
S 79 KA 247/11

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Kassenärztliche Vereinigung Honorarverteilung Bemessung des Regelleistungsvolumens Anerkennung von Praxisbesonderheiten untypische Ausrichtung einer Arztpraxis hier: Schwerpunkte Rheumatologie, Schmerztherapie und Chirotherapie
Leitsätze	Bei der Bemessung des Regelleistungsvolumens besteht Anlass für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nur, soweit die Arztpraxis eine für die Fachgruppe untypische Ausrichtung aufweist.
Normenkette	SGB V § 87b Abs 3 S 3 F: 2007-03-26 SGB V § 87b Abs 4 S 1 F: 2007-03-26 SGB V § 87 Abs 1 EBM-Ä Kap 18.3 J: 2008 EBM-Ä Kap 30.2.1 J: 2008 EBM-Ä Kap 30.7 J: 2008

1. Instanz

Aktenzeichen	S 79 KA 247/11
Datum	29.01.2014

2. Instanz

Aktenzeichen	L 7 KA 18/14
Datum	18.10.2017

3. Instanz

Datum	26.06.2019
-------	------------

Die Revision der KlÄgerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 18. Oktober 2017 wird zur¼ckgewiesen. Die KlÄgerin hat die Kosten des Revisionsverfahrens zu tragen.

Gründe:

I

1

Die Klägerin begehrt aufgrund von Praxisbesonderheiten die Berücksichtigung eines höheren Regelleistungsvolumens (RLV) für die Quartale 2/2009 bis 4/2009.

2

Sie ist als Fachärztin für Orthopädie zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und führt die Schwerpunktbezeichnung "Rheumatologie" sowie die Zusatzbezeichnungen "Chirotherapie", "Rehabilitationswesen" und "Spezielle Schmerztherapie". Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung erteilte ihr ferner eine Abrechnungsgenehmigung für die Behandlung eines Patienten mit Funktionsstörung der Hand im Rahmen des Fachgebietes Orthopädie gemäß der Gebührenordnungsposition (GOP) 18330 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für Ärztliche Leistungen (EBM-Ä). Die Beklagte wies der Klägerin ein RLV für das Quartal 1/2009 in Höhe von 44 783,47 Euro, für das Quartal 2/2009 in Höhe von 38 962,90 Euro, für das Quartal 3/2009 in Höhe von 39 826,07 Euro und für das Quartal 4/2009 in Höhe von 35 622,82 Euro zu (Zuweisungsbescheide vom 1.12.2008, 27.2.2009, 29.5.2009 und 28.8.2009). Die Widerspruchsverfahren gegen diese Zuweisungsbescheide sind ruhend gestellt.

3

Die Klägerin machte Praxisbesonderheiten wegen der Versorgung von überdurchschnittlich vielen Patienten mit Rheuma- und Osteoporoseerkrankungen sowie mit chronischen Schmerzen geltend. Sie erbringe insbesondere orthopädische Leistungen des Kapitels 18.3 EBM-Ä, schmerztherapeutische Leistungen des Kapitels 30.7 EBM-Ä und chirotherapeutische Leistungen des Kapitels 30.2.1 EBM-Ä deutlich häufiger als die Arztgruppe der Orthopäden. Die Beklagte lehnte den Antrag auf RLV-Erhöhungen wegen Praxisbesonderheiten ab (Bescheid vom 28.10.2009). Dem hiergegen gerichteten Widerspruch half sie teilweise ab, indem sie den RLV-Fallwert für das Quartal 4/2009 um 22,5 % auf 35,77 Euro an hob (Bescheid vom 10.3.2011). Im Übrigen wies die Beklagte den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 12.4.2011).

4

Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 29.1.2014). Ein Anspruch auf weitergehende Erhöhung des RLV aufgrund von Praxisbesonderheiten besteht nicht. Zwar liege eine ausreichende Fallwertüberschreitung vor (78,25 % (1/2009), 71,02 % (2/2009), 66,17 % (3/2009), 54,84 % (4/2009)). Jedoch fehle es an einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung.

