S 2 KA 534/15

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 2 KA 534/15
Datum	24.10.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KA 89/17
Datum	12.05.2020

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 24. Oktober 2017 wird zurÃ¼ckgewiesen.

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

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Tatbestand

Â

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die HÃ¶he des Honorars des KlÃ¤gers fÃ¼r das Quartal III/2012. Der KlÃ¤ger macht einen HÃ¤rtefall und Praxisbesonderheiten geltend. Dabei rÃ¼gt er insbesondere den Zuschnitt des zugewiesenen qualifikationsbedingten Zusatzvolumens (QZV). In weiteren Berufungsverfahren des Senats sind die Honorare der Quartale I/2009 bis II/2010, I/2011 und I und II/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 III/2008 erzielte der KlÃ¤ger ein Honorar in HÃ¶he von 47.054,54 â¬.

Â

Mit Bescheid vom 30. Mai 2012 teilte die Beklagte dem KlÃ¤ger fÃ¼r das Quartal III/2012 ein Gesamtvolumen in HÃ¶he von 26.925,42 â¬ mit. Das Regelleistungsvolumen (RLV) betrug 19.810,58 â¬, das QZV 7.114,84 â¬. Die Fallzahl des KlÃ¤gers lag bei 712. Der Durchschnitt der Gruppe der FachÃ¤rzte fÃ¼r Chirurgie, Kinderchirurgie und Plastische Chirurgie betrug 729,4 FÃ¤lle. Der Fallwert der Fachgruppe lag bei 27,53 â¬. Das QZV errechnet sich aus Leistungen der Gastroenterologie I in HÃ¶he von 3.548,96 â¬, aus Leistungen der Behandlungen von HÃ¤morrhoiden in HÃ¶he von 3.029,60 â¬ und Leistungen der Teilradiologie in HÃ¶he von 536,28 â¬. Mit seinem Widerspruch vom 12. Februar 2013 begehrte der KlÃ¤ger eine Anpassung der HÃ¶he des QZV Gastroenterologie I und bemÃ¤ngelte die Fallzahl im QZV fÃ¼r Leistungen der Teilradiologie. Die HÃ¶he des QZV Gastroenterologie I sei nicht nachvollziehbar. Er habe innerhalb des QZV ausschlieÃlich Leistungen nach der GebÃ¼hrenordnungsposition (GOP) 13400 EBM (Zusatzpauschale Ãsophago-Gastroduodenoskopie) abgerechnet. Diese seien im EBM mit 82,71 â¬ bewertet worden, er habe hierfÃ¼r im QZV jedoch nur 44,87 â¬ je Fall zuerkannt bekommen. Leistungen der Teilradiologie habe er seit dem Quartal II/2010 abgerechnet.

Â

Mit Bescheid vom 22. August 2014 lehnte das H-Team der Beklagten eine Anhebung des QZV Gastroenterologie I ab. Die Berechnung der QZV erfolge arztgruppenspezifisch fÃ¼r jedes QZV einzeln. Jeder Arztgruppe stehe dafÃ¼r ein bestimmtes Verteilungsvolumen zur VerfÃ¼gung, aus dem die unterschiedlichen Zusatzvolumina ermittelt wÃ¼rden. Der Fallwert errechne sich aus dem fÃ¼r das Zusatzvolumen vorhandenen Verteilungsvolumen geteilt durch die gesamte Leistungsfallzahl der Ãrzte der Arztgruppe. Die Zuweisung des jeweiligen QZV an den einzelnen Arzt erfolge auf Basis der individuellen Leistungsfallzahl des Vorjahresquartals. Der Leistungsfall definiere sich dabei als Anzahl der Patienten in einer Arztpraxis in einem Quartal, an denen QZV-relevante Leistungen erbracht und abgerechnet worden seien. Der Bescheid enthielt keine Rechtsmittelbelehrung.

Â

Mit Bescheid vom 13. Oktober 2012 gewÃ¤hrte die Beklagte dem KlÃ¤ger fÃ¼r das Quartal III/2012 ein Honorar in HÃ¶he von 83.748,54 â¬. Die Anforderung des KlÃ¤gers fÃ¼r RLV/QZV-relevante Leistungen betrug 37.551,99 â¬. Die BudgetÃ¼berschreitung in HÃ¶he von 10.626,57 â¬ wurde mit 1.464,62 â¬ vergÃ¼tet (13,786 %). Dem widersprach der KlÃ¤ger am 12. Februar 2013 mit gleicher BegrÃ¼ndung.

