,7 Punkte im Primärkassen- und 2.207.855,3 Punkte im Ersatzkassenbereich. Unter Berücksichtigung der Sonderregelung ergäben sich zum oberen Punktwert Punktmengen für MRT-Leistungen von 3.748.307,4 im Primärkassenbereich und von 2.142.574,8 im Ersatzkassenbereich - zusätzlich seien damit 2.425.304,9 Punkte anerkannt worden -, für CT-Leistungen von 1.994.631,3 bzw. 942.531,6 - zusätzlich seien damit 2.459.453,1 Punkte anerkannt worden -, für die konventionelle Radiologie von 954.992,7 bzw. 885.772,8 - zusätzlich seien damit 108.260,0 Punkte anerkannt worden - und die übrigen Leistungen von 152.800,0 bzw. 86.920,0 Punkten - zusätzlich seien damit 239.720,0 Punkte anerkannt worden -. Die Summe der Leistungen zum unteren Punktwert betrage nach Umsetzung nur noch 582.413,9 Punkte im Primärkassenbereich und 311.684,1 Punkte im Ersatzkassenbereich. Es habe sich eine Nachvergütung von 21.779,44 Euro ergeben. Im Quartal I/05 habe das Ausgangsvolumen im Bereich MRT-Leistungen 2.589.685,0 Punkte bzw. 1.634.955,0 Punkte, im Bereich CT-Leistungen 949.688,0 Punkte bzw. 630.534,0 Punkte betragen. Zum unteren Punktwert seien 2.066.048,6 Punkte bzw. 963.473,0 Punkte vergütet worden. Unter Berücksichtigung der Sonderregelung ergäben sich zum oberen Punktwert Punktmengen für MRT-Leistungen von 3.901.900,0 im Primärkassenbereich und von 2.158.550,0 im Ersatzkassenbereich - zusätzlich seien damit 1.735.810,0 Punkte anerkannt worden - und für CT-Leistungen von 1.803.521,6 bzw. 1.070.412,0 - zusätzlich seien damit 1.293.711,6 Punkte anerkannt worden -. Es habe sich ein Belastungsbetrag von 662,26 Euro ergeben. Aufgrund der erstmaligen Niederlassung des Mitglieds Herrn Dr. C zum 01.04.2002 führe die Gemeinschaftspraxis bis einschließlich des Quartals I/05 den Status einer so genannten jungen Praxis. Im Ergebnis hätte somit die Sonderregelung für so genannte junge Praxen Anwendung finden können.

Hiergegen hat die Klägerin am 07.11.2005 Widerspruch erhoben. Sie trug vor, Herr Dr. C habe zwar tatsächlich zum 01.04.2002 die Zulassung erhalten, aber die Aufnahme seiner Tätigkeit bis zum 01.09.2002 verschoben und auch bis dahin keine Leistungen erbracht und abgerechnet, da er über keine Praxis verfüge habe. Der Bau der Praxis, ein Neubau, habe sich verzögert gehabt. Zu berücksichtigen sei auch, dass sie die einzige Praxis mit den Leistungen im Planungsbereich sei. Sie habe ein Fallwertproblem. Wegen des vorherigen Fehlens einer Großgerätepraxis und weiterer ärztlicher Praxen in ihrer Umgebung sei ein anhaltender Strom an Überweisungen im Großgerätebereich zu verzeichnen. Erst ab dem zweiten Quartal 2005 hätten sich die Leistungszahlen der Praxis stabilisiert. Ihre Praxis sei mit anderen radiologischen Praxen nicht vergleichbar. Zwischenzeitlich sei auch eine Ermächtigung im Planungsbereich erfolgt. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen sei, wie sich durchgängig bei allen Honorarabrechnungen zeige, zu niedrig. Die durchschnittliche Punktzahl der Praxis liege weit über dem Regelleistungsvolumen. Die Überschreitung betrage z. B. im vierten Quartal 2005 40 %. Ab dem Quartal II/05 habe die Ausgleichsregelung weitere Probleme gebracht. Das Fallzahlzugeständnis aufgrund der BSG-Rechtsprechung werde durch die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV ad absurdum geführt, weil der Auffüllungsbetrag je Fall nicht mit der über die Fallzahlzuwachsregelung zugestandenen Zahl der Fälle multipliziert werde, sondern nur mit der Fallzahl aus dem vierten Quartal 2004, die deutlich unterhalb liege. Insgesamt bekäme sie über 40 % ihrer Leistungen auf diese Art und Weise nicht vergütet.

