S 16 KA 845/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Schleswig-Holstein
Sozialgericht	Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	4.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 16 KA 845/13
Datum	20.09.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KA 31/18
Datum	12.05.2020

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 20. September 2017 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Der KlÃ¤ger trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Â

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die HÃ¶he des Honorars des KlÃ¤gers fÃ¼r das Quartal I/2009. Der KlÃ¤ger macht einen HÃ¤rtefall und Praxisbesonderheiten geltend. In weiteren Berufungsverfahren des Senats sind die Honorare der Quartale II/2009 bis II/2010, I/2011 und I bis III/2012 streitig.

Â

Der KlÃ¤ger ist seit dem Quartal I/2008 in P als Chirurg mit der Schwerpunktbezeichnung Viszeralchirurgie und der Zusatzbezeichnung Proktologie zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen, zunÃ¤chst in einer BerufsausÃ¼bungsgemeinschaft (BAG) und ab dem Quartal II/2008 in einer Einzelpraxis.

Â

Im Quartal I/2008 erzielte die BAG bei ungefÃ¤hr 1.130 FÃ¤llen ein Honorar in HÃ¶he von 94.951,64 â¬.

Â

Mit Bescheid vom 19. Dezember 2008 teilte die Beklagte dem KlÃ¤ger fÃ¼r das Quartal I/2009 eine Obergrenze in HÃ¶he von 18.225,15 â¬ mit. Sie legte 647,2 FÃ¤lle mit einem Fallwert von 28,16 â¬ zugrunde und gewÃ¤hrte dem KlÃ¤ger ein Zusatzbudget fÃ¼r Diagnostische Radiologie in HÃ¶he von 3.236,00 â¬. Die Fallzahl richtete sich nach dem Durchschnitt der Gruppe der FachÃ¤rzte fÃ¼r Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie und Neurochirurgie, der Fallwert war der der Arztgruppe. Der Bescheid enthielt eine Rechtsmittelbelehrung, Widerspruch legte der KlÃ¤ger nicht ein.

Â

Am 8. Januar 2009 stellte er einen HÃ¤rtefallantrag und trug vor, er erleide gegenÃ¼ber dem Vergleichswert einen Honorarverlust von 20 %. Er sei der einzige auÃerhalb von KrankenhÃ¤usern in S tÃ¤tige Chirurg mit dem Schwerpunkt Viszeralchirurgie und fÃ¼hre vor allem Hernienoperationen durch. Ferner behandle er als Proktologe sowohl konservativ als auch operativ. Dies seien Praxisbesonderheiten. Es sei fehlerhaft, die Grenze fÃ¼r die Anerkennung eines HÃ¤rtefalles erst bei einer FallwertÃ¼berschreitung von 30 % anzunehmen. Den Antrag wies das HVM-Team der Beklagten mit Bescheid vom 18. Juni 2009, der keine Rechtsmittelbelehrung enthielt, zurÃ¼ck. Der Fallwert des KlÃ¤gers Ã¼berschreite den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe nicht um 30 %, sondern lediglich um 22,78 %. Es bestÃ¤nden kein besonderer Versorgungsauftrag und keine bedeutsame fachliche Spezialisierung der Praxis. Es sei keine befristete Ausgleichszahlung zu leisten, da der KlÃ¤ger keinen Honorarverlust von wenigstens 15 % gegenÃ¼ber dem Aufsatzquartal erlitten habe, sondern sein Honorar angestiegen sei. Mit seinem Widerspruch vom 11. November 2009 machte der KlÃ¤ger geltend, sein Fallwert liege konstant bei ungefÃ¤hr 45,00 â¬. Die gastroenterologischen Leistungen mÃ¼ssten als Praxisbesonderheit anerkannt werden.

Â

Mit Bescheid vom 17. August 2009 gewÃ¤hrte die Beklagte dem KlÃ¤ger fÃ¼r das Quartal I/2009 ein Honorar in HÃ¶he von 53.524,44 â¬. Der KlÃ¤ger hatte Leistungen, die fÃ¼r ein Regelleistungsvolumen (RLV) relevant waren, in HÃ¶he von

29.663,98 â¬ abgerechnet. Die BudgetÃ¼berschreitung in HÃ¶he von 9.164,89 â¬ wurde mit 1.722,85 â¬ (18,80 %) vergÃ¼tet. Mit seinem Widerspruch vom 2. September 2009 machte der KlÃ¤ger geltend, er sei einer von lediglich zwei Chirurgen in S, der auch Leistungen der Gastroskopie nach der GebÃ¼hrenordnungsposition (GOP) 13400 EBM (Zusatzpauschale Gastro-Duodenoskopie) erbringe. Diese Leistung sei daher fachgruppenuntypisch. Auch die GOP 13421 EBM (Zusatzpauschale Koloskopie) werde lediglich von sechs Ãrzten der Fachgruppe abgerechnet. Die starre Grenze von 30 % fÃ¼r die Ãberschreitung des Fallwertes der Vergleichsgruppe zur Anerkennung einer Praxisbesonderheit sei willkÃ¼rlich und rechtswidrig. Bei den Chirurgen liege ein erheblicher oder sogar der Ã¼berwiegende Teil der Leistungen auÃerhalb des RLV.

Â

Mit Widerspruchsbescheid vom 31. Juli 2013 wies die Beklagte die WidersprÃ¼che hinsichtlich des Quartals I/2009 und der zugleich angefochtenen Quartale II/2009 bis II/2010 zurÃ¼ck. Sie stellte die Rechtslage zu den RLV dar. Bei dem KlÃ¤ger liege kein HÃ¤rtefall vor, da sein Honorar in dem Abrechnungsquartal nicht mindestens um 15 % gegenÃ¼ber dem Vorjahresquartal abgesunken sei. Es seien auch keine Praxisbesonderheiten anzuerkennen, da besondere Leistungen nicht bewirkt hÃ¤tten, dass der Fallwert des KlÃ¤gers den durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe in Punkten um mindestens 30 % Ã¼berschritten habe. An dieser Grenze hÃ¤tten die Vertragspartner in S festgehalten, auch wenn bundesrechtliche Vorschriften die MÃ¶glichkeit erÃ¶ffneten, von ihr abzuweichen. In dem Quartal I/2009 liege der Fallwert unter diesen Eingangskriterien. Eine VergÃ¼tung der Leistungen des KlÃ¤gers nach den Preisen der regionalen Euro-GebÃ¼hren-ordnung sei nicht mÃ¶glich, denn sie erfordere einen auÃergewÃ¶hnlich starken Anstieg der Zahl der Versicherten wegen VerÃ¤nderungen Ã¤uÃerer UmstÃ¤nde. Dies kÃ¶nnten urlaubs- oder krankheitsbedingte Vertretungen sein, Aufgabe der Zulassung oder Genehmigung innerhalb einer BAG oder im Praxisumfeld oder ein auÃergewÃ¶hnlicher oder unverschuldeter Grund fÃ¼r eine niedrige Fallzahl im Aufsatzquartal. Diese Voraussetzungen seien hier sÃ¤mtlich nicht gegeben.