Â

Mit Widerspruchsbescheid vom 5. August 2015 wies die Beklagte die WidersprÃ¼che zurÃ¼ck. Sie stellte die Rechtslage zu den RLV und QZV dar. HonorarausgleichsmaÃnahmen seien nicht vorzunehmen und ein HÃ¤rtefall sei nicht anzuerkennen, da der KlÃ¤ger gegenÃ¼ber dem Vergleichsquartal des Jahres 2008 keinen Honorarverlust in HÃ¶he von mindestens 15 % habe. Praxisbesonderheiten seien nicht anzuerkennen, da der Fallwert des KlÃ¤gers den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe nicht um wenigstens 30 % Ã¼berschreite. Das QZV Gastroenterologie I sei nicht anzuheben. Das Verteilungsvolumen fÃ¼r diese Leistungen werde durch die gesamte Leistungsfallzahl der Ãrzte geteilt. Die Leistungsfallzahl des einzelnen Arztes orientiere sich an den Abrechnungen des Vorjahresquartals. Die GOP 13400 EBM sei keine Praxisbesonderheit, da sie keine RLV-Leistung sei. Praxisbesonderheiten kÃ¶nnten nur Leistungen im RLV sein. Eine VergÃ¼tung von Leistungen nach der Euro-GebÃ¼hrenordnung sei nicht mÃ¶glich, da die Fallzahl des KlÃ¤gers sich nicht durch VerÃ¤nderungen in seinem Praxisumfeld erhÃ¶ht habe. Die Leistungen seien zwar in der Mitteilung nicht ausgewiesen, wohl aber im Honorarbescheid. Deren Fallzahl sei zutreffend ermittelt worden.

Â

Gegen den Widerspruchsbescheid hat der KlÃ¤ger am 7. September 2015 beim Sozialgericht Kiel zugleich mit den Widerspruchsbescheiden betreffend die Quartale I und III/2012 Klage erhoben. Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 10.Â September 2015 die Verfahren nach den einzelnen Quartalen getrennt.

Â

Der KlÃ¤ger hat vorgetragen, das QZV Gastroenterologie I sei nicht nachvollziehbar. Die GOP 13400 EBM sei mit 82,71 â¬ bewertet. Der QZV-Fallwert habe unter 45 â¬ gelegen, ohne dass zu erkennen sei, wie der Wert ermittelt worden sei. Die Beklagte habe darzulegen, wie viele Praxen der Fachgruppe berÃ¼cksichtigt worden seien und wie sich die Leistungsmenge entwickelt habe. Nur vier Ãrzte rechneten die Leistung ab. Es sei damit eine fachgruppenuntypische Leistung, die eine Praxisbesonderheit und damit ein Wachstum oberhalb des Fachgruppendurchschnitts erfordere. Hilfsweise stelle er einen HÃ¤rtefallantrag.

Â

Der KlÃ¤ger hat beantragt,

Â

die RLV-/QZV-Mitteilungen und die Honorarabrechnung fÃ¼r das Quartal III/2012 in der Fassung der Entscheidung des
H-Teams vom 22. August 2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 5. August 2015 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 ausgefÃ¼hrt, die QZV seien arztgruppenspezifisch berechnet worden. Jeder Arztgruppe stehe ein bestimmtes Verteilungsvolumen zur VerfÃ¼gung. Der Fallwert errechne sich aus dem Volumen geteilt durch die Leistungsfallzahl der Arztgruppe. Die Zuweisung an den einzelnen Arzt werde auf der Grundlage seiner Leistungsfallzahlen im Vorjahresquartal errechnet. Die QZV seien zusammen mit den BerufsverbÃ¤nden gebildet worden. Leistungen, die von mehr als Â¾ der Ãrzte der Fachgruppe erbracht worden seien, fielen in das RLV. Die Beklagte hat die Berechnungen fÃ¼r die QZV Gastroenterologie I und Teilradiologie dargelegt und ausgefÃ¼hrt, der Bewertungsausschuss habe die Geldzuordnung fÃ¼r die RLV und QZV je Fachgruppe auf Basis der Leistungsanteile 2008 festgelegt. FÃ¼r das QZV Teilradiologie habe ein Honorartopf von 483.703,24 â¬ zur VerfÃ¼gung gestanden, der auf 36.981 FÃ¤lle der 109,5 Erbringerpraxen mit einem Fallwert von 13,08 â¬ habe verteilt werden mÃ¼ssen. Entsprechend entfielen fÃ¼r das QZV Gastroenterologie I 16.662,80 â¬ auf 385 FÃ¤lle der sechs Erbringerpraxen mit einem Fallwert von 43,28Â â¬. Abweichungen von diesen Festlegungen seien nur bei einem Anstieg der Ãrzte der Fachgruppe um Ã¼ber 10 % mÃ¶glich. Ein solcher Anstieg liege bei den Chirurgen nicht vor.