Unter Datum vom 08.05.2007 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die Neuberechnungen auf der Grundlage des Bescheides vom 27.09.2005 zu einem Nachvergütungsbetrag in Höhe von 41.007,75 EUR (vor Abzug von Verwaltungskosten) geführt habe. Dem Schreiben fügte sie eine Übersicht mit den Änderungen als Anlage bei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2007, der Klägerin am 27.06. zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, es könne bestätigt werden, dass alle Mitglieder der Klägerin ihre vertragsärztliche Tätigkeit erst zum 01.09.2002

aufgenommen hätten. Ergänzend führte sie zu dem angefochtenen Ausgangsbescheid aus, entsprechend den Vorgaben des HVV sei für die Praxis der Klägerin im Quartal III/04 die arzt-/fachgruppenspezifischen Durchschnittswerte der einzelnen Leistungsbereiche aus dem entsprechenden Quartal III/02 zugrunde gelegt worden, da aufgrund der Niederlassung zum 01.09.2002 keine eigenen Abrechnungsdaten aus dem Basisquartal III/02 vorhanden seien. Damit ergebe sich ein Ausgangsvolumen im Quartal III/04 für den Bereich MRT-Leistungen für den Primärkassenbereich von 2.231.557,0 Punkten und für den Ersatzkassenbereich von 1.811.529,0 Punkten, für den Bereich CT-Leistungen 967.708,0 Punkte bzw. 650.138,0 Punkte. Die Summe der Leistungen zum unteren Punktwert betrage 3.278.483,2 Punkte im Primärkassen- und 1.377.244,4 Punkte im Ersatzkassenbereich. Unter Berücksichtigung der Sonderregelung ergäben sich zum oberen Punktwert Punktmengen für MRT-Leistungen von 3.762.078,0 im Primärkassenbereich und von 2.171.354,7 im Ersatzkassenbereich – zusätzlich seien damit 1.890.346,7 Punkte anerkannt worden – und für CT-Leistungen von 1.933.486,2 bzw. 916.710,3 – zusätzlich seien damit 1.232.350,5 Punkte anerkannt worden –. Die Summe der Leistungen zum unteren Punktwert betrage nach Umsetzung nur noch 782.184,0 Punkte im Primärkassenbereich und 750.846,4 Punkte im Ersatzkassenbereich. Es habe sich eine Nachvergütung von 19.890,57 Euro ergeben. Für das Quartal IV/04 hätten im Bereich MRT-Leistungen 2.259.711,6 Punkte bzw. 1.205.865,7 Punkte und im CT-Bereich 342.410,3 Punkte bzw. 135.299,5 Punkte anerkannt werden können. Außerdem seien für Leistungen der konventionellen Radiologie 63.030,0 Punkte bzw. 113.360,0 Punkte anerkannt worden. Die Summe der Leistungen zum unteren Punktwert betrage 3.918.980,7 Punkte im Primärkassen- und 2.207.855,3 Punkte im Ersatzkassenbereich. Unter Berücksichtigung der Sonderregelung ergäben sich zum oberen Punktwert Punktmengen für MRT-Leistungen von 3.748.307,4 im Primärkassenbereich und von 2.142.574,8 im Ersatzkassenbereich – zusätzlich seien damit 2.425.304,9 Punkte anerkannt worden –, für CT-Leistungen von 1.994.631,3 bzw. 942.531,6 – zusätzlich seien damit 2.459.453,1 Punkte anerkannt worden –, für die konventionelle Radiologie von 954.992,7 bzw. 885.772,8 – zusätzlich seien damit 108.260,0 Punkte anerkannt worden – und die übrigen Leistungen von 152.800,0 bzw. 86.920,0 Punkten – zusätzlich seien damit 