Â

Am 30. August 2013 hat der KlÃ¤ger dagegen bei dem Sozialgericht Kiel Klage erhoben. Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 21. November 2013 die die VergÃ¼tung der einzelnen Quartale betreffenden Verfahren voneinander getrennt.

Â

Der KlÃ¤ger hat vorgetragen, die Gastroskopie nach den GOP 13400 ff EBM sei eine fachgruppenuntypische Leistung, die er als einziger niedergelassener Arzt in S regelmÃ¤Ãig in erheblichem Umfang abrechne, ansonsten erbrÃ¤chten je nach Quartal nur ein bis drei Ãrzte sie in geringfÃ¼gigem Umfang. Die GOP 13400 EBM sei im Euro-EBM 2009 mit 82,60 â¬ bewertet worden. Hiervon habe er nur einen Bruchteil als VergÃ¼tung erhalten. Die Honorarforderung fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung einer Gastroskopie habe 104,65 â¬ betragen (chirurgische Grundpauschale 07211

EBM: 22,05 â¬ und Zusatzpauschale Gastroduodenoskopie 13400 EBM: 82,60 â¬). Im RLV seien dafÃ¼r lediglich 25,00 â¬ vorgesehen. Dadurch habe er erhebliche Honorarabstaffelungen hinnehmen mÃ¼ssen. Die Einbeziehung fachgruppenuntypischer Leistungen in das RLV sei rechtswidrig. Sie verstoÃe gegen die GrundsÃ¤tze der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen VergÃ¼tung. Hilfsweise mache er einen HÃ¤rtefall geltend.

Â

Der KlÃ¤ger hat beantragt,

Â

die Mitteilungen Ã¼ber die RLV sowie die Honorarabrechnung fÃ¼r das Quartal I/09 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2013 abzuÃ¤ndern und die Beklagte zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,

Â

hilfsweise,

die Bescheide des HVM-Teams vom 18. Juni 2009 und 11. Juli 2011 sowie die Honorarabrechnungen der Quartale I/09 bis II/10 abzuÃ¤ndern und die Beklagte zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Â

Die Beklagte hat beantragt,

Â

die Klage abzuweisen.

Â

Sie hat die Berechnung der Ãberschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 30Â % zur Ermittlung von Praxisbesonderheiten dargestellt.

Â

Mit Urteil vom 20. September 2017 hat das Sozialgericht Kiel die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es im Wesentlichen ausgefÃ¼hrt, die Honorare des KlÃ¤gers seien zutreffend berechnet. Es sei keine Praxisbesonderheit anzuerkennen. Die Beklagte habe rechtmÃ¤Ãig an dem Aufgreifkriterium von einer Ãberschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Fachgruppe um 30 % durch die besonderen Leistungen festgehalten. Diese Grenze habe der KlÃ¤ger nur in den Quartalen III

und IV/2009 Ã¼berschritten. Auf der Basis der RLV-Berechnung nach den Daten des Quartals II/2008 Ã¼berschreite der Fallwert des KlÃ¤gers zwar auch im Quartal II/2009 den Fachgruppendurchschnitt um 32,95 %. Jedoch habe sich die prozentuale Ãberschreitung nur aus der RLV-Mitteilung ergeben. Nach der Honorarabrechnung betrage die Ãberschreitung lediglich 27,57 %. Das Quartal II/2008 sei auÃerdem nicht aussagekrÃ¤ftig, da es das erste Quartal sei, in dem der KlÃ¤ger als Einzelarzt und das zweite Quartal seiner Zulassung gewesen sei. Im Ãbrigen hat das Sozialgericht auf die Bescheide des HVM-Teams und den Inhalt des Widerspruchsbescheides verwiesen.

Â

Gegen das seinen ProzessbevollmÃ¤chtigten am 21. Februar 2018 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung des KlÃ¤gers, die am 21. MÃ¤rz 2018 beim Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht eingegangen ist. Der KlÃ¤ger trÃ¤gt vor, es sei ein HÃ¤rtefall wegen der Viszeralchirurgie und der Zusatzbezeichnung Proktologie anzuerkennen. Die GOP 13400 EBM sei im Quartal I/2009 nur von einem weiteren Arzt abgerechnet worden, die GOP 13421 EBM von 5 weiteren Ãrzten. Die HÃ¤ufigkeit der Abrechnungen habe bei ihm bei 14,1 % der FÃ¤lle gelegen, bei den anderen Ãrzten, die die Leistungen erbracht hÃ¤tten, bei 6,9 %. Leistungen der Gastroenterologie I wÃ¼rden regelmÃ¤Ãig von Internisten erbracht. Chirurgen bÃ¶ten sie nur bei entsprechender Qualifikation zur Sicherstellung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung an. Ihm sei damit ein spezieller Versorgungsauftrag Ã¼bertragen worden. Es sei daher fehlerhaft, auf die FallwertÃ¼berschreitung von 30 % fÃ¼r die Anerkennung einer Praxisbesonderheit abzustellen. Das Ergebnis verstoÃe gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Unterscheidung zwischen fachgruppentypischen und fachgruppenuntypischen Leistungen werde aufgehoben. Die Beklagte habe selbst bei einem Hausarzt in einem entsprechenden Fall ein â zweckgebundenes QZVâ eingerichtet. Bezeichnenderweise sei nach dem Quartal III/2010 fÃ¼r Leistungen der Gastroenterologie ein eigenes QZV eingerichtet worden. In dem Honorarverteilungsvertrag (HVV 2013) sei die MÃ¶glichkeit eingerÃ¤umt, die Gastroskopie (13400 EBM) als besonders fÃ¶rderungswÃ¼rdige Leistung besonders zu vergÃ¼ten. Daher sei eine Praxisbesonderheit anzuerkennen.