Das LSG hat die Beklagte verpflichtet, über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für das Quartal 1/2009 unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden; im übrigen hat es die Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 18.10.2017). Für das Quartal 1/2009 fehle noch die erforderliche Vereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Bezüglich der Quartale 2/2009 bis 4/2009 sei das Urteil des SG dagegen nicht zu beanstanden. Zwar seien die Bereiche Schmerztherapie und Chirotherapie als fachübergreifende Leistungen einer Anerkennung als Praxisbesonderheit zugänglich. Die Praxis der Klägerin zeichne sich aber dadurch aus, dass sie in unterschiedlichen Bereichen einige Leistungen oberhalb des Fachgruppenschchnitts abrechne, jedoch keiner dieser Bereiche für sich genommen einen signifikanten Anteil am gesamten Leistungsgeschehen ausmache. Eine Summierung aller Leistungsbereiche (Rheuma-, Osteoporose- und Patienten mit chronischen Schmerzen) scheide aus. Sie könne nur in Betracht, wenn diese Krankheitsbilder in einem inneren Zusammenhang ständen. Zwar könne es sein, dass viele Rheuma- und Osteoporosepatienten auch wegen chronischer Schmerzen behandelt werden müssten. Jedoch würden solche Schmerzzustände auch bei anderen Erkrankungen auftreten.

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin eine Verletzung von [§ 87b Abs 3 S 3, Abs 4 S 1 SGB V](#), der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) vom 27./28.8.2008, 15.1.2009 und 27.2.2009 und des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Seit dem 1.1.2009 sei die Anerkennung von Praxisbesonderheiten in [§ 87b Abs 3 S 3 SGB V](#) geregelt. In den maßgeblichen Beschlüssen des EBewA seien hierzu grundlegende Tatbestandsvoraussetzungen normiert, welche durch die Gesamtvertragspartner näher ausgestaltet worden seien. Dabei sei bewusst darauf verzichtet worden, "im Honorarvertrag über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für das Vertragsgebiet Berlin" (in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 1.4.2009; HV) festzulegen, welchen Anteil die als Praxisbesonderheiten anzuerkennenden Leistungen am abgerechneten Gesamtleistungsvolumen mindestens erreichen müssten. Dieses "Schweigen" der Gesamtvertragspartner bilde eine negative Wortlautgrenze. Ausdrückliches Ziel des Gesetzgebers sei die Gewährleistung der Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten gewesen. Praxen mit weniger behandlungsintensiven Patienten sollten nicht besser gestellt werden als die sog. Versorgerpraxen. Das vom BSG entwickelte Kriterium eines prozentualen Mindestanteils der als Praxisbesonderheit geltend gemachten Leistungen am Gesamtleistungsvolumen sei auf die Rechtslage ab 2009 damit nicht mehr anzuwenden. Die als Einheit zu bewertende Erbringung von rheumatologischen, chirotherapeutischen und schmerztherapeutischen Leistungen stehe in einem untrennbaren Zusammenhang mit der Betreuung von Rheuma-, Osteoporose- und Schmerzpatienten, die sie, die Klägerin, aufgrund ihrer Spezialisierung überdurchschnittlich häufig behandle. Eine isolierte Betrachtung einzelner

Leistungen bzw einzelner Leistungsbereiche verbiete sich. Darüber hinaus verstoße das Urteil des LSG gegen [Â§ 153 Abs 1](#) iVm [Â§ 128 Abs 1 S 1](#) und [Â§ 157 SGG](#), denn die im Berufungsverfahren eingereichten Anlagen BK 1 und BK 2 sowie die hierzu vorgenommenen Erläuterungen seien in die Entscheidungsfindung nicht einbezogen worden.

7

Die Klägerin beantragt, die Urteile des LSG Berlin-Brandenburg vom 18.10.2017 und des SG Berlin vom 29.1.2014 hinsichtlich der Quartale 2/2009 bis 4/2009 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 28.10.2009 in Gestalt des Bescheides vom 10.3.2011 sowie des Widerspruchsbescheides vom 12.4.2011 zu verpflichten, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu über den Antrag auf Erhöhung des RLV für die Quartale 2/2009 bis 4/2009 infolge von Praxisbesonderheiten zu entscheiden.