Â

Mit Urteil vom 20. Oktober 2017 hat das Sozialgericht Kiel die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es im Wesentlichen ausgefÃ¼hrt, die Bildung der QZV beruhe auf Teil F I.3.3 in Verbindung mit Anlage 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. MÃ¤rz 2010 und den Honorarvereinbarungen der Vertragspartner auf Landesebene. Die dortigen Vorgaben habe die Beklagte rechnerisch richtig umgesetzt, Fehler in der Berechnung seien nicht ersichtlich. Es sei nicht zu beanstanden, dass der QZV-Fallwert den Wert der GOP 13400 EBM nur

teilweise abdecke. Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung mÃ¼sse der H mehrere Parameter miteinander in Einklang bringen. Die morbiditÃ¤tsbedingte GesamtvergÃ¼tung sei begrenzt und nicht alle von den VertragsÃ¤rzten erbrachten Leistungen kÃ¶nnten zum geltenden Orientierungspunktwert vergÃ¼tet werden. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit erfordere nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergÃ¼tet werden mÃ¼ssten. Vielmehr handele es sich hierbei nur um einen Grundsatz, von dem aus sachlichem Grund abgewichen werden kÃ¶nne. Dem liege eine AbwÃ¤gung zwischen dem Ziel einer angemessenen VergÃ¼tung und einer GewÃ¤hrleistung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugrunde. Der Ausgleich zwischen diesen Zielen sei dann nicht mehr verhÃ¤ltnismÃ¤Ãig realisiert, wenn in einem fachlichen oder Ã¶rtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsÃ¤rztlich tÃ¤tig zu werden und dadurch die vertragsÃ¤rztliche Versorgung gefÃ¤hrdet sei. Ein Vertragsarzt habe daher nur einen Anspruch auf eine insgesamt leistungsgerechte Teilhabe an der GesamtvergÃ¼tung. Dem Honorar liege eine Mischkalkulation zugrunde. Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung mÃ¼ssten nicht in jedem Behandlungsfall die wesentlichen Leistungen zu den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung vergÃ¼tet werden. Mengenbegrenzungsregelungen fÃ¼hrten nicht dazu, dass einige Leistungen nicht vergÃ¼tet wÃ¼rden, sondern zu einer relativ abgesenkten VergÃ¼tung aller Leistungen. Die Beklagte habe den Antrag auf Anpassung der QZV rechtmÃ¤Ãig abgelehnt. Ermessensfehler seien nicht zu beanstanden, da bereits die Tatbestandsvoraussetzungen hierfÃ¼r nicht vorlÃ¤gen. Die Voraussetzungen fÃ¼r eine HÃ¤rtefallanpassung als Sonderregelung fÃ¼r den KlÃ¤ger seien nicht erfÃ¼llt. Auch Praxisbesonderheiten seien nicht gegeben.