Â

Der KlÃ¤ger beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 20. September 2017 sowie den Bescheid vom 19. Dezember 2008, den Bescheid
des HVM-Teams vom 18. Juni 2009 und den Bescheid vom 17. August 2009, alle in der Fassung des Widerspruchsbe-
scheides vom 31. Juli 2013, aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihn hinsichtlich der Obergrenze und des Honorars fÃ¼r das Quartal I/2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie fÃ¼hrt aus, nur fachgruppenuntypische Leistungen kÃ¶nnten die Anerkennung einer Praxisbesonderheit rechtfertigen, wenn sie sich in der Abrechnung widerspiegelten. Daher sei die Ãberschreitung des Fallwertdurchschnitts der Fachgruppe um 30 % ein geeignetes Kriterium. Der von dem KlÃ¤ger zitierte Beispielsfall eines internistischen Arztes sei zu einem anderen Sachverhalt ergangen.

Â

In der mÃ¼ndlichen Verhandlung haben die Verwaltungsakten der Beklagten und die Verfahrensakte vorgelegen. Wegen der Einzelheiten wird darauf Bezug genommen.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Die Berufung des KlÃ¤gers ist zulÃ¤ssig. Insbesondere ist sie statthaft (Â§Â§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz â SGG) und form- und fristgerecht (Â§ 151 Abs. 1 SGG) eingegangen. Sie ist aber nicht begrÃ¼ndet. Das Urteil des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden. Dieses hat zutreffend die Entscheidungen der Beklagten hinsichtlich des Honorars fÃ¼r das Quartal I/2009 bestÃ¤tigt. Diese sind rechtmÃ¤Ãig und verletzen den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten.

Â

Der Senat ist nicht gehindert, eine materielle Entscheidung auch Ã¼ber die Mitteilung der Obergrenze vom 19. Dezember 2008 zu treffen, obwohl der KlÃ¤ger dagegen keinen Widerspruch innerhalb der Rechtsmittelfrist eingelegt hat. Die verstÃ¤ndige Auslegung seines Widerspruchs gegen den Honorarbescheid deutet darauf hin, dass er sich auch gegen die HÃ¶he der Obergrenze wenden will.

Â

GemÃ¤Ã Â§Â 85 Abs.Â 4 SGBÂ V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungs-gesetzes vom 26.Â MÃ¤rz 2007 (BGBl.Â I SeiteÂ 378 â hier wie auch im

Folgenden herangezogene Fassung) verteilt die KassenÃ¤rztliche Vereinigung (KV) die GesamtvergÃ¼tungen im Sinne des Â§Â 85 Abs.Â 1 SGBÂ V an die VertragsÃ¤rzte. In der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung verteilt sie die GesamtvergÃ¼tungen getrennt gemÃ¤Ã der Untergliederung des Â§Â 73 SGBÂ V in die hausÃ¤rztliche und die fachÃ¤rztliche Versorgung. Sie wendet bei der Verteilung gemÃ¤Ã Â§Â 85 Abs.Â 4 SatzÂ 2 SGBÂ V den mit den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen und den VerbÃ¤nden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden VerteilungsmaÃstab an. GemÃ¤Ã Abs. 4 SatzÂ 3 sind bei der Verteilung Art und Umfang der Leistungen der VertragsÃ¤rzte zugrunde zu legen. FÃ¼r die Honorarverteilung ab dem 1.Â Januar 2009 enthÃ¤lt Â§Â 87b Abs.Â 2 SGBÂ V besondere von den Vertragspartnern zu beachtende Bestimmungen. Nach Â§Â 87b Abs.Â 1 SGBÂ V muss ab diesem Stichtag die VergÃ¼tung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-GebÃ¼hrenordnung nach Â§Â 87a Abs.Â 2 SGBÂ V erfolgen. Nach Â§Â 87b Abs.Â 2 Satz 1 SGBÂ V sind hierzu ab dem ersten Quartal 2009 zur Verhinderung einer Ã¼bermÃ¤Ãigen Ausdehnung der TÃ¤tigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Ein RLV in diesem Sinne ist gemÃ¤Ã Abs. 2 SatzÂ 2 die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-GebÃ¼hrenordnung gemÃ¤Ã Â§Â 87a Abs.Â 2 SGBÂ V enthaltenen und fÃ¼r den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergÃ¼ten sind. Die das RLV Ã¼berschreitende Leistungsmenge ist abweichend von Abs. 1 Satz 1 gemÃ¤Ã Abs. 2 Satz 3 mit abgestaffelten Preisen zu vergÃ¼ten; bei einer auÃergewÃ¶hnlich starken ErhÃ¶hung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden. Die Werte der RLV sind nach Â§Â 87b Abs.Â 3 SatzÂ 1 SGBÂ V morbiditÃ¤tsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und Versorgungsgraden sowie unter BerÃ¼cksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen. Soweit dazu Veranlassung besteht, sind gemÃ¤Ã Â§Â 87b Abs.Â 3 SatzÂ 3 SGBÂ V auch Praxisbesonderheiten bei der Bestimmung des RLV zu berÃ¼cksichtigen. Nach Â§Â 87b Abs.Â 4 SatzÂ 1 SGBÂ V bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31.Â August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Abs.Â 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Ãbermittlung der dafÃ¼r erforderlichen Daten.

Â

In AusfÃ¼hrung dieser gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss (eBewA) nach Â§Â 87 Abs.Â 4 SGBÂ V in TeilÂ F ZifferÂ 1.2.4 des Beschlusses vom 27./28.Â August 2008 bestimmt, dass die Zuweisung der RLV praxisbezogen erfolgt. Die Ausgestaltung der RLV erfolgt in TeilÂ F ZifferÂ 3.2.1 des Beschlusses vom 27./28.Â August 2008. Darin ist vorgegeben, dass jeder Arzt einer Arztgruppe gemÃ¤Ã der AnlageÂ 1 des Beschlusses ein arztgruppenspezifisches RLV erhÃ¤lt. Die HÃ¶he des RLV eines Arztes ergibt sich fÃ¼r die in der AnlageÂ 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gÃ¼ltigen KV-bezoÂge-nen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemÃ¤Ã der AnlageÂ 2 des Beschlusses und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Ferner sollen die Partner der GesamtvertrÃ¤ge gemÃ¤Ã ZifferÂ 3.6 des Beschlusses vom

27./28.Â August 2008 Regelungen fÃ¼r Praxisbesonderheiten und gemÃ¤Ã□ ZifferÂ 3.7 Regelungen als Ausgleich fÃ¼r Ã¼berproportionale Honorarverluste schaffen.