8

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

9

Ein prozentualer Mindestanteil der als Praxisbesonderheit geltend gemachten Leistungen am Gesamtleistungsvolumen sei weiterhin zu fordern. Der Gesetzesbegründung zu [Â§ 87b SGB V](#) könne nicht entnommen werden, dass einziger Anknüpfungspunkt zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten die Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen Ärzten und Praxen mit behandlungsintensiveren Patienten durch eine höhere RLV-Zuweisung gewesen sei. Auch das Fehlen eines numerischen Grenzwertes im HV ändere daran nichts. Denn offensichtlich bildeten die hier vorliegenden Anteile von durchschnittlich 9,67 % (Leistungen nach GOP 18330 und 18320 EBM-Ä), 6,63 % (schmerztherapeutische Leistungen des Kapitels 30.7.2 EBM-Ä) bzw 9,28 % (chirotherapeutische Leistungen nach GOP 30200 und 30201 EBM-Ä) keinen messbaren bzw überdurchschnittlich hohen Anteil der im jeweiligen Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl. Eine Summierung aller von der Klägerin geltend gemachten Leistungsbereiche komme aufgrund des fehlenden inneren Zusammenhangs der Krankheitsbilder nicht in Betracht.

II

10

A. Gegenstand des Revisionsverfahrens sind das Urteil des LSG vom 18.10.2017 sowie die Bescheide der Beklagten vom 28.10.2009 und 10.3.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.4.2011 nur insoweit, als die Quartale 2/2009 bis 4/2009 betroffen sind. Nur für diese Quartale begehrt die Klägerin die Berücksichtigung eines höheren RLV. Das Quartal 1/2009, in dem die Klägerin

vor dem LSG Erfolg hatte, weil es nach Auffassung dieses Gerichts an der erforderlichen Rechtsgrundlage für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten gefehlt habe, ist nicht mehr Verfahrensgegenstand, da die Beklagte keine Revision eingelegt hat.

11

B. Die Klage ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage in der Form einer Neubescheidungsklage ([Â§ 54 Abs 1](#), [Â§ 131 Abs 3 SGG](#)) statthaft (vgl auch BSG Urteil vom 29.6.2011 [B 6 KA 17/10 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 66 RdNr 26](#)). Die Entscheidung über die Ablehnung der Anerkennung einer Praxisbesonderheit kann von der Klägerin auch gesondert angefochten werden (vgl BSG Urteil vom 15.8.2012 [B 6 KA 38/11 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 87b Nr 1 RdNr 11](#)).

12

C. Die Revision hat in der Sache jedoch keinen Erfolg. Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, dass die Klägerin in den Quartalen 2/2009 bis 4/2009 keinen Anspruch auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei der Festsetzung des RLV hat.

13

1. Rechtsgrundlage für eine Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei der Bemessung des RLV ist [Â§ 87b Abs 3 S 3 SGB V](#) in der in den streitbefangenen Quartalen anzuwendenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26.3.2007 ([BGBl I 378](#); aF) iVm Teil F Ziffer 3.6 des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 (DÄ 2008, A-473). Nach [Â§ 87b Abs 3 S 3 SGB V](#) aF sind Praxisbesonderheiten (zum Begriff im Rahmen der Honorarverteilung vgl BSG Urteil vom 22.6.2005 [B 6 KA 80/03 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 10 RdNr 35](#)) zu berücksichtigen, soweit Veranlassung dazu besteht. Das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach [Â§ 87b Abs 2](#) und 3 SGB V aF [B 6 KA 80/03 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 10 RdNr 35](#) und damit auch zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten nach Abs 3 S 3 [B 6 KA 80/03 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 10 RdNr 35](#) bestimmt nach [Â§ 87b Abs 4 S 1 SGB V](#) aF erstmalig bis zum 31.8.2008 der Bewertungsausschuss. In Umsetzung dieser Vorgabe sieht Teil F Ziffer 3.6 S 1 bis 3 des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 vor, dass Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt werden. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Nach Teil A Ziffer 4 des Beschlusses des EBewA vom 27.2.2009 (DÄ 2009, A-574) zur Änderung des Beschlusses Teil A des EBewA vom 15.1.2009 (Konvergenzbeschluss; DÄ 2009, A-308) können die Partner der Gesamtverträge aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die genannte Überschreitung von mindestens 30 % nicht vorliegt.