Â

Gegen das seinem ProzessbevollmÃ¤chtigten am 2. November 2017 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung des KlÃ¤gers, die am Montag, den 4. Dezember 2017 bei dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Der KlÃ¤ger trÃ¤gt vor, die Vorgaben des BewA im Beschluss vom 26. MÃ¤rz 2010 zur Ermittlung des QZV enthielten einen weiten Spielraum fÃ¼r die Bildung der QZV und die Zusammensetzung der Arztgruppen. Er habe einen Anspruch auf die Darstellung der Grundlagen der Berechnung, um die MÃ¶glichkeit zu erhalten, seine Rechte wahrzunehmen. Aus diesen Unterlagen mÃ¼ssten die Zahl der Leistungserbringer im Jahr 2008 und die Entwicklung der Fallzahlen und der Zahl der Leistungserbringer zwischen dem Bezugszeitraum und dem Abrechnungszeitraum hervorgehen. Die GOP 13400 EBM sei insgesamt nur von sieben Praxen erbracht worden. Dabei liege sein Leistungsanteil mit 99 FÃ¤llen und einem Falldurchschnitt von 11,6 % deutlich Ã¼ber dem Fachgruppendurchschnitt von 7,4 %. Er decke einen besonderen Versorgungsbedarf ab und es verstoÃe gegen das Erfordernis einer leistungsproportionalen VergÃ¼tung, wenn diesem nicht Rechnung getragen werde. In der Anlage 2 zur HVV 2013 sei die MÃ¶glichkeit eingerÃ¤umt, diese Leistungen als besonders fÃ¶rderungswÃ¼rdige Leistungen anzuerkennen. Die Differenz zwischen der Bewertung der Leistung im EBM und dem Wert im QZV verstoÃe gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz. Die GOP 13400 EBM werde nach der Euro-GebÃ¼hrenordnung mit 82,71 â¬ bewertet. GemÃ¤Ã Teil F I 3.3 des Beschlusses des BewA vom 26. MÃ¤rz 2010 wÃ¤re es den

Vertragspartnern auf Landesebene mÃ¶glich gewesen, von den Vorgaben im Beschluss abzuweichen. Die Leistungen seien eine Praxisbesonderheit.

Â

Der KlÃ¤ger beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 24. Oktober 2017 und die Bescheide vom 30. Mai 2012 und 14. Januar 2013 sowie
den Bescheid des H-Teams vom 22. August 2014, alle in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 5. August 2015,
abzuÃ¤ndern und die Beklagte zu verpflichten, ihn hinsichtlich des RLV/QZV und des Honorars fÃ¼r das Quartal III/2012 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie hat ausgefÃ¼hrt, dass der EBM keinen Vorrang vor den Bestimmungen der Honorarverteilung habe, sofern er nicht selbst entsprechende Regelungen enthalte. Art und Umfang der Leistungen seien nicht die einzigen Kriterien der Honorarverteilung, sondern die Vertragspartner kÃ¶nnten im Rahmen ihrer Regelungsbefugnisse daneben noch weitere Gesichtspunkte berÃ¼cksichtigen, auch wenn dies zu Abweichungen von den Bewertungen im EBM fÃ¼hre. Die feststehenden GesamtvergÃ¼tungen der Krankenkassen seien unvereinbar mit der Vorstellung einer LeistungsvergÃ¼tung mit festen Euro-BetrÃ¤gen. Abweichende Leistungsmengen fÃ¼hrten daher unvermeidbar zu deren Absenkungen. Den Vertragspartnern komme hierbei ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Bei der Ausgestaltung der QZV in der Honorarvereinbarung (HVV) hÃ¤tten diese sich an die Vorgaben des BewA gehalten. Die HÃ¶he der QZV ergebe sich zwangslÃ¤ufig aus den Bundesvorgaben. Nur dann entstehe ein Anspruch der VertragsÃ¤rzte auf eine von hÃ¶herrangigem Recht abweichende Regelung, wenn die vertragsÃ¤rztliche Versorgung in ihrer Gesamtheit oder in Teilbereichen gefÃ¤hrdet sei, etwa weil die berufliche Existenz der an ihr teilnehmenden Ãrzte gefÃ¤hrdet sei. Bei einer niedrigen Bewertung einzelner Leistungen sei dies regelmÃ¤Ãig nicht der Fall.

Â

Die Verwaltungsakten der Beklagten und die Verfahrensakte haben dem Senat

vorgelegen. Zur ErgÃ¤nzung 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 II/2012 bestÃ¤tigt. Diese sind rechtmÃ¤Ãig und verletzen den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten.

Â

GemÃ¤Ã Â§Â 85 Abs.Â 4 SGBÂ V in der Fassung des GKV-WettbewerbsstÃ¤rkungsgesetzes 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 SGB�â 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 SGB�â 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 Regelleistungsvolumina nach den Abs.Â 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Ãbermittlung der dafÃ¼r erforderlichen Daten.

