

**S 12 KA 224/17**

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 224/17  
Datum  
19.03.2021  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Gerichtsbescheid  
Leitsätze

- Das Anknüpfen an ein früheres Aufsatzjahr bezweckt, das Verhältnis der Honorarkontingente beizubehalten. Soweit für einen Arzt die Zuordnung zur Fachgruppe geändert wird, bedeutet dies die Verminderung des Honorarkontingents. Insofern „nimmt“ der Arzt sein Honorarvolumen mit, schon um nicht das Honorarvolumen der neuen Arztgruppe zu vermindern.
- Es besteht kein Anspruch darauf, dass ein QZV wie in den Vorjahresquartalen dem Ausgleich des Budgets zu den übrigen QZV bzw. insb. dem RLV dient.

Bemerkung

SG verb. mit [S 12 KA 225/17](#) und [S 12 KA 247/17](#)

- Die Klagen werden abgewiesen.
- Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.
- Der Streitwert wird für jedes Verfahren auf 5.000,00 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die drei Quartale III/15 bis I/16 und hierbei insb. um die Vergütung aufgrund des QZV 19 (Schmerztherapeutische spezielle Versorgung).

Der Kläger ist seit dem 01.01.1997 als Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

In den Quartalen III/14 bis I/15 nahm die Beklagte mit Honorarbescheid folgende Festsetzungen vor:

Quartal	III/14	IV/14	I/15
Arztpraxen/Ärzte	13/13,5	14/14,5	12/12,5
Honorarbescheid vom	05.01.2015	02.04.2015	03.07.2015
Nettohonorar gesamt in €	63.959,52	67.431,28	66.218,00
Honoraranforderung PK + EK in €	69.159,48	70.705,64	76.877,76
Bruttohonorar PK + EK in €	63.684,71	66.430,08	66.214,69
Fallzahl PK + EK	899	957	928
Honorar Regelleistungsvolumen in €	38.077,38	40.475,20	38.413,20
QZV in €	13.824,40	13.097,17	17.719,48
Honorar quotiertes RLV/QZV in €	0	0	568,92
Freie Leistungen in €	7.248,76	7.393,32	3.938,24
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)	4.370,97	4.953,91	3.635,65
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)	2.805,20	3.152,48	4.581,20

Quartal	III/14	IV/14	I/15
RLV			
Fallwert	28,77	31,54	25,49
Obergrenze	24.721,74	-26.736,24	24.100,96
Angefordert	38.077,38	40.475,20	42.040,17
Überschreitung	+ 13.355,64	+ 13.738,96	+ 17.939,21
QZV gesamt			
Obergrenze in €	37.193,10	33.042,90	32.031,72
Angefordert in €	13.824,40	13.097,17	18.829,62
Über-/Unterschreitung in €	- 23.368,70	- 19.945,73	- 13.202,1
QZV 19 (Schmerztherapie spez. Vers.)			
Fallwert	25,55	19,12	17,31
Obergrenze in €	22.739,50	17.781,60	17.760,06
Angefordert in €	12,28	18,42	56,07
Unterschreitung in €	- 22.727,22	- 17.763,18	- 17.703,99
Anzahl Nr. 30706 (6,14 €, I/15: 6,23 €)	2	3	9

In den streitbefangenen Quartalen nahm die Beklagte mit Honorarbescheid folgende Festsetzungen vor:

Quartal	III/15	IV/15	I/16
Arztpraxen/Ärzte	14/14,5	14/14,5	12/12,5
Honorarbescheid vom	06.01.2016	03.04.2016	05.07.2016
Nettohonorar gesamt in €	55.572,76	56.691,27	58.540,09
Honoraranforderung PK + EK in €	72.129,84	73.309,28	74.810,33
Bruttohonorar PK + EK in €	54.940,08	57.528,17	56.960,03
Fallzahl PK + EK	869	881	880
Honorar Regelleistungsvolumen in €	30.274,70	31.389,88	32.313,55
QZV in €	11.505,47	11.228,98	11.900,91
Honorar quotiertes RLV/QZV in €	4.210,56	4.600,10	2.595,00
Freie Leistungen in €	5.774,07	6.769,90	6.040,04
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)	3.384,60	3.230,39	3.347,77
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)	3.796,68	4.314,92	4.768,76
RLV			
Fallwert	31,52	31,05	28,45
Obergrenze	27.270,33	27.144,19	24.440,88
Angefordert	40.577,21	42.503,65	41.526,28
Überschreitung	13.306,88	15.359,46	17.085,40
QZV gesamt			
Obergrenze in €	14.509,86	15.474,69	19.773,60
Angefordert in €	15.641,01	14.786,23	14.364,21
Über-/Unterschreitung in €	1.131,15	- 688,46	- 5.409,39
QZV 19 (Schmerztherapie spez. Vers.)			
Fallwert	0,01	0,01	4,50
Obergrenze in €	8,99	9,57	3.960,00
Angefordert in €	31,15	24,92	44,31
Über-/Unterschreitung in €	22,16	15,35	- 3.915,69
Anzahl Nr. 30706 (6,23 €, I/16 6,33 €)	5	4	7