Die Beklagte vereinbarte mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit Wirkung ab dem 1.4.2009 im Rahmen der 1. Änderungsvereinbarung vom 31.3.2009 in Â§ 5 Abs 9 Anlage 1 HV eine einschlägige Regelung. Praxisbesonderheiten liegen danach in der Regel vor, wenn ein besonderer Versorgungsauftrag und/oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung besteht und zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 15 % vorliegt, wobei die morbiditätsbezogene Differenzierung des RLV nach Teil F Anlage 2 Nr 6 des Beschlusses des EBewA vom 23.10.2008 zu berücksichtigen ist. Damit haben die Gesamtvertragspartner hier von der vom EBewA eingeräumten Möglichkeit, den Grenzwert von 30 % abweichend festzusetzen, Gebrauch gemacht. Ein besonderer Versorgungsauftrag bzw eine besondere, für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung können nach Â§ 5 Abs 9 S 3 Anlage 1 HV sein die Durchführung von Leistungen nach GOP 01410, 01413, 20330, 20331, 20335, 20336, 20351, 20352 EBM-Ä, nach GOP 34502, 34503 EBM-Ä bei akuter oder chronischer Schmerzsymptomatik, nach GOP 30130 EBM-Ä durch Allergologen oder von Leistungen des Kapitels 4.4 und 4.5 EBM-Ä durch Kinderärzte.

2. Die Entscheidung des LSG, wonach die Klägerin in den drei streitgegenständlichen Quartalen keinen Anspruch auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten beim RLV hat, steht mit Bundesrecht im Einklang. Die Voraussetzungen, die der im Bezirk der Beklagten geltende HV insoweit aufstellt, liegen nicht vor (dazu a.). Entgegen der Auffassung der Klägerin können die Leistungen, die auf die von ihr benannten Schwerpunkte der Rheumatologie, der Schmerztherapie und der Osteoporose entfallen, nicht zusammengerechnet werden, um aus der Summierung einen besonderen Praxisschwerpunkt abzuleiten (dazu b.).

a. Die Voraussetzungen für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nach Â§ 5 Abs 9 Anlage 1 HV liegen nicht vor. Insbesondere erfüllt die Praxis der Klägerin keinen "besonderen Versorgungsauftrag" und weist keine "für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung" auf. Ohne ein solches besonderes Versorgungsangebot ist eine Überschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes von mehr als 15 %, die bei der Klägerin vorliegt, kein hinreichender Grund für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Anlass für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten besteht vielmehr immer dann, wenn eine Praxis eine untypische Ausrichtung ausweist.

Die in Â§ 5 Abs 9 S 3 Anlage 1 HV aufgeführten Beispiele, die einen besonderen Versorgungsauftrag bzw eine besondere für die Versorgung bedeutsame fachliche

Spezialisierung begründenden Fällen, sind ersichtlich nicht erfüllt. Wie sich aus der Formulierung ("Fällen z.B. sein") der genannten Regelungen ergibt, sind hiermit die Voraussetzungen für die Annahme eines besonderen Versorgungsauftrags bzw einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung aber nicht abschließend beschrieben. Das LSG ist insoweit zutreffend davon ausgegangen, dass eine Praxisbesonderheit in dem genannten Sinne auch angenommen werden kann, wenn die Gegebenheiten vorliegen, die nach der zu früheren, strukturell vergleichbaren Regelungen ergangenen Rechtsprechung des BSG für einen besonderen Versorgungsschwerpunkt sprechen. Diese Auslegung durch das LSG verstößt nicht gegen Bundesrecht. Sie entsprach den Vorgaben des [Â§ 87b SGB V](#) aF als auch den Vorgaben des EBewA in seinen Beschlüssen vom 27./28.8.2008, 15.1.2009 und 27.2.2009.

18

(1) Zur Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" (in Nr 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM-Ä idF ab 1.7.1997; s DÄ 1996, A-3364 ff; 1997, A-864 ff unter Geltung der Praxis- und Zusatzbudgets vorgesehene Möglichkeit einer Budgeterweiterung) hat der Senat ausgeführt, dass eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung vorliegen müssen, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl haben (BSG Urteil vom 22.3.2006 â [B 6 KA 80/04 R](#) â [SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 12](#) RdNr 15 f; BSG Urteil vom 28.1.2009 â [B 6 KA 50/07 R](#) â [SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 17](#) RdNr 36). Dabei hat er als mögliches Indiz für die Atypik im Vergleich zur Fachgruppe angesehen, dass im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezialisierungsbereich vorliegt und das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem Spezialisierungsbereich die Budgetgrenze übersteigt. Aus einer derartig dokumentierten Spezialisierung können Rückschlüsse auf die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gezogen werden (vgl BSG Urteil vom 16.5.2001 â [B 6 KA 53/00 R](#) â [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#) S 178).