239.720,0 Punkte anerkannt worden –. Die Summe der Leistungen zum unteren Punktwert betrage nach Umsetzung nur noch 582.413,9 Punkte im Primärkassenbereich und 311.684,1 Punkte im Ersatzkassenbereich. Es habe sich eine Nachvergütung von 21.779,44 Euro ergeben. Im Quartal I/05 habe das Ausgangsvolumen im Bereich MRT-Leistungen 2.589.685,0 Punkte bzw. 1.634.955,0 Punkte, im Bereich CT-Leistungen 949.688,0 Punkte bzw. 630.534,0 Punkte betragen. Zum unteren Punktwert seien 2.066.048,6 Punkte bzw. 963.473,0 Punkte vergütet worden. Unter Berücksichtigung der Sonderregelung ergäben sich zum oberen Punktwert Punktmengen für MRT-Leistungen von 3.901.900,0 im Primärkassenbereich und von 2.158.550,0 im Ersatzkassenbereich – zusätzlich seien damit 1.735.810,0 Punkte anerkannt worden – und für CT-Leistungen von 1.803.521,6 bzw. 1.070.412,0 – zusätzlich seien damit 1.293.711,6 Punkte anerkannt worden –. Es habe sich ein Belastungsbetrag von 662,26 Euro ergeben. Eine abweichende Sonderregelung sei nur aus Gründen der Sicherstellung möglich. Für die Beurteilung des Aspektes der Sicherstellung sei daher maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die vertragsärztliche Versorgung in diesem Bereich sicherstellten. Eine Überprüfung der Versorgungs- und Bedarfssituation im Landkreis LI. habe ergeben, dass die MRT-Leistungen von der Gemeinschaftspraxis als Alleinversorger sichergestellt würden. Aus diesem Grunde seien bereits in vorangegangenen Quartalen Sonderregelungen getroffen worden. CT-Leistungen würden im Landkreis LI. von einem weiteren niedergelassenen Kollegen und einer ermächtigten Kollegin erbracht werden. Im angrenzenden Planungsbereich LI.-Stadt würden mehrere niedergelassene Kollegen die streitgegenständlichen Leistungen abrechnen bzw. erbringen. Eine Sicherstellungsproblematik bestehe daher nicht.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.07.2007 die Klage erhoben. Sie hätte einen betrieblichen Berater um Mithilfe gebeten, der zur Auswertung und Überprüfung allerdings noch auf die Unterlagen der Beklagten warte. Es fehle auch noch eine Neuberechnung der Folgequartale auf der Grundlage der geänderten Honorarzahllungen für die hier streitbefangenen Quartale. Nach Auswertung der Unterlagen werde nur noch die Anhebung des Regelleistungsvolumens für die Quartale III und IV/04 begehrt. Die verbleibende Vergütung zu einem unteren Punktwert entspreche einer Mindervergütung von 17.000 EUR bzw. 15.000 EUR. Aufgrund der besonderen Sicherstellungsfunktion der Praxis hätte eine weitergehende Sonderregelung getroffen werden müssen. Sie versorge genauso viele Einwohnern (etwa 200.000) wie drei Praxen mit zehn Radiologen im angrenzenden Gebiet LI. Stadt. In LI. Land bestehe eine Unterversorgung. Es bestehe örtlich, strukturell und honorarrechtlich ein offensichtliches Missverhältnis zwischen den einzelnen Zulassungsgebieten. Sie lege Auszüge aus der Analyse der Unternehmensberatung Käsbach in Form von Übersichten zur Leistungs- und Vergütungsentwicklung ihrer Praxis vor.