Gegen die Honorarbescheide legte der Kläger jeweils Widerspruch ein. Zur Begründung trug er für das Quartal III/15 vor, der Fallwert für das QZV 19 sei auf 0,01 € herabgesetzt worden. Er habe sich die Zurechnung zum QZV 19 durch seine jahrelange Mitarbeit in der interdisziplinären Schmerzkonzferenz erworben. Die Fallwerte hätten im Quartal III/14 bei 25,55 € gelegen, was ein Anforderungsvolumen von 22.739,50 € ergeben habe. Ausgezahlt worden seien aber nur 8,99 €. Eine nachvollziehbare Berechnung sei ihm nicht gegeben worden. Für das Quartal IV/15 trug er vor, der Fallwert für das QZV 19 sei auf 0,01 € herabgesetzt worden. Für das Quartal I/16 trug er vor, der Fallwert für das QZV 19 sei auf 4,50 € festgesetzt worden.

Die Beklagte half mit Widerspruchsbescheid vom 22.02.2017 dem Widerspruch für das Quartal III/15 insofern ab, als sie den Fallwert für das QZV 19 um 0,01 € auf 0,02 € erhöhte. Im Übrigen wies sie die Widersprüche für die Quartale III und IV/15 als unbegründet zurück. Im

Widerspruchsbescheid erläuterte sie die Berechnung eines RLV und QZV. Der Ausstieg eines Kollegen aus der Facharztgruppe des Klägers habe zur Folge, dass das QZV-Verteilungsvolumen weniger Kollegen zur Verfügung stehe und damit dem einzelnen ein höherer Anteil zugutekomme. Die Fachgruppe habe bis zum Quartal IV/14 aus 15 Mitgliedern, in den Quartalen I und II/15 aus 16 Mitgliedern und ab dem Quartal III/15 aus 14 Mitgliedern bestanden. Im Quartal III/14 habe die Obergrenze 22.739,50 € für das vom Kläger angeforderte QZV 19 betragen. Diese Summe habe sich aus dem Fallwert für das QZV 19 in Höhe von 25,55 € multipliziert mit der Fallzahl des Klägers in Höhe von 890 im entsprechenden Quartal ergeben. Die im Quartal III/14 im Bereich des QZV 19 angeforderten Leistungen hätten hingegen 12,28 € betragen. Da die Obergrenze nicht überschritten worden sei, seien die angeforderten Leistungen voll vergütet worden. Im Quartal III/15 habe die Obergrenze für das angeforderte QZV 19 nur 8,99 € bei einem Fallwert von 0,01 € betragen. Der Arztrechnung sei zu entnehmen, dass die Leistungen des QZV 19 nach der sog. Auffüllung in Höhe von 18,99 € (8,99 + 5,00 + 5,00 €) vergütet worden seien. Dies entspreche einer Quote von 60,96 %. Dies sei im Ergebnis nicht zu beanstanden. Hinsichtlich des Abfalls des Fallwertes für QZV allgemein weise sie auf die Ergänzung durch die 2. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2011 vom 16.06.2015 in Abschnitt II Ziffer 3.2.1 HVM. Die Stützung der RLV-Fallwerte zu Lasten der QZV-Fallwerte sei Grund für deren Absinken. Für das Quartal III/15 habe der Fallwert aufgrund der Praxisbesonderheiten erhöht werden können. Ein Vergleich der Honorare des Klägers in den Quartalen III und IV/15 mit den Quartalen III und IV/12 habe ergeben, dass das Honorar um 7,06% gesunken bzw. um 0,73 % gestiegen sei. Folglich könne ein Härtefall nicht anerkannt werden, da kein Honorarverlust von mehr als 10 % zu verzeichnen sei.