Â

Die erste Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben erfolgte mit Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses (eBewA) vom 27./28. August 2008. FÃ¼r die Abrechnungsquartale ab 1. Juli 2010 (III/2010) ist der Beschluss des BewA vom 26.Â MÃ¤rz 2010 heranzuziehen. Dieser fÃ¼hrte die bereits seit 2009 bestehende Regelung der RLV fort und ergÃ¤nzte sie durch EinfÃ¼hrung qualifikationsgebundener Zusatzvolumina (QZV) in Teil F I 1.1, 3. Spiegelstrich. GemÃ¤Ã F I 3.3 werden fÃ¼r die in Anlage 3 des Beschlusses aufgefÃ¼hrten Leistungsbereiche QZV gebildet, deren Leistungen mit der in der Euro-GebÃ¼hrenordnung gemÃ¤Ã Â§ 87a Abs. 2 SGBÂ V enthaltenen Preisen zu vergÃ¼ten sind. Ein Arzt hat unter den in der AnlageÂ 3 genannten nÃ¤heren Voraussetzungen Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina. In der Anlage 3 ist FachÃ¤rzten fÃ¼r Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie und Neurochirurgie unter anderem ein QZV Gastroenterologie I zugeordnet, das die Leistungen 13400, 13401, 13402, 13410, 13411 und 13412 umfasst. GemÃ¤Ã F I 1.3.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses erfolgt die Zuweisung der QZV praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ãrzte, die innerhalb der Arztpraxis tÃ¤tig sind, Ã¼ber die Voraussetzung gemÃ¤Ã Ziffer F I 3.3 in Verbindung mit Anlage 3 fÃ¼r das jeweilige QZV verfÃ¼gt. Dabei ergibt sich die HÃ¶he des jeweiligen QZV aus der Addition der QZV je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt, der in der Praxis tÃ¤tig ist, unabhÃ¤ngig von seinem Zulassungsstatus. Die Berechnung der QZV erfolgt entweder arztbezogen oder fallbezogen, jeweils gemÃ¤Ã Anlage 8 des Beschlusses vom 26. MÃ¤rz 2010. Eine arztbezogene Zuweisung bedeutet, dass der Arzt unabhÃ¤ngig davon, in welchen FÃ¤llen er Leistungen gemÃ¤Ã der Anlage 3 abgerechnet hat, das QZV zugeteilt erhÃ¤lt. Eine fallbezogene Zuweisung bedeutet, dass der Arzt lediglich fÃ¼r die BehandlungsfÃ¤lle, in denen eine Leistung gemÃ¤Ã Anlage 3 abgerechnet wurde, ein QZV erhÃ¤lt. Die Vertragspartner haben diese Regelung in Abschnitt Teil D 2.6 der fÃ¼r 2011/2012 geltenden HVV von April/Mai 2011 in der Weise umgesetzt, dass das QZV fallbezogen errechnet wird.

Â

Der Senat hat die ab Januar 2009 bestehende Regelung der RLV auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 in stÃ¤ndiger Rechtsprechung fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig erachtet (vgl. Urteile vom 16.06.2015 â Â LÂ 4 KA 20/15; 20.10.2015 â L 4 KA 2/13 u. a.; 17.01.2017 â L 4 KA 75/14 u. a.; 09.05.2017 â L 4 KA 93/14 u. a.; 13.06.2017 â L 4 KA 86/15; 18.07.2017 â L 4 KA 48/15 u. a.). Auch die Erweiterung der Regelungen Ã¼ber das RLV um die Regelungen des QZV mit Beschluss vom 26. MÃ¤rz 2010 hÃ¤lt der