19

Auch unter Geltung der RLV hat der Senat diese Kriterien als geeignet angesehen, das Merkmal der Sicherstellung der Versorgung zu konkretisieren (vgl BSG Urteil vom 29.6.2011 â [B 6 KA 17/10 R](#) â [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 66](#) RdNr 22; BSG Urteil vom 2.8.2017 â [B 6 KA 18/17 R](#) â [Juris RdNr 58](#) ff; BSG Beschluss vom 21.3.2018 â [B 6 KA 70/17 B](#) â [Juris RdNr 9](#) f; BSG Beschluss vom 3.8.2016 â [B 6 KA 12/16 B](#) â [Juris RdNr 11](#)). Eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung, die Rückschlüsse auf einen Versorgungsbedarf erlaubt, kann sich danach in einem besonders hohen Anteil der in einem speziellen Leistungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl zeigen. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es allerdings nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen

abzurechnen (BSG Urteile vom 29.6.2011 [B 6 KA 17/10 R](#) [SozR 4-2500](#) [Â§ 85 Nr 66 RdNr 22](#); [B 6 KA 19/10 R](#) [Juris RdNr 22](#) und [B 6 KA 20/10 R](#) [Juris RdNr 17](#)). Die [Überschreitung](#) des praxisindividuellen RLV muss vielmehr darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppen^{1/4}bergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern (BSG Urteil vom 29.6.2011 [B 6 KA 17/10 R](#) [SozR 4-2500](#) [Â§ 85 Nr 66 RdNr 22](#); BSG Beschluss vom 21.3.2018 [B 6 KA 70/17 B](#) [Juris RdNr 12](#)).

20

(2) Diese Kriterien können entgegen der Ansicht der Klägerin auch für die Beurteilung der Rechtslage ab 2009 unter Geltung der Vorschrift des [Â§ 87b Abs 3 S 3 SGB V](#) aF herangezogen werden. Soweit die Klägerin argumentiert, Anknüpfungspunkt des [Â§ 87b Abs 3 S 3 SGB V](#) aF und der Beschlüsse des EBewA für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten sei allein die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten gewesen, wogegen es bei den vom BSG entwickelten Voraussetzungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten unter Geltung der Praxis- und Zusatzbudgets ausschließlich um den Ausgleich unbilliger Härten im Einzelfall bzw um Sicherstellungsaspekte gegangen sei, trägt dies nicht. Aus der von ihr angeführten Gesetzesbegründung zu der ursprünglich in [Â§ 85b Abs 3 S 2 Nr 4 SGB V](#) (Entwurf) vorgesehenen Regelung zu den Praxisbesonderheiten (Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG vom 24.10.2006, [BT-Drucks 16/3100 S 125](#)) folgt dies jedenfalls nicht. Die Regelung des [Â§ 85b Abs 3 S 2 Nr 4 SGB V](#), auf die sich die Gesetzesbegründung bezog, ist nicht in Kraft getreten. Vielmehr verringerte [Â§ 87b Abs 3 SGB V](#) die zwingend zu beachtenden Kriterien zur Bestimmung des arztbezogenen RLV im Vergleich zu [Â§ 85b Abs 3 SGB V](#) (Entwurf) deutlich (Bericht des Ausschusses für Gesundheit, [BT-Drucks 16/4247 S 42](#) f [zu Â§ 87b](#), zu Abs 3). [Â§ 87b Abs 3 S 3 SGB V](#) aF bestimmte lediglich, dass Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind, soweit dazu Veranlassung besteht.