Hiergegen hat der Kläger am 16.03.2017 die Klage zum Az.: S 16 KA 224/17 und S 16 KA 225/17 erhoben.

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 22.02.2017 wies die Beklagte den Widerspruch bezüglich des Quartals I/16 mit weitgehend gleichlautender Begründung wie für die Vorquartale zurück. Ergänzend erläuterte sie insb. die Fallwertabstaffelung.

Hiergegen hat der Kläger am 19.03.2017 zum Az.: S 16 KA 247/16 die Klage erhoben. Die Kammer hat die Verfahren aufgrund einer Änderung der Geschäftsverteilung zum Juni 2019 übernommen.

Zur Begründung seiner Klagen trägt der Kläger vor, aufgrund des Absinkens des QZV-Fallwertes sei es zu Honorareinbußen gekommen. Im Quartal III/15 seien im Bereich RLV/QZV 14.438,03 € nur quotiert mit einem Betrag in Höhe von 4.210,56 € vergütet worden. 10.227,47 € der Honoraranforderung seien nicht bezahlt worden. Im Quartal IV/15 sei die Honoraranforderung in Höhe von 14.671,00 € nur quotiert in Höhe von 4.600,10 € vergütet worden. 10.070,90 € seien nicht bezahlt worden. Für das Quartal I/16 mache er einen Fehlbetrag in Höhe von 9.081,01 € aus. Die Honorarberechnung sei offensichtlich unzulässig. Die Berechnungen der arztgruppenspezifischen RLV- und QZV-Fallwerte seien nicht korrekt durchgeführt worden. Die altersgewichtete Grund- bzw. Versichertenpauschale für Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin betrage 20,83 € für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, 23,10 € für Versicherte bis zum 59. Lebensjahr, 24,33 € für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres, somit durchschnittlich 22,75 €. Der Fallwert im RLV habe in den Quartalen III und IV/15 31,52 € und 31,05 € betragen. Ein Absinken des Fallwertes im RLV unter diesen Wert sei nicht belegt. In der angeführten Nachtragsvereinbarung sei eine Stützung des RLV außerdem nur bis zum Erreichen des Wertes der durchschnittlichen altersgewichteten Grund- bzw. Versichertenpauschale vereinbart, für die Fachgruppe Physikalische und Rehabilitative Medizin also 22,75 €, nicht darüber hinaus vorgesehen. Außerdem sei der Nachtragsvereinbarung zu entnehmen, dass eine erforderliche Stützung zu Lasten des gesamten QZV-Verteilungsvolumens durchzuführen sei, nicht zu Lasten einzelner QZV, die entsprechend nur den Teil der jeweils für das einzelne QZV zugelassenen Ärzte der Fachgruppe betreffe, im Fall des QZV 19 Schmerztherapie nach den ihm vorliegenden Unterlagen drei Ärzte. Es sollten bei erforderlicher Stützung jedoch zumindest alle Ärzte der Fachgruppe betroffen sein, die QZV-Volumina abrechneten. Die Honorarberechnung müsse deshalb nachvollziehbar offengelegt werden. Die im Gerichtsverfahren nachgeschobene Begründung könne den Widerspruchsbescheid nicht heilen. Die Beklagte habe das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen der Facharztgruppe nach Fachgruppenwechsel eines Mitglieds unzutreffend bereinigt und damit der Facharztgruppe eine ungerechtfertigt hohe Geldmenge entzogen. Die von der Beklagten vorgenommene Bereinigung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens sei unzulässig. Sie sei durch den HVM nicht gedeckt. Würde ein einzelnes QZV-Volumen reduziert, werde die Möglichkeit genommen, Überschreibungsbeträge in anderen QZV der Fachgruppe auszugleichen. Darin liege eine Beschwer. Er habe einzelne QZV bis zu 400% überschritten.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

die Honorarbescheide der Beklagten betreffend die Quartale III und IV/15 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.02.2017 und den Honorarbescheid der Beklagten betreffend das Quartal I/16 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.02.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihn unter Beachtung der Rechtsfassung des Gerichts neu zu bescheiden,