Senat fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig. Diese Regelungen bewegen sich auf der gesetzlichen Grundlage des Â§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V. Zwar sind dort nur RLV, nicht aber QZV erwÃ¤hnt, jedoch stellen die QZV eine Erweiterung der RLV dar, die geeignet ist, individuelle fachliche Ausrichtungen der Arztpraxen und unterschiedliche Mengenentwicklungen besser nachzuzeichnen, als dies durch die Anerkennung von Praxisbesonderheiten auf der Grundlage des RLV mÃ¶glich ist. FÃ¼r die RLV-Systema-tik ist die Mengenbegrenzung der zu vergÃ¼tenden Leistungen und die Sicherheit der VertragsÃ¤rzte an festen Punktwerten in einem bestimmten Honorarbereich prÃ¤gend (BSG vom 06.02.2013 â B 6 KA 13/12Â RÂ â SozR 4-2500 Â§ 85 Nr. 73). Diese Voraussetzungen sind auch in einem um QZV erweiterten RLV-System gewahrt. Auch das BSG wendet in seiner jÃ¼ngeren Rechtsprechung (vgl. Urteil vom 23.03.2016 â B 6 KA 33/15 R; Urteil vom 17.07.2013 â B 6 KA 45/12 R; Beschluss vom 28.06.2017 â Â B 6 KA 76/16 B; Beschluss vom 12.01.2017 â B 6 KA 69/16 B) die Regelungen des Beschlusses vom 26. MÃ¤rz 2010 ohne weiteres an.

Â

Auch die Honorarverteilung Ã¼ber die RLV/QZV erÃ¶ffnet die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Teil F I 3.7 BBewA vom 26. MÃ¤rz 2010 bestimmt, dass Praxisbesonderheiten sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, fÃ¼r die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben. Die Regelungen erfolgen durch die Gesamtvertragspartner. In der HVV 2011/2012 ist bestimmt, dass neben den Voraussetzungen des besonderen Versorgungsauftrags oder der fachlichen Spezialisierung die Anerkennung einer Praxisbesonderheit dann in Betracht kommt, wenn zusÃ¤tzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Ãberschreitung des durchschnittlichen RLV/QZV-Wertes von mindestens 30 % vorliegt. Die HVV sieht ferner in Teil D 4.3.1 eine HÃ¤rtefallregelung vor; der HÃ¤rtefall ist als unangemessene Auswirkung bei der Abstaffelungsregelung bei Bildung der RLV je Arzt oder als eine InhomogenitÃ¤t gegenÃ¼ber der RLV-Gruppenbildung definiert, die zu einer Verringerung des Gesamtvolumens gegenÃ¼ber dem entsprechenden Quartal 2008 um Ã¼ber 15 % fÃ¼hrt. Bei einer entsprechenden Honorarminderung kÃ¶nnen ferner gemÃ¤Ã BBewA Teil F I 3.8 und HVV D 4.3.2 befristete Ausgleichszahlungen geleistet werden. Im Ãbrigen kann gemÃ¤Ã BBewA vom 26. MÃ¤rz 2010, Teil F I 3.5 und HVV D 4.2 von der Abstaffelung der VergÃ¼tung bei Ãberschreiten des RLV/QZV abgesehen werden, wenn die Fallzahl sich infolge einer VerÃ¤nderung der Bedingungen im Praxisumfeld oder innerhalb der eigenen Praxis erhÃ¶ht. SchlieÃlich kann der Vorstand der Beklagten gemÃ¤Ã HVV D 4.2.6 auf Antrag aus SicherstellungsgrÃ¼nden das RLV/QZV der Praxis neu festlegen, wenn besondere UmstÃ¤nde des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zÃ¤hlen insbesondere VerÃ¤nderungen in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung im Umfeld der Praxis.

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 KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf eine hÃ¶here Bewertung seines QZV fÃ¼r die

