

L 12 KA 39/15

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 1031/14

Datum

04.02.2015

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 39/15

Datum

11.05.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, wenn in dem ab 01.01.2013 geltenden Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten in der Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie die Nr. 13400 EBM-Ä (Ösophago-Gastroduodenoskopie - ÖGD) dem Vergütungsvolumen mit einer Mengengrenzung für je Arztgruppe spezialisierte Leistungen zugeteilt ist (sog. "Topf-in-Topf-Leistung").

2. Dies gilt auch für die weitere Regelung, wonach die erbrachten Leistungen der ÖGD nur bis zu einer Grenze von 300 ÖGD mit dem vollen Wert der Bayerischen Eurogebührenordnung vergütet werden, während die darüber hinausgehenden Leistungen nur noch mit 70 % des vollen Wertes honoriert werden. Diese Grenzziehung ist nicht willkürlich und stellt ein zulässiges und zweckmäßiges Mittel der Mengensteuerung dar, das den Ärzten zudem ein hohes Maß an Kalkulationssicherheit gewährt.

I. Auf die Berufungen der Beklagten werden die Urteile des Sozialgerichts München vom 04.02.2015 in den Verfahren [S 38 KA 1031/14](#), 1174/14, 1175/14, 1471/14, 1864/14 und 1865/14 aufgehoben und die Klagen des Klägers abgewiesen.

II. Der Kläger trägt die Kosten der Verfahren.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger ist Internist mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie und seit 01.01.2012 zur vertragsärztlichen Versorgung in A-Stadt niedergelassen.

I.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 14.08.2013 das Honorar des Klägers für das Quartal 1/2013 auf 152.031,65 EUR festgesetzt. Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 11.09.2013. Der Honorarbescheid sei in formeller und materieller Hinsicht rechtswidrig und werde daher vollumfänglich angegriffen. Zunächst sei der Verwaltungsakt entgegen [§ 35 SGB X](#) nicht hinreichend begründet. Der Honorarbescheid sei darüber hinaus auch materiell rechtswidrig. Die "Topf-in-Topf"-Regelung nach Abschnitt E Anlage 3 B 4.1.2 Abs. 8 HVM verstoße gegen [§ 87b SGB V](#) bzw. das Berufsfreiheitsrecht gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG](#). Es handle sich um einen Eingriff in den Kernbereich des Versorgungsauftrags als vertragsärztlicher Gastroenterologe. Der Kläger habe sich in dem gastroenterologischen Kernbereich auf die Durchführung von Ösophago-Gastro-Duodenoskopien, Koloskopien einschließlich der hiermit in Zusammenhang stehenden abdominellen Sonographien spezialisiert. Diese besondere Spezialisierung entspreche seinem Versorgungsauftrag und sei bisher von der Beklagten anerkannt worden. Die Beklagte hätte für entsprechende Fallgestaltungen mindestens eine Ausnahmeregelung von der "Topf-in-Topf"-Regelung kreieren müssen. Die Rechtswidrigkeit der Regelung ergebe sich aber auch aus der unzulässigen Gleichsetzung von Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie mit Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt. Die Beklagte übersehe den unterschiedlichen ärztlichen Kernbereich beider Vergleichsgruppen. Gemäß den berufsrechtlich geforderten Tätigkeitsinhalten sei somit eine undifferenzierte Gleichbehandlung zwischen beiden Arztgruppen ausgeschlossen. Die Beklagte habe mindestens eine entsprechende Ausnahmeregelung vorzusehen, entsprechende Anträge seien hiermit gestellt. Der HVM sehe für Gastroenterologen die Inanspruchnahme der qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) in den Bereichen Duplex-Sonographie Gefäße (GOP 33073, 33075 EBM), praxisklinische Beobachtung und Betreuung Gastroenterologen und Behandlung von Hämorrhoiden (GOP 30610, 30611 EBM) vor. Gastroenterologische Leistungen des Klägers seien die laut EBM vorgesehenen Zuschläge zur GOP 13401 f. EBM, die abdominelle Sonographie (GOP 33042 EBM), der H2-Atemtest (GOP 02401 EBM), die Infusion (GOP 02100 EBM) und der proktologische Basiskomplex