hilfsweise

als Beweisantrag festzustellen: die Verteilungsvolumina RLV und aller QZV der Facharztgruppe Physikalische und Rehabilitative Medizin für die Quartale 3 und 4 in 2014 und 2015 sowie der in diesen Quartalen bestehenden Gesamtfallzahl der Fachgruppe für das RLV und den jeweiligen berechtigten Gesamtfallzahlen in den einzelnen QZV.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Widerspruchsbescheiden. Dort habe sie ausgeführt, dass die Stützung Grund für das Absinken des QZV-Fallwertes der Arztgruppe des Klägers für das QZV 19 in den Quartalen III und IV/15 sei. Es sei nicht ersichtlich, dass die Berechnungen der arztgruppenspezifischen RLV- und QZV-Fallwerte nicht korrekt durchgeführt worden seien. Mit Schriftsatz vom 19.02.2020 hat sie sich dahingehend korrigiert, dass die Stützungsregelung nach Ziffer 3.2.1 HVM bei der klägerischen Arztgruppe der Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin in allen Streitgegenständlichen Quartalen nicht zur Anwendung gekommen sei. Das Absinken des Fallwertes für das QZV 19 basiere daher nicht auf einer Stützung des RLV-Fallwertes zu Lasten des QZV-Fallwertes. Auf der Grundlage eines Basisquartals 2008 erfolge eine Aufteilung der Bereiche RLV, QZV und freie Leistungen je Arztgruppe. Entsprechend ihres Anteils erfolge dann eine Aufteilung der einzelnen QZV. Nach Ziff. 3.3 HVM und den Vorgaben der KBV sei für Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene die Fallzahl des aktuellen Abrechnungsquartals und für Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene die Fallzahl des Vorjahresquartals zu Grunde zu legen. Per Fachgruppen-Fallwert für das QZV 19 ergebe sich nach Division des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens für das QZV 19 durch die Vorjahresquartals-Fallzahl derjenigen Ärzte der Arztgruppe, die Leistungen des QZV 19 im

Vorjahresquartal abgerechnet hätten. Die Aufstellung für die Quartale III/14, II/15 und III/15 zeige, dass der Anteil der Leistungen für das QZV 19 im Quartal II/15 von 14,49 % zum Quartal III/15 auf 0,01 % absinke. Dies liege daran, dass ein in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einem weiteren Vertragsarzt tätiger Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, der den Leistungsbedarf für diese Arztgruppe durch Abrechnung der streitigen Leistungen des QZV 19 im Quartal III/08 maßgeblich geprägt habe, zum Quartal III/15 die Fachgruppe gewechselt habe. Mit dem Wechsel nehme der Arzt sein Leistungskontingent mit. Das verbleibende Leistungskontingent, hier für das Quartal III/15 von 25,38 € werde durch die Fallzahl des Vorjahresquartals, für das Quartal III/15 1.775, geteilt. Für das Quartal III/15 ergebe dies den Fallwert von 0,01 €. Das historische Punktzahlvolumen im Jahr 2008 sei zunächst auf beide Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft verteilt worden. Mit Einführung der lebenslangen Arztnr. zum Quartal III/08 sei das historische Punktzahlvolumen artzgenau berücksichtigt worden. Daher mindere sich das Honorarkontingent in den Quartalen III und IV/15 in größerem Umfang als im Quartal I/16. Mit dem Fachgruppenwechsel eines Arztes werde der historische Leistungsbedarf und die maßgebliche Fallzahl unmittelbar angepasst. Die Vorjahresquartals-Fallzahl enthalte somit nicht mehr die Fallzahl des wechselnden Arztes. Im Quartal I/16 sei der Kläger nicht beschwert, da keine Überschreitung der Obergrenze für das QZV 19 vorliege. Der Kläger könne die Zuweisung einer höheren Obergrenze für das QZV 19 nicht mit dem Argument geltend machen, dass er hiermit Überschreitungen anderer QZV-Obergrenzen ausgleichen möchte. Er könne maximal eine Vergütung in Höhe seiner Honoraranforderung für diesen Vergütungsbereich erhalten.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

#### Entscheidungsgründe

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 22.02.2021 angehört.