Â

Die Festsetzung des Vertragsinhalts fÃ¼r das Jahr 2009 Ã¼ber die Honorierung der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen in S erfolgte durch den Beschluss des Landesschiedsamts vom 25.Â November 2008, der gemÃ¤Ã□ Â§Â 85 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGBÂ V an die Stelle der Honorarvereinbarung der Vertragspartner tritt (vgl. BSG vom 21.Â Dezember 2012 â□□Â BÂ 6Â KA 21/11 RÂ â□□ SozR 4â□□2500 Â§Â 87a Nr.Â 1 â□□ im Folgenden HVV). Der Beschluss enthÃ¤lt insbesondere Regelungen fÃ¼r Ã□rzte in der Wachstumsphase. GemÃ¤Ã□ Teil D Nummer 2.1 HVV erhalten Ã□rzte, die innerhalb des abzurechnenden Quartals weniger als fÃ¼nf Jahre niedergelassen sind und deren RLV-relevante Fallzahl unterdurchschnittlich ist, ihre Leistungen bis zu einer individuellen Obergrenze aus individueller Fallzahl im Abrechnungsquartal bis maximal zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe und dem RLV-Fallwert der Gruppe vergÃ¼tet. Teil D Nr. 3.2 HVV sieht bei BerufsausÃ¼bungsgemeinschaften, an denen WachstumsÃ¤rzte beteiligt sind, vor, dass neben bestehende RLV der einzelnen Partner die Regelung nach Abs. 2.1 tritt, sodass insgesamt eine Obergrenze zu bilden ist.

Die RLV waren nicht offensichtlich ungeeignet, das vom Gesetzgeber anvisierte Ziel zu erreichen. Das gesetzgeberische Ziel der RLV lag in der Verhinderung einer Ã¼bermÃ¤Ã□igen Ausdehnung Ã¤rztlicher TÃ¤tigkeit im Sinne des Â§Â 85 Abs.Â 4 SatzÂ 6 SGBÂ V (BSG vom 17.Â Juli 2013 â□□Â BÂ 6 KA 44/12 RÂ â□□ SozRÂ 4-2500 Â§Â 87b Nr.Â 2).

Dieses Regelwerk ist in sich stimmig und die Beklagte hat es in rechtlich nicht zu beanstandender Weise im Rahmen der Zuweisung des RLV und der Berechnung des Honoraranspruchs des KlÃ¤gers umgesetzt.

Der Senat sieht sich an dieser Feststellung nicht durch das Urteil des BSG vom 24. Januar 2018 (B 6 KA 2/17 R â□□ SozR 4-2500 Â§ 86b Nr. 13) gehindert. Das BSG hat in dem Urteil die Regelung der HVV D 2.1 Ã¼ber die Bildung einer Obergrenze fÃ¼r WachstumsÃ¤rzte fÃ¼r rechtswidrig erachtet, weil sie gegen das zwingende Gebot des Â§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V zur EinfÃ¼hrung von RLV verstoÃ□e. Die Regelung in D 2.1 besagt: â□□Ã□rzte, die innerhalb des anzurechnenden Quartals weniger als fÃ¼nf Jahre niedergelassen sind und deren RLV-relevante Fallzahl unterdurchschnittlich ist, bekommen die Leistungen bis zu einer individuellen Obergrenze aus individueller Fallzahl und RLV-Fallwert der Gruppe nach der Euro-GO vergÃ¼tetâ□□. GemÃ¤Ã□ Ziffer 2.3 erhalten Ã□rzte, deren individuelle Fallzahl innerhalb der Wachstumsphase ab I/09 erstmalig den Durchschnitt der Gruppe erreicht, fÃ¼r dieses und die folgenden drei Quartale die durchschnittlichen RLV der Fachgruppe zugeordnet. Die Regelung Ã¼ber die Obergrenze haben die Vertragspartner durch Ziffer 3 der 1. ErgÃ¤nzungsvereinbarung zur HVV vom 12. Februar 2009, die ebenfalls mit Wirkung vom 1. Januar 2009 in Kraft trat, abgeÃ¤ndert. Danach bekommen die WachstumsÃ¤rzte die Leistungen bis zu einer

individuellen Obergrenze aus individueller Fallzahl bis maximal zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe und RLV-Fallwert der Gruppe nach der Euro-GebÃ¼hrenordnung vergÃ¼tet. Der Senat ist der Rechtsprechung des BSG vom 24. MÃ¤rz 2018 gefolgt (Urteil vom 18. September 2018 â□□ L 4 KA 11/16; Urteil vom 5. Februar 2019 â□□ L 4 KA 69/15; Urteil vom 4.Â Juni 2019 â□□ L 4 KA 4/16 â□□ jeweils in juris). Allerdings ergingen das Urteil des BSG wie auch die des Senats â□□ anders als hier â□□ zu der Wachstumsregelung von neu zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassenen Ã□rzten, die in eine BerufsausÃ¼bungsgemeinschaft (BAG) eingebunden waren. Der KlÃ¤ger unterfiel im Abrechnungsquartal dieser Regelung; bis zum Quartal IV/2009 teilte die Beklagte ihm eine Obergrenze mit. Er ist jedoch in einer Einzelpraxis tÃ¤tig.