Die Klägerin beantragt,
unter Abänderung des Bescheides vom 27.09.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2007 die Beklagte zu verurteilen, sie über den Antrag auf Festsetzung einer Sonderregelung über den Regelleistungsvolumenansatz betreffend die Quartale III/04 und IV/04 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid und ist weiterhin der Auffassung, die Klägerin habe keinen weitergehenden Anspruch auf eine Sonderregelung. Die Klägerin erhalte ein Budget aus aktueller Fallzahl multipliziert mit klägereigenen Werten oder der fachgruppenspezifischen durchschnittlichen fallbezogenen Honorarforderung. Die Durchschnittswerte würden für die einzelnen Leistungsbereiche und nur anhand der abrechnenden Ärzte ermittelt werden. Der Patientenzulauf werde bereits durch die Heranziehung der aktuellen Fallzahl beachtet.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigegebenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte 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 27.09.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2007 ist, soweit er noch angefochten wird, rechtmäßig und war daher nicht abzuändern. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Antrags auf

Festsetzung einer Sonderregelung über den Regelleistungsvolumenansatz betreffend die Quartale III/04 und IV/04 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Der Bescheid vom 27.09.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2007 ist, soweit er noch angefochten wird, rechtmäßig.

Maßgeblich für die Durchführung der Honorarverteilung für die Quartale III/03 bis einschließlich Quartal I/05 ist der Beschluss ihrer Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003, mit dem die Grundsätze der Honorarverteilung neu gefasst wurden, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6 der Bekanntmachung vom 25.06.2003 (info.doc Nr. 5/6 Juni 2003), und die ab dem Quartal III/04 gemäß der gesetzlichen Vorgabe ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)) als Honorarverteilungsvertrag aufgrund einer Vereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen fortgeführt wurden (im Folgenden: HVV).

Nach Abschnitt Nr. 2 der Anlage 3 zu LZ 702 HVV werden die der Honorargruppe B 2.17 zugeordneten Honorarforderungen aus ambulanter Tätigkeit jeder Praxis in 7 Leistungsbereiche aufgeteilt: - Leistungen der konventionellen Radiologie - Leistungen der nuklearmedizinischen In-vivo-Diagnostik - CT-Leistungen - MRT-Leistungen - Leistungen des Abschnittes Q I.4 und Q I.5 EBM - Strahlentherapeutische Leistungen des Kapitels T EBM - übrige Leistungen.

Die Leistungen in den einzelnen Leistungsbereichen werden (praxisbezogen) vorbehaltlich der Regelungen in den nachfolgenden Ziffern bis zu einer Grenze von 70 % bzw. 100 % bezogen auf die vergleichbare Honorarforderung des entsprechenden Quartals des Jahres 2002 wie folgt bewertet: - Leistungen der konventionellen Radiologie bis zu einer Grenze von 100 % mit einem Punktwert von 3,83 Ct. bei Primärkassen und 4,09 Ct. bei Ersatzkassen. - Leistungen der nuklearmedizinischen In-vivo-Diagnostik bis zu einer Grenze von 70 % mit einem Punktwert von 3,83 Ct. bei Primärkassen und 4,09 Ct. bei Ersatzkassen - CT-Leistungen bis zu einer Grenze von 70 % bei Primär- und Ersatzkassen mit 3,07 Ct. - MRT-Leistungen bis zu einer Grenze von 70 % bei Primär- und Ersatzkassen mit 2,81 Ct. - Leistungen der Abschnitte Q I.4 und Q I.5 EBM bis zu einer Grenze von 100 % mit einem Punktwert von 5,11 Ct. - Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel T EBM bis zu einer Grenze von 70 % bezogen auf die vergleichbare Honorarforderung des entsprechenden Quartals des Jahres 2001 mit einem Punktwert von 3,32 Ct. bei Primärkassen und 3,58 Ct. bei Ersatzkassen - übrige Leistungen bis zu einer Grenze von 100 % mit einem Punktwert von 3,32 Ct. bei Primärkassen und 3,58 Ct. bei Ersatzkassen (Nr. 1).