21

(3) Auch im Rahmen der Auslegung der Begriffe "besonderer Versorgungsbedarf" und "für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung" ist somit typischerweise eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung zu fordern. Der betreffende Arzt muss grundsätzlich seine vertragsärztliche Tätigkeit innerhalb eines größeren Rahmens vorrangig auf ein bestimmtes und begrenztes Gebiet konzentrieren (vgl BSG Beschluss vom 21.3.2018 [B 6 KA 70/17 B](#) [Juris RdNr 9](#)). Dies folgt bereits aus der Wortbedeutung des Teil F Ziffer 3.6 des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2009 bzw des [Â§ 5 Abs 9 Anlage 1 HV](#) ("besonderer Versorgungsauftrag", "bedeutsame Spezialisierung"). Daneben ist dem Umstand Bedeutung beizumessen, wie hoch der Anteil der zur Fachgruppe gehörenden Ärzte ist, der die Leistung ebenfalls abrechnet (vgl BSG Beschluss vom 28.8.2013 [B 6 KA 24/13 B](#) [Juris RdNr 4](#); BSG Beschluss vom 21.3.2018 [B 6 KA](#)

22

Unter Zugrundelegung dieser GrundsÃtze kann hier ein "besonderer Versorgungsauftrag" oder eine "fÃ¼r die Versorgung bedeutsame Spezialisierung" nicht bejaht werden. Bei den Leistungen, aufgrund derer die KlÃ¤gerin die BerÃ¼cksichtigung einer Praxisbesonderheit begehrt, handelt es sich um fachgruppentypische Leistungen. Die von ihr in Anspruch genommenen Leistungen der Rheumatologie gehÃ¶ren zu den typischen Aufgaben einer orthopÃ¤dischen Praxis; nichts anderes gilt im Ergebnis auch fÃ¼r die Schmerztherapie. Es ist bereits nicht erkennbar, dass fÃ¼r die Erbringung dieser Leistungen, die zum Kernbestand des orthopÃ¤dischen Leistungsspektrums gehÃ¶ren, typischerweise eine besondere Zusatzqualifikation und eine besondere Praxisausstattung erforderlich sind (vgl BSG Beschluss vom 21.3.2013 â [B 6 KA 70/17 B](#) â Juris RdNr 12 â zu Kernleistungen des nuklearmedizinischen Leistungsspektrums; BSG Beschluss vom 3.8.2016 â [B 6 KA 12/16 B](#) â Juris RdNr 11 â zu Kernleistungen der Neurochirurgen).

23

Anlass fÃ¼r die Anerkennung von Praxisbesonderheiten besteht immer dann, wenn eine Praxis eine untypische Ausrichtung aufweist, wie das der Senat etwa fÃ¼r eine ausschlieÃlich proktologisch tÃtige Praxis eines Chirurgen angenommen hat (BSG Urteil vom 29.6.2011 â [B 6 KA 19/10 R](#) â Juris RdNr 22; vgl auch BSG Urteil vom 22.5.1984 â [6 RKa 16/83](#) â Juris â zu einem phlebologisch tÃtigen Allgemeinarzt; BSG Urteil vom 23.5.1984 â [6 RKa 17/82](#) â Juris â bei vorstationÃ¤rer Diagnostik eines Internisten). Entscheidend war insoweit, dass gerade spezielle proktologische Leistungen (GOP 30610 (Behandlungen von HÃ¤morrhoiden) und GOP 30611 (Entfernung von HÃ¤morrhoiden) EBM-Ã 2005) nur von einem Teil der Chirurgen und nur in geringen Fallzahlen erbracht wurden. Im Unterschied hierzu werden der Ã¼berwiegende Teil der von der KlÃ¤gerin als spezielle Leistungen geltend gemachten Leistungen von fast allen Ãrzten der Fachgruppe (OrthopÃ¤den) abgerechnet, wenn auch in unterschiedlichem Umfang. Die KlÃ¤gerin begehrt damit die Anerkennung von Leistungen nahezu des gesamten fachgruppenspezifischen (orthopÃ¤dischen) Leistungsspektrums als Praxisbesonderheit. Ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen reicht jedoch zur BegrÃ¼ndung einer versorgungsrelevanten Besonderheit gerade nicht aus (BSG Urteile vom 29.6.2011 â [B 6 KA 17/10 R](#) â SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 66 RdNr 22; [B 6 KA 19/10 R](#) â Juris RdNr 22; [B 6 KA 20/10 R](#) â Juris RdNr 17).