Leistungen der Gastroenterologie. Die Beklagte hat die Berechnung des Fallwertes fÃ¼r die Leistungen rechnerisch zutreffend vorgenommen. Die Parameter hat sie im Einzelnen dargelegt. Danach entfiel auf die gastroenterologischen Leistungen, die im QZV Gastroenterologie I enthalten sind, entsprechend der Leistungsanteile im Zuordnungsquartal 2008 ein Betrag in HÃ¶he von 16.662,80 â¬. Zwar hÃ¤lt der KlÃ¤ger diesen Betrag fÃ¼r intransparent; jedoch sind die von ihm geforderten weiteren Berechnungsunterlagen darÃ¼ber, wie viele Praxen der gebildeten Fachgruppe bei der Berechnung der QZV im Bezugszeitraum berÃ¼cksichtigt wurden und wie sich die erbrachte Leistungsmenge innerhalb der gebildeten Gruppe fÃ¼r die Bildung der QZV bis zu den jeweiligen AbrechnungszeitrÃ¤umen entwickelt haben, nicht geeignet, diese Honorarsumme fÃ¼r das QZV zu erhellen. Die Leistungs-menge selbst lÃ¤sst sich an der Anzahlstatistik ablesen. Es ergibt sich aus der Berechnung der Betrag fÃ¼r das QZV in HÃ¶he von 43,28 â¬. Auch der Rechenweg ist zutreffend. Er ist im Beschluss des BewA vom 26. MÃ¤rz 2010 vorgegeben. Nach dessen Teil F I 3.3 errechnen sich die QZV nach der Anlage 8 zu dem Beschluss. Aus deren Ziffer 1 ist zu ersehen, dass die oben genannten Leistungsanteile fÃ¼r die in einem QZV zusammengefassten Leistungen sich am anerkannten Leistungsbedarf aus dem Jahr 2008 ableiten. Die Beklagte hat daher zutreffend den Betrag von 16.662,80 â¬ zugrunde gelegt.

Diese Systematik fÃ¼hrt notwendigerweise dazu, dass Ausweitungen der Menge an QZV-Leistungen durch die Arztgruppe innerhalb des Zeitraums zwischen 2008 und dem Abrechnungsquartal zu einem Absinken des Fallwerts im QZV fÃ¼hren und damit zu Lasten der Ãrzte der Arztgruppe gehen. Diese Auswirkung ist systemkonform; sie entspricht dem Gebot des Â§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V, eine Ã¼bermÃ¤Ãige Ausdehnung der TÃ¤tigkeit des Arztes zu verhindern. Dieses Gebot gegenÃ¼ber dem einzelnen Arzt richtet sich mittelbar auch an eine Arztgruppe und an die Gesamtheit der Ãrzte. Es liegt kein VerstoÃ gegen den aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz abgeleiteten Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit vor, weil die GOP 13400 nach der Euro-GebÃ¼hrenordnung hÃ¶her bewertet sind als der Fallwert des Fachgruppendurchschnitts im QZV und damit die Leistungen nicht nach den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung vergÃ¼tet werden. Es ist nicht erforderlich und nicht realisierbar, dass die RLV und QZV die fÃ¼r die Fachgruppen wesentlichen Leistungen zu den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung mit deren vollen Wert abbilden (ausfÃ¼hrlich zum RLV BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 â aaO). Zwar geht Â§ 87b Abs. 2 Satz 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/QZV; ebenso, wie in einzelnen FÃ¤llen der Fallwert der Fachgruppe im RLV 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-relevan-ten FÃ¤lle. Entsprechendes gilt fÃ¼r das QZV. Zu Unrecht macht der

KlÃ¤ger geltend, er erbringe von den im QZV Gastroenterologie I zusammengefassten Leistungen allein die der GOP 13400, die alle hÃ¶her als das QZV bewertet sind. Dies Ã¼bersieht, dass gemÃ¤Ã Teil F I 3.3 BBewA vom 26. MÃ¤rz 2010 die QZV arztgruppenspezifisch gebildet werden. Das QZV Gastroenterologie I enthÃ¤lt neben der GOP 13400 auch die Leistungen nach den GOP 13401, 13402, 13410, 13411 und 13412, von denen die Leistungen 13400 mit 835 Punkten, 13411 mit 840 Punkten und 13412 mit 990 Punkten verhÃ¤ltnismÃ¤Ãig hoch bewertet werden, die Leistungen 13401 mit 512 Punkten, 13402 mit 278 Punkten und 13410 mit 246 wesentlich niedriger. Auch diese geringer bewerteten Leistungen prÃ¤gen den Zuschnitt des QZV. Es obliegt der unternehmerischen Entscheidung des KlÃ¤gers, nur hoch bewertete Leistungen des QZV zu erbringen, kann aber nicht zu einem anderen Zuschnitt des QZV fÃ¼hren, da dieser einer Pauschalierung unterliegt. SchlieÃlich sind die grundsÃ¤tzlichen AusfÃ¼hrungen des Sozialgerichts zur Honorierung vertragsÃ¤rztlicher Leistungen in vollem Umfang zutreffen. Der Senat macht sie sich zu eigen und verzichtet insoweit auf eine eigene Darstellung (Â§ 153 Abs. 2 SGG).