In den FÃ¤llen, in denen ein Vertragsarzt in einer Einzelpraxis tÃ¤tig ist, hÃ¤lt der Senat die Wachstumsregelung in D 2.1 der HVV in Verbindung mit Ziffer 3 der 1. ErgÃ¤nzungsvereinbarung in der dargestellten Ausgestaltung fÃ¼r vereinbar mit Â§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V. Der Senat berÃ¼cksichtigt hierbei, dass die Vorschriften eine Bestimmung Ã¼ber die VergÃ¼tung, nicht aber Ã¼ber das RLV der WachstumsÃ¤rzte enthalten. Â§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V definiert das RLV als die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-GebÃ¼hrenordnung gemÃ¤Ã□ Â§Â 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen und fÃ¼r den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergÃ¼ten ist. Diese Voraussetzungen sind durch die â□□Obergrenzeâ□□ im Sinne der HVV D 2.1 erfÃ¼llt. Zwar ist sowohl dort als auch in Ziffer 3 der 1. ErgÃ¤nzungsvereinbarung von einer Obergrenze die Rede; diese von der Gesetzesnorm abweichende Benennung fÃ¼hrt jedoch allein nicht zur Rechtswidrigkeit der Regelung, vielmehr ist hierfÃ¼r deren Ausgestaltung maÃ□geblich. Die bestimmenden Kernpunkte fÃ¼r ein RLV sind arztgruppenspezifische Grenzwerte und feste Punktwerte fÃ¼r die abgerechneten Leistungen (BSG, Urteil vom 6. Februar 2013 â□□ B 6 KA 13/12 R â□□ SozR 4-2500 Â§ 85 Nr. 73). Der Senat sieht fÃ¼r die etablierten Ã□rzte und die WachstumsÃ¤rzte, die in einer Einzelpraxis arbeiten, keine entscheidenden Unterschiede in der Zuweisung des Honorarvolumens hinsichtlich dieser Kriterien. Beide Arztgruppen bekommen ein Honorarvolumen zugewiesen, das sich aus dem Produkt des vorgegebenen Fallwertes der Arztgruppe mit der Fallzahl errechnet, die wiederum nach individuellen Vorgaben aus der SphÃ¤re des Arztes bestimmt wird. Die Wachstumspraxen unterscheiden sich lediglich in der Weise von den etablierten Praxen, dass die feste Fallzahl bei jenen aus der eigenen Fallzahl im Aufsatzquartal gewonnen wird, so dass bereits im Voraus ein konkreter Honorarbetrag mitgeteilt, bei diesen aus der individuellen Fallzahl bis maximal zum Gruppendurchschnitt gewonnen wird, der ebenfalls als fester Honorarbetrag (Obergrenze) mitgeteilt wird. Gerade diese Regelung, die mit der individuellen Fallzahl im Abrechnungsquartal eine Variable enthÃ¤lt, ist aber erforderlich, um dem Gebot zu entsprechen, dass WachstumsÃ¤rzte in die Lage versetzt sein mÃ¼ssen, mit ihren Leistungen den Fachgruppendurchschnitt jederzeit zu erreichen (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 â□□ B 6 KA 44/12 R â□□ SozR 4-2500 Â§ 87b Nr. 2) und Ã¤ndert nichts an dem feststehenden, maximal erreichbaren Honorarvolumen. Die Obergrenze unterscheidet sich ferner darin von dem RLV, dass das Honorar bei ihr von der Fallzahl im Abrechnungsquartal abhÃ¤ngig ist, wÃ¤hrend es bei den etablierten

Ãrzten zwar im Aufsatzquartal, nicht aber im Abrechnungsquartal von der Fallzahl abhÃ¤ngt. Dieser Unterschied stellt aber keinen VerstoÃ gegen Â§ 87b Abs.Â 2 Satz 1 SGB V dar, denn die Definition des RLV in Satz 2 verlangt keinen vor Quartalsbeginn feststehenden und gemÃ¤Ã Abs. 5 mitzuteilenden Honorarbetrag, sondern stellt auf die Menge der abgerechneten Leistungen ab. Diese ist fÃ¼r die WachstumsÃ¤rzte in der Grenze des Fachgruppendurchschnitts in gleicher Weise wie beim RLV im so genannten Sinne gegeben und lediglich zusÃ¤tzlich von der Fallzahl im Abrechnungsquartal abhÃ¤ngig. Unter Beachtung der Vorgabe, das durchschnittliche Honorar der Fachgruppe erzielen zu kÃ¶nnen, wÃ¤re es zwar auch mÃ¶glich, den Fachgruppendurchschnitt als RLV im Sinne einer festen und nicht nur maximal erreichbaren HonorargrÃ¶Ãe fÃ¼r WachstumsÃ¤rzte zuzuerkennen. Dies wÃ¤re jedoch mit der gesetzgeberischen Zielrichtung in Â§ 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V unvereinbar, der arztgruppenspezifische Fallwerte verlangt; theoretisch wÃ¤re es damit dem Wachstumsarzt an die Hand gegeben, mit einem einzigen Behandlungsfall den Durchschnitt der Fachgruppe auszufÃ¼llen, ohne dass dies auffÃ¤llig wÃ¤re. Da dies nicht hinnehmbar ist und zu einer nicht gerechtfertigten Privilegierung der WachstumsÃ¤rzte gegenÃ¼ber den etablierten Ãrzten fÃ¼hren wÃ¼rde, musste die individuelle Fallzahl im Abrechnungsquartal als Korrektiv berÃ¼cksichtigt werden. In den FÃ¤llen, in denen bei den WachstumsÃ¤rzten â noch â kein Aufsatzquartal vorhanden wÃ¤re, bestÃ¤nde darÃ¼ber hinaus kein MaÃstab fÃ¼r die Bemessung des RLV.

Der Senat stimmt dem BSG in dessen Entscheidung vom 24. Januar 2018 (aaO) zu, dass sich etwas anderes ergibt, wenn der Wachstumsarzt in eine BAG eingebunden ist. Die Notwendigkeit der Fallzuordnung innerhalb der BAG, insbesondere bei ausgeschÃ¶pftem RLV/Obergrenze, kann bei Eintritt eines Wachstumsarztes in eine vorbestehende Praxis oder BAG im Sinne der Regelung D 3.2 HVV dazu fÃ¼hren, dass die Obergrenze keine feste, sondern eine flexible GrÃ¶Ãe fÃ¼r das Honorar des Wachstumsarztes darstellt, die mit dem Gebot der Einrichtung von RLV in Â§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht vereinbar wÃ¤re.