Die Klagen sind zulässig, denn sie sind insb. form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klagen sind aber unbegründet. Die angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten betreffend die Quartale III und IV/15 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.02.2017 und der Honorarbescheid der Beklagten betreffend das Quartal I/16 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.02.2017 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Honorars für die Quartale III/15 bis I/16 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes. Die Klagen waren daher im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf ein höheres Honorar, insb. nicht auf höhere Leistungen innerhalb des QZV 19.

Die angefochtenen Honorarbescheide sind formell rechtmäßig, insb. sind sie ausreichend begründet.

Nach [§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) sind dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewegen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinanderzusetzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Das erlaubt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, die von ihnen regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen. Es ist nicht erforderlich, dass eine Kassenärztliche Vereinigung alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem Honorarverteilungsmaßstab ergibt (vgl. BSG, Ur. v. 27.06.2012 - [B 6 KA 37/11 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 71, juris Rdnr. 16 f.). Von daher bedarf es im Honorarbescheid nicht im Einzelnen der Darlegung der Berechnung einzelner Punktwerte.

Die fehlerhafte Begründung in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid, von der die Beklagte erst im Klageverfahren abgerückt ist, führt nicht bereits zur Rechtswidrigkeit bzw. zu einem Anspruch des Klägers. Selbst das Fehlen einer Begründung kann nachgeholt werden ([§ 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB X](#)) und führt nicht zur Aufhebung eines Verwaltungsakts ([§ 42 Satz 1 SGB X](#)).

Nach dem ab Januar 2012 geltenden Honorarverteilungsmaßstab aufgrund des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 10. März 2012 (HVM 2012), der sich als Ergänzung zu 87b SGB V und des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218 Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschlüsse vom 29. Oktober 2010 (239. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung), vom 24. November 2010 (242. Sitzung), vom 25. Januar 2011 (248. Sitzung) sowie die in der 253. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. 256. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in der 261 Sitzung getroffenen Beschlüsse (nachstehend vereinfachend „Beschluss des Bewertungsausschusses“ genannt) definiert (Präambel HVM 2012), erfolgt die Vergütung der Ärzte auf der Basis der gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung (Nr. 1.1. Abs. 1 HVM 2012). Es werden Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) gebildet (Ziff. 1.1 bis 1.4, 2.5 HVM 2012), was auch für die Fachgruppe des Klägers gilt (Nr. 2.1 Abs. 1 i. V. m. Anl. 1 HVM 2012). Dieser HVM galt weitgehend unverändert auch in den streitbefangenen Quartalen fort.

Mit Ergänzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gem. [§ 87b Abs. 1 S. 2 SGB V](#) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Beschluss der Vertreterversammlung vom 30.05.2015, galt nach Ziff. 3.3 HVM (Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt) ab dem Quartal III/15 Folgendes:

Für die in Anlage 2 zum vorliegenden HVM aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal (Fachärzte) bzw. im Abrechnungsquartal (Hausärzte) erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in

qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#), § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder

- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist und/oder
- der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall eine abweichende Regelung trifft (z. B. für Neupraxen).

Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt je Fall gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. [§ 87b Abs. 4 SGB V](#). Dies geschieht mit der Maßgabe, dass für Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene die Fallzahl des aktuellen Abrechnungsquartals und für Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene die Fallzahl des Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird. Die Regelung zur Stützung auf die durchschnittliche altersgewichtete Grund- bzw. Versichertenpauschale einer Arztgruppe unter Ziffer 3.2.1 ist zu beachten.

Die Aufteilung der Honorarvolumina erfolgt, da nach Teil A der ab 01.01.2015 gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nichts Entgegenstehendes geregelt wird, nach Ziffer 3 des Teil F (Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V) des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010. Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird nach Ziffer 3.1.4 Satz 1 gemäß Anlage 6 jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

Nach Anlage 6 Nr. 2 erfolgt die Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen auf der Grundlage des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3. Abschnitt I. Ziffer 3.1.3. verweist wiederum auf Anlage 5 zum Beschluss Teil F. Maßgebliches Aufsatzjahr ist danach das Jahr 2008.

Ausgehend hiervon hat die Beklagte dem Kläger das QZV 19 zugeordnet.