Alle über den vorgenannten Rahmen hinausgehenden Honorarforderungen der einzelnen Praxis werden mit dem rechnerischen Punktwert, gebildet als Quote aus dem nach Abzug der für Ziffer 2 notwendigen Honoraranteile von dem für die Honorar(unter)gruppe B 2.17 zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag und den verbleibenden Honorarforderungen, bewertet, mindestens aber mit einem Punktwert von 0,51 Ct. (1,0 Pfg.), maximal 1,79 Ct. (3,5 Pfg.) (Nr. 2).

Ist der noch zur Verfügung stehende Honoraranteil am Verteilungsbetrag nach Abzug der Honoraranteile nach Ziffer 2 nicht ausreichend zur Erreichung eines Mindestpunktwertes von 0,51 Ct. (1,0 Pfg.), so sind die Punktwerte nach Ziffer 1 jeweils entsprechend für Primär- bzw. Ersatzkassen getrennt so zu quotieren, dass die Mindestpunktwertbedingung in Ziffer 2 in der jeweiligen Honorar(unter)gruppe erfüllt wird. Dabei sind die Honoraranteile für Leistungen der Abschnitte Q I.4 und Q I.5 EBM mit einzubeziehen. Stehen unter Beachtung der Bedingungen nach Ziffer 2 nach erfolgter Vergütung dieser Leistungen noch Honoraranteile zur Verfügung, finden diese zur linearen Erhöhung der Punktwerte nach Ziffer 1 in der jeweiligen Honorar(unter)gruppe, ausgenommen für Leistungen der Abschnitte Q I.4 und Q I.5 EBM, Verwendung (Nr. 3).

Soweit für eine Praxis eine Honorarforderung für einen Leistungsbereich aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2002 nicht zur Verfügung steht, ist der 70 %-Anteil bzw. 100 %-Anteil auf die durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der Fachgruppe in diesem Leistungsbereich in dem betreffenden Quartal des Jahres 2002 zu beziehen - vorbehaltlich Sonderregelungen bei Übernahme einer Einzelpraxis. Von der genannten Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Honorarforderung aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2002 ist dann nicht auszugehen, wenn mindestens ein Mitglied der Praxis bereits im entsprechenden Vorjahresquartal niedergelassen gewesen ist. In diesem Fall bestimmt sich die Honorarforderung des entsprechenden Quartals des Jahres 2002 unter Berücksichtigung der Zahl der neu in eine Praxis eingetretenen bzw. ausgeschiedenen Praxisteilnehmer, für die in der Regel die entsprechende durchschnittliche Honorarforderung je Arzt (und ggf. beschränkt auf den entsprechenden Leistungsbereich) der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist. Wird eine Einzelpraxis übernommen, kann anstelle der Regelung nach Satz 1 auch die Honorarforderung aus der bisherigen Praxistätigkeit im entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2002 zugrunde gelegt werden. (Nr. 4).

Ergänzende Vorgaben sowie Regelungen zur Durchführung vorstehender Honorierungsbestimmungen erlässt der Vorstand (Nr. 7).

Ausgehend von diesen Regelungen, deren Rechtmäßigkeit klägerseits nicht bestritten wird und von deren Rechtmäßigkeit die Kammer ausgeht, hat die Beklagte die einzelnen Individualbudgets für die noch streitbefangenen Quartale III und IV/04 nach der Abhilfe im Widerspruchsverfahren zutreffend berechnet.