Insgesamt hÃ¤lt der Senat das anzuwendende Regelwerk auch fÃ¼r WachstumsÃ¤rzte bei Einzelpraxen damit fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig. Die Beklagte hat das Regelwerk zutreffend angewandt. Bei dem KlÃ¤ger waren weder Praxisbesonderheiten noch ein HÃ¤rtefall anzuerkennen. Der gerichtlichen PrÃ¼fung von Praxisbesonderheiten und HÃ¤rtefallgesichtspunkten im Verfahren gegen die RLV-Mitteilung und den Honorarbescheid steht nicht entgegen, dass das HVM-Team der Beklagten betreffend die Zuweisung des RLV vom 19. Dezember 2008 und die Honorarabrechnung vom 17. August 2009 Ã¼ber die vom KlÃ¤ger in den jeweiligen Widerspruchsverfahren vorgetragenen Praxisbesonderheiten und HÃ¤rtefallgesichtspunkte mit Bescheid vom 18. Juni 2009 entschieden hat (vgl. Urteile des Senats vom 13. Juli 2017 â L 4 KA 87/15 und vom 17. Januar .2017 â L 4 KA 55/14 und L 4 KA 53/14 â juris). Eine zusprechende oder ablehnende Entscheidung des HVM-Teams wird nach Â§Â 86 SGG Gegenstand des Widerspruchsverfahrens gegen die RLV-Mitteilung und den Honorarbescheid, da diese mit jener Entscheidung abgeÃ¤ndert oder bestÃ¤tigt werden.

Die Beklagte hat es zutreffend abgelehnt, gastroenterologische und proktologische

Leistungen des KlÃ¤gers als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Bei der Bestimmung der RLV sind nach Â§ 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V Praxisbesonderheiten zu berÃ¼cksichtigen, wenn dazu Veranlassung besteht. Die Ausgestaltung der Praxisbesonderheiten ist nach Â§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V dem Bewertungsausschuss (BewA) vorbehalten. Nach Teil F Ziffer 3.6 des Beschlusses des eBewA vom 27./28. August 2008 haben die Vertragspartner die weiteren Einzelheiten Ã¼ber die Praxisbesonderheiten zu regeln. Diese Regelung erfolgte durch den Beschluss des Landesschiedsamts vom 29. November, Teil D Ziffer 4 sowie die 1. ErgÃ¤nzungsvereinbarung der Vertragspartner vom 12. Februar 2009, Ziffer 5.4.2. Danach ist erforderlich, dass die Praxisbesonderheit sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn dadurch der durchschnittliche Gruppenfallwert um 30 % Ã¼berschritten wird. Von der Ãffnungsklausel in Teil A Ziffer 4 des Beschlusses des eBewA vom 27.Â Februar 2009, aus GrÃ¼nden der Sicherstellung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung von den Vorgaben im Beschluss vom 27./28. August 2008 und damit von der notwendigen Ãberschreitung in HÃ¶he von wenigstens 30 % abzuweichen, haben die Partner der GesamtvertrÃ¤ge in S keinen Gebrauch gemacht. Diese Rechtslage hat das BSG fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig erachtet (BSG, Urteil vom 26. Juni 2019 â B 6 KA 1/18 R â SozR 4-2500 Â§ 87b Nr. 20) und der Senat hat sie mehrfach angewandt (z. B. Urteil vom 16. Juni 2015 â L 4 KA 20/15; Urteil vom 13. Juni 2017 â L 4 KA 87/15).

Der KlÃ¤ger erfÃ¼llt diese Voraussetzungen nicht. Weder die von ihm abgerechneten gastroenterologischen noch die proktologischen Leistungen fÃ¼hren zu einer Ãberschreitung des durchschnittlichen Gruppenfallwertes um wenigstens 30 %. Die GOP 13400 EBM hat er im Quartal I/2009 58 mal abgerechnet, die GOP 13421 EBM einmal. Zu einem Praxisschwerpunkt fÃ¼r Proktologie hat der KlÃ¤ger keine konkreten GebÃ¼hrenziffern auÃer der Ziffer 13421 EBM geltend gemacht. Aus der Abrechnungsstatistik ist aber ersichtlich, dass er die GOP 30600 EBM (Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie) im Quartal I/2009 insgesamt 239 mal abgerechnet hat, dass aber auch 53,1 % der Ãrzte der Fachgruppe die Leistung ebenfalls abgerechnet haben. Der Abrechnungsdurchschnitt derjenigen Ãrzte der Fachgruppe, die die Leistung ebenfalls abgerechnet haben, lag bei 122,4 Leistungen. Somit kommt der Senat zu der Ãberzeugung, dass die gastroenterologischen und die proktologischen Leistungen ein gewisses Schwergewicht in der Praxis des KlÃ¤gers hatten, ohne dass sie die Grenze von 30 % fÃ¼r die Anerkennung einer Praxisbesonderheit im Sinne des Regelwerks fÃ¼r die Honorarberechnung Ã¼berschritten.

Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte an dieser Grenze festgehalten und weder von der Ãffnungsklausel Gebrauch gemacht noch im Fall des KlÃ¤gers eine Abweichung hiervon vorgenommen hat. Der Bewertungsausschuss (Urteil des BSG vom 17. Juli 2013 â B 6 KA 44/12 R â aaO) und die Partner der GesamtvertrÃ¤ge haben hierbei grundsÃ¤tzlich einen weiten Beurteilungs- und Gestaltungsspielraum. Die Grenze von 30 % verstÃ¶Ãt nicht gegen den aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz abgeleiteten Grundsatz der Honorargerechtigkeit. Vielmehr haben die Normgeber bei der Ausgestaltung der Honorarverteilungsregelungen zu typisieren und zu pauschalisieren. Der Grundsatz

der leistungsproportionalen VergÃ¼tung besagt zwar, dass die Ã¤rztlichen Leistungen prinzipiell gleichmÃ¤Ãig zu vergÃ¼ten sind. Da es sich jedoch um einen Grundsatz handelt, verbleibt den untergesetzlichen Normgebern im Rahmen ihrer Rechtsetzungsbefugnis ein Spielraum fÃ¼r sachlich gerechtfertigte Abweichungen (BSG, BeschlÃ¼sse vom 6. November 2002 â B 6 KA 43/02 B und 19. Januar 2017 â B 6 KA 37/16 B, jeweils juris).