Für die in Anlage 2 zum HVM aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet (Ziff. 3.3 Abs. 1 Satz 1 HVM). Das QZV 19 (Schmerztherapeutische spezielle Versorgung) umfasst nach Anlage 2 zum HVM folgende Leistungen: Nr. 30700, 30700H, 30700R, 30700W, 30702, 30704, 30706, 30708. Es handelt sich um die Leistungen aus Abschnitt 30.7.1 EBM (Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#)). Von diesen Leistungen rechnete der Kläger lediglich die Nr. 30706 EBM (Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie, 6,16 € bzw. 60 Punkte) ab (Quartal III/15: 5mal; IV/15: 4mal; I/16: 7mal).

Streitig zwischen den Beteiligten ist bei der Bildung des QZV 19 nicht der Rechengang als solcher, sondern ob die Beklagte bei den maßgeblichen Honorarvolumina den Weggang eines Arztes berücksichtigen durfte. Das Anknüpfen an ein früheres Aufsatzjahr bezweckt, das Verhältnis der Honorarkontingente beizubehalten. Soweit für einen Arzt die Zuordnung zur Fachgruppe geändert wird, bedeutet dies die Verminderung des Honorarkontingents. Insofern „nimmt“ der Arzt sein Honorarvolumen mit, schon um nicht das Honorarvolumen der neuen Arztgruppe zu vermindern. Von daher war die Berechnungsweise der Beklagten nicht zu beanstanden.

Eine Quotierung ärztlicher Leistungen ist zulässig.

Der Kläger erhält mit den Auffüllbeträgen zur Vergütung des QZV 19 für sein angefordertes Vergütungsvolumen im Quartal III/19 61 % und im Quartal IV/19 69 % vergütet. Dies sind Quoten, die bisher von der Rechtsprechung nicht beanstandet wurden. Im Übrigen ist die Vergütung innerhalb des QZV 19 für die Vergütung der Fachgruppe angesichts des geringen Honorarvolumens nur von geringer Bedeutung. Dies gilt insbesondere auch für den Kläger, der in den Quartalen III und IV/15 allein Leistungen nach Nr. 30706 EBM und dies in einem Umfang von 5 bzw. 4 Leistungen mit einer Honoraranforderung von 31,15 € bzw. 24,92 € abgerechnet hat. Eine Erhöhung des QZV-Fallwerts kommt deshalb schon angesichts des geringen Umfangs nicht in Betracht. Für das Quartal I/16 fehlt es bereits an einer Überschreitung des QZV 19, so dass es bereits an einer Beschwerde fehlt.

Letztlich geht es dem Kläger nicht um die unquotierte Erbringung der Leistungen im QZV 19, sondern soll das QZV wie in den Vorjahresquartalen III/14 bis I/15 dem Ausgleich des Budgets zu den übrigen QZV bzw. insbesondere dem RLV dienen. Hierauf besteht aber kein Anspruch.

Bei den QZV handelt es sich bereits um Sonderregelungen zum RLV. Nach Nr. 2.1 a) der Anlage 8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 wird der QZV-Fallwert aus dem Quotienten des Vergütungsbereichs für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe, also des Honorarvolumens, das in der Arztgruppe auf die vom QZV-erfassten Leistungen entfällt, und der Anzahl der RLV-Fälle (gemäß Abschnitt I., Ziffer 2.6 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen haben) gebildet. Der Beschluss des Bewertungsausschusses definiert im Übrigen lediglich, welchen Leistungen QZV zugeordnet werden. Das sind neben den „freien“ Leistungen auch Leistungen, die von weniger als der Hälfte der Ärzte einer Arztgruppe erbracht werden (zum Beispiel Bronchoskopie) sowie Leistungen, die bislang über Fallwertzuschläge vergütet werden (zum Beispiel Psychosomatik bei Hausärzten oder Teilradiologie bei Fachärzten) (vgl. Korzilius, DÄB 2010; <Heft 16>, S. A-735, zit. nach [www.aerzteblatt.de](#)). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist in ihrer Stellungnahme vom 07.05.2015 zum Berufungsverfahren vor dem LSG Hessen - L 4 KA 38/15 -, die von der Beklagten in das Verfahren zum Az.: [S 12 KA 599/16](#) eingeführt wurde, darauf hin, dass insb. die unquotierte Vergütung der „freien“ Leistungen zur Problematik der Finanzierbarkeit geführt habe. Eines der Kernelemente der Vergütungsreform zum Quartal III/10 sei dabei die Einführung der QZV gewesen anstelle der bisherigen „freien“ Leistungen. Die QZV seien für alle Arztgruppen nach gleicher Systematik gebildet worden. Wenn eine Leistung von mindestens drei Prozent und maximal 50 Prozent der Ärzte einer Arztgruppe erbracht worden sei, sei sie durch QZV vergütet worden. Für den Fall, dass eine Leistung von weniger als drei Prozent der Ärzte einer Arztgruppe erbracht worden sei, habe der Beschluss die Möglichkeit der Geltendmachung von Praxisbesonderheiten vorgesehen und für den Fall, dass mehr als 50 Prozent der Ärzte einer Arztgruppe die Leistung erbracht hätten, dass es sich um eine Leistung handele, die im Rahmen des RLV zu vergüten sei.