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 H-Team der Beklagten im Bescheid vom 23. August 2012 Ã¼ber Praxisbesonderheiten und einen HÃ¤rtefall entschieden, der KlÃ¤ger diesen Bescheid aber nicht mit Widerspruch angefochten 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 LÂ 4 KA 53/14 â juris). Eine zusprechende oder ablehnende Entscheidung des H-Teams wird nach Â§Â 86 SGG Gegenstand des Widerspruchsverfahrens und gemÃ¤Ã Â§ 96 Abs. 1 SGG Gegenstand eines Klageverfahrens gegen die RLV/QZV-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 Praxisbesonderheiten zu berÃ¼cksichtigen, wenn dazu Veranlassung besteht. Dies gilt auch fÃ¼r QZV (Urteil des Senats vom 10. Oktober 2017 â L 4 KA 68/15). Nach Teil F I 3.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. MÃ¤rz 2010 werden die Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der GesamtvertrÃ¤ge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, fÃ¼r die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Ãber das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der GesamtvertrÃ¤ge. GemÃ¤Ã Teil D 4.3.3 der HVV 2011/2012 kann der Arzt fÃ¼r Praxisbesonderheiten ZuschlÃ¤ge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe beantragen. Der Antrag soll die Leistungen unter Angabe der EBM-GebÃ¼hrennummern benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrÃ¼ckt. Praxisbesonderheiten kÃ¶nnen sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, fÃ¼r die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusÃ¤tzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Ãberschreitung des durchschnittlichen RLV-Fall-wertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt. 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 â; Urteil vom 13. Juni 2017 â L 4 KA 87/15 â). Die Entscheidung der Beklagten ist ermessensgerecht; insbesondere hat sie sich im Widerspruchsbescheid auf diese Regelung bezogen und Praxisbesonderheiten im Bereich der QZV nicht entgegen dieser Normsituation grundsÃ¤tzlich in Abrede gestellt (vgl. Urteil des Senats vom 10. Oktober 2017 Ââ L 4 KA 68/15 â).

Der KlÃ¤ger erfÃ¼llt diese Voraussetzungen â wie zwischen den Beteiligten unstreitig ist â nicht. 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 von 30 % FallwertÃ¼berschreitung, die bereits auch auf Bundesebene im Beschluss des eBewA vom 27./28. August 2008 fÃ¼r die Abrechnungsquartale I/2009 bis II/2010 eingefÃ¼hrt war, festgehalten und im Fall des KlÃ¤gers keine 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 Wirtschaftlichkeitsprüfungen (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 26. MÃ¤rz 2010 enthÃ¤lt in Teil F I 3.8 eine Regelung zum Ausgleich Ã¼berproportionaler Honorarverluste in HÃ¶he von Ã¼ber 15 % gegenÃ¼ber dem entsprechenden Quartal 2008 durch befristete Ausgleichszahlungen. Diese Regelung hat die HVV 2011/2012 in Teil D 4.3.2 5.4.3 Ã¼bernommen und ferner einen HÃ¤rtefall angenommen, wenn das Gesamthonorar des Arztes um diesen Prozentsatz gegenÃ¼ber dem entsprechenden Quartal 2008 gesunken ist (Ziffer 4.3.1). Diese Voraussetzung liegt beim KlÃ¤ger nicht vor. Im Quartal III/2008 erzielte er ein Honorar in HÃ¶he von 47.054,54 â¬. Im VerhÃ¤ltnis dazu ist sein Honorar im Quartal III/2012 mit 83.748,54 â¬ angestiegen. Das Kriterium von 15 % wird dadurch keinesfalls erreicht.

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. Hier gilt das bereits zur hinreichenden Bemessung der QZV oben Gesagte.

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 einer Ãberschreitung 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 groÃen 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 165 % 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. Diese Ã¼berdurchschnittlichen Fallzahlen und Fallwerte und damit ein gegenÃ¼ber der Fachgruppe Ã¼berdurchschnittliches Honorar haben sich seitdem bis zum Abrechnungsquartal erhalten geblieben.

Zur Ãberzeugung 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. SchlieÃlich 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.

Erstellt am: 14.01.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024