Das ist bei Praxisbesonderheiten einer Praxis im Vergleich zur Fachgruppe grundsÃ¤tzlich der Fall. Die Grenzziehung fÃ¼r eine berÃ¼cksichtigungsfÃ¤hige FallwertÃ¼berschreitung im Vergleich zur Fachgruppe erst bei plus 30Â % vorzunehmen, ist vertretbar. Dabei hÃ¤lt der Senat es fÃ¼r mÃ¶glich, nicht nur fÃ¼r WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen (so das BSG in seiner Entscheidung vom 18. Juni 1997 (6 RKa 52/96 â juris), sondern auch fÃ¼r die Systematik zur Verteilung des budgetierten Anteils der GesamtvergÃ¼tung an die teilnehmenden VertragsÃ¤rzte anzunehmen, dass sich Ãberschreitungen des durchschnittlichen Fallwertes in Punkten um bis zu 20Â % noch innerhalb einer normalen Streuung bewegen kÃ¶nnen. Das ist deshalb gerechtfertigt, weil in die Berechnung des durchschnittlichen Fallwertes in Punkten alle von der Gruppe erbrachten RLV-relevanten Leistungen mit ihrer im EBM niedergelegten Bewertung in Punkten einflieÃen, und zwar sowohl die hoch als auch die niedrig bewerteten Leistungen. Ferner werden innerhalb des RLV sowohl die typischen als auch die speziellen Leistungen einer Arztgruppe honoriert (BSG, Urteil vom 11.Â Dezember 2013 â BÂ 6Â KA 6/13Â R â SozR 4-2500 Â§ 87 Nr. 29). Ein im Vergleich zum durchschnittlichen Fallwert der Gruppe erhÃ¶hter praxisindividueller Fallwert kann sich dadurch ergeben, dass die Praxis in jedem Behandlungsfall im Vergleich zur Fachgruppe mehr Leistungen erbringt, beispielsweise wenn auch niedrig dotierte fachgruppentypische Untersuchungsmethoden regelmÃ¤Ãig angewandt oder alle fachgruppentypischen Leistungen zwar nicht in signifikant, aber in leicht erhÃ¶htem Umfang erbracht werden. Eine dadurch bedingte ErhÃ¶hung des praxisindividuellen Fallwertes in Punkten resultiert dann nicht zwangslÃ¤ufig aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen fachlichen Spezialisierung der Praxis. Eine signifikante Verschiebung des praxisindividuellen Fallwertes in Punkten gegenÃ¼ber dem durchschnittlichen Fallwert in Punkten ergibt sich auch dann, wenn eine Praxis eine oder mehrere vergleichsweise hoch dotierte Leistungen zwar nicht in jedem Behandlungsfall, aber im Vergleich zu den Ã¼brigen Mitgliedern der Fachgruppe in signifikant hÃ¶herem AusmaÃ erbringt. In einem solchen Fall liegt eine Ãberschreitung des durchschnittlichen Fallwertes vor, die berÃ¼cksichtigungsfÃ¤hig ist, da sie auf Praxisbesonderheiten beruht. Dass der Bewertungsausschuss und die Partner der GesamtvertrÃ¤ge in S typisierend davon ausgingen, dass sich eine solche Besonderheit erst ab einer FallwertÃ¼berschreitung um 30Â % bemerkbar macht, ist nach allem vertretbar. Es war nicht erforderlich, fÃ¼r die Gruppe der FachÃ¤rzte fÃ¼r Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie und Neurochirurgie von diesen GrundsÃ¤tzen abzuweichen. Dem KlÃ¤ger ist darin Recht zu geben, dass in der Gruppe unterschiedlich tÃ¤tige Chirurgen zusammengefasst sind, ohne dass allerdings damit erkennbar wÃ¤re, dass die Gruppe heterogen und einem statistischen Vergleich nicht zugÃ¤nglich wÃ¤re. Auch bei der Ausgestaltung der Fachgruppen hat der BewA einen Gestaltungsspielraum; es ist nicht erkennbar, dass

dieser verletzt wÃ¤re. Dies ergibt sich daraus, dass die Gruppe der Chirurgen sehr groÃ ist und dass sich dadurch Nivellierungen im Abrechnungsverhalten ergeben. Kurz gesagt: der KlÃ¤ger mag zwar gastroenterologische und proktologische Leistungen hÃ¤ufiger als die Fachgruppe abgerechnet haben, jedoch zeigt die Anzahlstatistik, dass die Fachgruppe ihrerseits andere Leistungen hÃ¤ufiger als der KlÃ¤ger abgerechnet hat.

Die Beklagte hat es auch zutreffend abgelehnt, bei dem KlÃ¤ger einen HÃ¤rtefall anzuerkennen. Der Beschluss des eBewA vom 27./28. August 2008 enthÃ¤lt in TeilÂ FÂ I 3.7 eine Regelung zum Ausgleich Ã¼berproportionaler Honorarverluste in HÃ¶he von Ã¼ber 15 % gegenÃ¼ber dem Vorjahresquartal durch befristete Ausgleichszahlungen. Diese Regelung hat die HVV vom 25. November 2008 in der Fassung der 1. ErgÃ¤nzungsvereinbarung vom 12. Februar 2009 in deren Ziffer 5.4.3 Ã¼bernommen und ferner einen HÃ¤rtefall angenommen, wenn das Gesamthonorar des Arztes um diesen Prozentsatz gegenÃ¼ber dem Vorjahreswert gesunken ist (Ziffer 5.4.1). Diese Voraussetzung liegt beim KlÃ¤ger nicht vor. Im Quartal I/2008 arbeitete er noch in der BAG. Jedoch ist sein Honorar im Quartal I/2009 gegenÃ¼ber dem anteiligen Honorar im Quartal I/2008 nur gerinfÃ¼gig anteilig abgefallen. Im Quartal I/2008 betrug das Honorar der BAG bei (zusammen) 1130 FÃ¤llen 94.951,64 â¬, im Quartal I/2009 bei (allein) 653 FÃ¤llen 53.524,44 â¬. Der Falldurchschnitt lag damit im Quartal I/2008 bei 84,03 â¬, im Quartal I/2009 bei 81,97Â â¬. Das Kriterium von 15 % wird dadurch nicht erreicht, wenn man von einer nÃ¤herungsweise hÃ¤lftigen Fallverteilung im Quartal I/2008 ausgeht. Der KlÃ¤ger hat fÃ¼r ein Absinken um wenigstens 15 % nichts dargetan.