Die Beklagte hat die Individualbudgets aus dem Produkt von aktueller Fallzahl und - für das Quartal III/04 - dem Fallwert der Fachgruppe bzw. - für das Quartal IV/04 - mit dem Fallwert der Klägerin im Quartal IV/02 gebildet. Soweit die Klägerin auf ihren Status als sog. junge Praxis verweist, werden sie durch diese Regelung nicht berührt. Die Regelung begründet keine Wachstumsschranke, da jeweils die Fallzahl des aktuellen Quartals und nicht die eines früheren Referenzquartals maßgeblich ist. Insofern werden auch hinreichend Versorgungsgesichtspunkte erfasst, da aus der Behandlung weiterer Patienten keine Kürzungsmaßnahme folgt. Eine Kürzungsmaßnahme kann lediglich bei abweichenden Fallwerten erfolgen. Dabei sind aber im Bereich der CT- und MRT- (sowie Strahlentherapie-)Leistungen Überschreitungen des Individualbudgets von ca. 43 % verteilungsimmanent, da in das Individualbudget lediglich 70 % des Fallwerts aus dem Referenzquartal einfließen. Die Klägerin hat ferner nicht nachvollziehbar dargelegt, weshalb sich ihre Honoraranforderung im Falldurchschnitt signifikant von der der Vergleichsgruppe oder den früheren Anforderungen im jeweiligen Referenzquartal verändert haben sollte. Soweit ein fallbezogener Mengenzuwachs besteht, hätte dies von der Klägerin im Einzelnen dargelegt werden müssen. Allein aus dem Umstand, dass die Klägerin in einem ländlichen Planungsbereich tätig ist, war für die Kammer nicht nachvollziehbar, weshalb aus diesem Grund im Vergleich zur Fachgruppe vermehrt insb. MRT-Leistungen nachgefragt werden bzw. anfallen. Nach Anerkennung weiterer 1.890.346,7 Punkte im MRT-Bereich im Quartal III/04 sind insgesamt 4.303.062,7 Punkte zum oberen Punktwert und zum unteren Punktwert von ursprünglich 2.976.322,5 Punkten noch 1.085.975,8 Punkte vergütet worden. Das Individualbudget zum oberen Punktwert wurde damit

nur noch um 25 % überschritten. Dies liegt angesichts der Begrenzung auf 70 % im systemimmanenten Überschreitungsbereich.

Soweit die Klägerin vorträgt, sie rechne mehr MRT-Leistungen ab als die Vergleichsgruppe, so wird dies durch die Frequenzstatistik bestätigt. Ein vermehrtes Leistungsgeschehen der klägerischen Praxis beruht insbesondere auf den Nr. 5520 und 5521 EBM, wie sich aus nachfolgender Übersicht ergibt:

III/04 83 Praxen (199 Ärzte) Nr. 5520 MRT-Untersuchung am Schädel 1.150 P. Nr. 5521 MRT-Untersuchung von Körperregionen 1.150 P.
Anzahl je 100 Fälle KI/VG 136/70 102/60
Abweichung 72,72 % 53,24 %
Anzahl der Praxen/Anzahl je 100 Fälle 51/88 51/73
Punktevolumen d. Kl. 4.014.206,3 3.022.420,7

Ein ähnliches Bild ergibt sich auch im Quartal IV/04, wobei hierbei die Häufigkeit der MRT-Leistungen zur Fachgruppe unerheblich ist, da die Klägerin mit ihren eigenen Fallwerten verglichen wird. Zu berücksichtigen ist aber, dass die Beklagte die Leistungen der Fachgruppe in sieben Leistungsbereiche unterteilt hat und insoweit eine verfeinerte Budgetierung ermöglicht. Aus der Frequenzstatistik ergibt sich ferner, dass die Klägerin auch im Bereich der konventionellen Diagnostik und der CT-Leistungen in etwa durchschnittlich den gleichen Leistungsumfang erbringt wie die Fachgruppe und von daher eine Spezialisierung auf MRT-Leistungen nicht ersichtlich ist. Im Übrigen dient diese Form der Individualbudgetierung vorwiegend der Punktwertstabilisierung und der Mengenbegrenzung, wobei auch Radiologen Einfluss auf die Mengenentwicklung haben wie durch Erhöhung der Sequenzen oder durch Rückfrage bei dem überweisenden Arzt mit der Bitte um Änderung des Überweisungsauftrags. Im Ergebnis war für die Kammer eine gleichheitswidrige Benachteiligung der Klägerin nicht zu erkennen. Von daher ist die Beklagte zutreffend davon ausgegangen, dass Gründe für eine weitergehende Sonderregelung nicht vorlagen.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

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

Aus
Login
HES
Saved
2010-04-20