24

Soweit die KlÃ¤gerin im hier maÃgeblichen Zeitraum einzelne Leistungen erbracht hat, die nur von einer relativ geringen Zahl von OrthopÃ¤den abgerechnet worden sind, folgt hieraus nichts anderes. Denn es kann insbesondere nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Ãrzte einer Fachgruppe auf unterschiedliche Leistungen spezialisieren. Das kann zur Folge haben, dass Leistungen, die ausschlieÃlich von

Ärzten der Fachgruppe erbracht und abgerechnet werden dürfen, dennoch jeweils zB von weniger als 50 % der Fachgruppe erbracht werden. Wenn allein dieses Kriterium der Häufigkeit der Leistungserbringung innerhalb der Fachgruppe für die Bestimmung einer Praxisbesonderheit herangezogen werden dürfte, müssten in einer solchen Konstellation alle Ärzte der Fachgruppe Praxisbesonderheiten geltend machen können (BSG Beschluss vom 21.3.2018 – [B 6 KA 70/17 B](#) – Juris RdNr 13).

25

b. Zutreffend hat das LSG es auch abgelehnt, die Leistungen, die auf die von der Klägerin in Anspruch genommenen Schwerpunkte der Rheumatologie, der Schmerztherapie und der Osteoporose entfallen, zusammenzurechnen und aus der Summierung einen besonderen Praxisschwerpunkt abzuleiten. Bereits in seiner Entscheidung vom 28.8.2013 hat der Senat ausgeführt, dass die ohnehin niedrige Grenze für die Anerkennung einer RLV-relevanten Praxisbesonderheit für jeden Leistungsbereich gesondert zu bestimmen ist ([B 6 KA 24/13 B](#) – Juris RdNr 4). Über die Praxisbesonderheiten soll die Deckung eines besonderen Versorgungsbedarfs berücksichtigt werden, der zu einer Verengung des Leistungsspektrums infolge einer Spezialisierung geführt hat. Eine solche Praxisausrichtung, bei der nicht mehr davon ausgegangen werden kann, dass die am Durchschnitt orientierte Fallpunktzahl das Leistungsgeschehen adäquat abbildet, kann nur bei einer überdurchschnittlichen Konzentration auf einen speziellen Leistungsbereich vorliegen. Die hier von der Klägerin vorgenommenen Behandlungen der Erkrankungen des Bewegungsapparates können zwar nebeneinander zur Anwendung gelangen, bilden aber nicht notwendig eine Einheit. Dies zeigt sich auch in den unterschiedlichen Anteilen der Leistungsbereiche an den Gesamtleistungen der Klägerin. Das LSG hat daher zu Recht angenommen, dass die Klägerin die geltend gemachten Leistungen zwar häufiger erbracht hat, allerdings aus unterschiedlichen Bereichen und ohne versorgungsrelevanten Zusammenhang. Werden spezielle Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen erbracht, führt dies gerade nicht zu einer im Vergleich zum Durchschnitt signifikant anderen Ausrichtung der Praxis mit der Folge, dass diese in besonderem Maße von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern in Anspruch genommen werden.

26

3. Soweit die Klägerin schließlich beanstandet, dass das LSG die mit den Auswertungen gemäß Anlage BK 1 und BK 2 neu vorgelegten Tatsachen und Beweismittel nicht berücksichtigt und damit gegen [Â§ 157 S 2](#) sowie [Â§ 153 Abs 1 iVm Â§ 128 Abs 1 S 1 SGG](#) verstoßen habe, greift dieser Einwand nicht durch. Nach [Â§ 157 S 2 SGG](#) hat das LSG auch neu vorgebrachte Tatsachen und Beweismittel zu berücksichtigen. Nach [Â§ 128 Abs 1 S 1 SGG](#) entscheidet das Gericht nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung. Es ist schon nicht ersichtlich, dass das LSG die mit Schriftsatz vom 19.5.2016 eingereichten Unterlagen bei der Urteilsfindung unberücksichtigt gelassen hat. Dass es diese Ausführungen zur Kenntnis genommen hat, ergibt sich bereits

daraus, dass die im Tatbestand des LSG-Urteils (S 8) aufgenommene Tabelle die Daten aus der Anlage BK 2 und die Anzahl der Osteoporosepatienten aus der Anlage BK 1 wiedergibt.

27

D. Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [Â§Â§ 154 ff VwGO](#). Danach trÃ¤gt die KlÃ¤gerin die Kosten des von ihr erfolglos gefÃ¼hrten Rechtsmittels ([Â§ 154 Abs 2 VwGO](#)).

Erstellt am: 28.02.2020

Zuletzt verÃ¤ndert am: 21.12.2024