Ein HÃ¤rtefall liegt auch nicht vor, weil die GOP 13400 und 13421 EBM nach der Euro-GebÃ¼hrenordnung hÃ¶her bewertet sind als der Fallwert des Fachgruppendurchschnitts im RLV. Indem das RLV niedriger als der Wert der Leistungen nach der Euro-GebÃ¼hrenordnung gemÃ¤Ã Â§ 87a Abs. 2 SGB V liegt, liegt kein Fehler in der Berechnung der RLV bzw. der Obergrenze vor. Es ist nicht erforderlich und nicht realisierbar, dass die RLV die fÃ¼r die Fachgruppen wesentlichen Leistungen zu den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung mit deren vollen Wert abbilden (ausfÃ¼hrlich BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 â aaO). Zwar geht Â§ 87b Abs. 2 SatzÂ 2 SGB V von dieser Tatsache als Idealkonzeption aus. Angesichts der gedeckelten und damit begrenzten GesamtvergÃ¼tungen ist das Konzept jedoch lediglich als Leitlinie, nicht aber als Grundlage eines fÃ¼r jede Leistung bestehenden Anspruchs auszugestalten. Denn eine steigende Leistungsmenge zu festen Punktwerten fÃ¼hrt zwangslÃ¤ufig zu einer Mengenausweitung im Honorar, die mit der GesamtvergÃ¼tung nicht mehr korrespondiert. UnabhÃ¤ngig davon erfolgt Ã¼ber die Gesamtzahl der FÃ¤lle eine Nivellierung innerhalb des RLV; ebenso, wie in einzelnen FÃ¤llen der Fallwert der Fachgruppe Ã¼berschritten wird, unterschreiten andere FÃ¤lle den Fallwert. Die Praxis erhÃ¤lt nach der Definition des Â§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V kein RLV fÃ¼r den einzelnen Behandlungsfall, sondern ein RLV fÃ¼r die Gesamtheit der RLV-relevanten FÃ¤lle.

Der HÃ¤rtefall ergibt sich auch nicht aus der Tatsache, dass der KlÃ¤ger einen Teil des angeforderten Honorars nur in abgestaffelter HÃ¶he erhÃ¤lt. Dies ist bei einem

Ã□berschreiten des RLV systemimmanent, ohne dass das System deshalb rechtswidrig wÃ¤re. Das BSG und der Senat haben dieses System gleichwohl in der zitierten Rechtsprechung vielfach in seiner Grundkonzeption als nicht rechtswidrig erachtet. Die Abstaffelungen des Honorars des KlÃ¤gers ergeben sich auch nicht aus einer fehlerhaften Bemessung des RLV oder der Obergrenze, sondern daraus, dass die Praxis von Anfang an einen relativ groÃ□en Zuschnitt hatte und keine Wachstumspraxis im eigentlichen Sinne war. Bereits im Quartal I/2009 war sie mit einer Fallzahl in HÃ¶he von 107 % und einem Fallwert in HÃ¶he von 115 % des Fachgruppendurchschnitts Ã¼berdurchschnittlich groÃ□. Sein Gesamthonorar lag bei nahezu 124 % des Fachgruppendurchschnitts. Er unterfiel bereits zu Beginn des zweiten Jahres seiner vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit nicht als Wachstumspraxis der Regelung Ã¼ber die Obergrenze, sondern im Hinblick auf die Regelung in Ziffer 3.2.3 der 1. ErgÃ¤nzungsvereinbarung zur HVV, nach der bei Erreichen des Fachgruppendurchschnitts wÃ¤hrend der Wachstumsphase fÃ¼r insgesamt vier Quartale die durchschnittlichen saisonalen RLV der Fachgruppe zugeordnet werden.

Zur Ã□berzeugung des Senats ergibt sich unter keinem relevanten rechtlichen Gesichtspunkt ein Anspruch des KlÃ¤gers auf ein hÃ¶heres Honorar. Zu Unrecht weist der KlÃ¤ger darauf hin, dass ab dem Quartal III/2010 fÃ¼r die Leistungen der Gastroskopie ein eigenes qualitÃ¤tsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) eingerichtet wurde. Das System der RLV/QZV stellt eine Erweiterung des Systems der RLV dar, in welchem den RLV Leistungen entnommen und mit vormals sogenannten freien Leistungen in den QZV zusammengefasst wurden. Mag die Einrichtung der QZV zur besseren individuellen Abbildung der Leistungsverhalten der VertragsÃ¤rzte sinnvoll gewesen sein, fÃ¼hrt dies jedoch nicht dazu, dass die Regelung der RLV mit ihrer weiter gehenden Pauschalierung rechtswidrig wÃ¤re. Aus demselben Grund ist es auch unerheblich, dass die Gastroskopie im HVV 2013 von den Vertragspartnern als besonders fÃ¶rderungswÃ¼rdige Leistung erachtet wurde. Denn der Bedeutungsgehalt einer Leistung fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche Versorgung bemisst sich nach den VerhÃ¤ltnissen im jeweils betreffenden Quartal. SchlieÃ□lich beruft sich der KlÃ¤ger zu Unrecht darauf, dass in einem vergleichbaren Abrechnungsfall ein zweckgebundenes QZV eingerichtet sein soll. Die Beklagte hat die Vergleichbarkeit der FÃ¤lle bestritten. Der Senat sah sich nicht veranlasst, dieser Frage nachzugehen. Im Fall des KlÃ¤gers besteht keine rechtliche Veranlassung fÃ¼r ein â□□zweckgebundenes QZVâ□□. Sollte jener Fall tatsÃ¤chlich vergleichbar sein, wÃ¤ren die Voraussetzungen dort ebenso nicht gegeben. Der KlÃ¤ger hÃ¤tte jedoch keinen Anspruch, in einem rechtswidrigen Fall gleich behandelt zu werden. Dass die Beklagte zweckgebundene QZV in stÃ¤ndiger Verwaltungspraxis eingerichtet hÃ¤tte, aus der sich ein Anspruch auf Gleichbehandlung ergeben kÃ¶nnte, legt der KlÃ¤ger nicht dar.Â

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 197a Abs. 1 SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

GrÃ¼nde im Sinne des Â§ 160 Abs. 2 SGG fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor. Der Senat sieht keine Abweichung von der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 24. Januar 2018 (B 6 KA 2/17 R â□□ aaO) im Hinblick auf die dem KlÃ¤ger

zugewiesene Obergrenze, da dieser Fall eine Einzelpraxis, jener Fall eine BAG zum Gegenstand hatte. Es war ferner keine grundsÃ¤tzliche Bedeutung der Rechtsfrage anzuerkennen. Die Entscheidung des Senats betrifft eine alte Rechtslage, da Â§ 87b SGB V nicht mehr in Kraft ist, und die Zahl der noch anhÃ¤ngigen, diese Rechtslage betreffenden FÃ¤lle ist begrenzt.

Erstellt am: 14.01.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024