Die Verrechnung des QZV mit den im RLV erbrachten Leistungen ist keine Besonderheit des QZV 19, sondern ist in der Struktur von RLV und QZV begründet, insb. dem Umstand, dass Leistungen des QZV im Regelfall aus dem RLV herausgenommen wurden. Soweit der Kläger

einzelne QZV bzw. insbesondere das RLV überschreitet, können diese bei Vorliegen der Voraussetzungen (vgl. BSG, Urt. v. 26.06.2019 - [B 6 KA 1/18 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 20, juris Rdnr. 20BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66, juris Rdnr. 21 f.; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - [MedR 2012, 413](#), juris Rdnr. 17 f.) erhöht werden. Eine solche Erhöhung hat der Kläger nicht beantragt und wird auch nicht geltend gemacht. Gründe für eine solche Erhöhung sind auch nicht ersichtlich. Ein Regelleistungsvolumen eines Vertragsarztes muss nicht so bemessen werden, dass die wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden (vgl. BSG, Urt. v. 11.12.2013 - [B 6 KA 6/13 R](#) - SozR 4-2500 § 87 Nr. 29, juris Rdnr. 22 ff.). Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn die Frage im Streit steht, ob das RLV die durchschnittlichen Versicherten- bzw. Grundpauschalen abdeckt (vgl. BSG, Beschl. v. 28.10.2015 - [B 6 KA 35/15 B](#) - juris). Eine feste, begrenzte Gesamtvergütung schließt die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus. Mengenbegrenzungen oder Quotierungen sind unvermeidlich, und jeder Garantiepriest für bestimmte, mengenmäßig nicht begrenzte Leistungen führt bei entsprechender Mengenentwicklung zwangsläufig zu einer Absenkung der Vergütung anderer Leistungen. Die umfassende Festlegung von „absolut“ festen Punktwerten ist auch in dem seit 2009 bzw. 2012 geltenden Vergütungssystem von vornherein ausgeschlossen, weil bei gedeckelter Gesamtvergütung die Vorgabe fester Punktwerte nur dadurch ermöglicht werden kann, dass entweder die RLV so (niedrig) bemessen werden, dass die gezahlten Gesamtvergütungen ausreichen, um alle erfassten Leistungen mit dem vorgesehenen Punktwert zu vergüten oder dass dies zu Lasten der „freien Leistungen“ geht (vgl. BSG, Urt. v. 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 8, juris Rdnr. 19 m.w.N.).

Die Klagen waren daher im Hauptantrag abzuweisen.

Die Klagen waren auch im Hilfsantrag abzuweisen. Soweit der Antrag als „Beweisantrag“ bezeichnet wird, handelt es sich um keinen Beweisantrag, da der Antrag keine zu beweisende Tatsachenbehauptung aufstellt. Soweit der Antrag sich auf die Quartale III und IV/14 bezieht, ist er unzulässig, da die Quartale nicht Streitgegenstand sind. Letztlich begehrt der Kläger eine Teilfeststellung hinsichtlich der Honorarfestsetzung. Aus den genannten Gründen besteht aber hierauf kein Anspruch.

Nach allem waren die Klagen insgesamt abzuweisen.

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

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch Beschluss des Vorsitzenden.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 € anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)). Der Streitwert für eine Klage auf höheres Honorar ist pro Quartal auf den Regelstreitwert festzusetzen, soweit - was vorliegend der Fall ist - keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine konkrete Abschätzung des wirtschaftlichen Werts des Begehrens ersichtlich sind (vgl. BSG, Beschl. v. 28.01.2009 - [B 6 KA 66/07 B](#) - juris).

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-01-14