(GOP 30600 EBM), die im Zusammenhang mit der speziellen Leistung der Ösophago-Gastro-Duodenoskopie und im Zusammenhang mit der Behandlung von Hämorrhoiden stehen. Mangels Regelung eines besonderen QZV in den oben genannten Bereichen habe die Beklagte die speziellen Leistungen durch Erhöhung des RLV in Bezug auf den Fallwert auszugleichen. Entsprechende Anträge seien hiermit gestellt. Hinsichtlich der Bildung des QZV "Behandlung von Hämorrhoiden" entspreche die QZV-Festsetzung nicht der besonderen Praxisausrichtung des Klägers weder in Bezug auf die Fallzahl noch in Bezug auf den Fallwert. Daher habe eine Vergütung durch entsprechende QZV-Erhöhung sowohl in Bezug auf den Fallwert als auch in Bezug auf die Fallzahl zu erfolgen. Entsprechende Anträge auf Fallwert- und Fallzahlanpassung seien hiermit gestellt. Die RLV-Bildung berücksichtige nicht die besondere Praxisausrichtung des Klägers. Ein hieran orientiertes Volumen müsste, soweit der Kläger innerhalb des Versorgungsauftrags bleibe, von den Werten der Eurogebührenordnung ausgehen. Dem Kläger sei laut der Anlage zum HB 1/2013 "Ermittlung der Obergrenze (RLV und QZV) - GKV" ein RLV in Höhe von 17.867,22 EUR zugewiesen worden. Die Grundlage bilde eine Fallzahl in Höhe von 831. Dieses RLV werde nahezu vollständig durch die Grundpauschale gemäß GOP 13391 ff. EBM aufgezehrt. Der durchschnittliche RLV-Fallwert betrage 21,50 EUR. Demgegenüber stehe das Mittel zwischen beiden Grundpauschalen-Varianten in Höhe von 20,43 EUR. Multipliziert man diesen Wert mit der spezialisierten Fallzahl, ergebe sich bereits aus der Grundpauschale ein RLV-Wert von 15.890,65 EUR. Mit den für weiteren Leistungen verbleibenden 1,07 EUR pro Fall könne der Kläger innerhalb des Versorgungsauftrags keine weiteren Leistungen erbringen. Das RLV des Klägers berücksichtige diese besondere Ausrichtung nicht und sei daher in Bezug auf den Fallwert zu erhöhen. Entsprechende Anträge auf Anpassung des RLV in Bezug auf den Fallwert seien hiermit gestellt. Weiter sei auch die Anwendung der Fallzahlzuwachsregelung gemäß Abschnitt B 7.3.4 HVM rechtswidrig. Es sei hier die so genannte "Karwoche" vom 25. bis 29.03.2013 zu betrachten, in der der Kläger im Gegensatz zu anderen Ärzten im Umkreis seine Praxis geöffnet gehabt habe. Weiter sei zu berücksichtigen, dass der Kläger die Zusatzbezeichnung "Diabetologie" führe und in diesem Rahmen diabetologische Leistungen nach der GOP 97261 B und 97262 B EBM erbringe. Aufgrund der Sonderstellung des Klägers gegenüber dem Vorjahr sei sein RLV um die betroffenen 20 Fälle zu erhöhen. Gemäß [§ 87b SGB V](#) dürfe lediglich die übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes verhindert werden. Da die Festsetzung der Beklagten dieser Vorschrift entgegenstehe, könne die Zuweisung nur über eine Fallzahlerhöhung erzielt werden. Die Fallzahl sei zu erhöhen, entsprechende Anträge seien hiermit gestellt. Weiter werde auch der Absetzung der GOP 97261 B und 97292 B EBM widersprochen.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 14.05.2014 den Widerspruch zurückgewiesen. Die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen sei auf Grundlage der einschlägigen Regelungen des HVM 2013 in Verbindung mit den jeweils gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung korrekt erfolgt. Die Obergrenze aus Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen sei entsprechend den Bestimmungen des HVM berechnet und zu Recht auf 20.579,59 EUR festgesetzt worden. Die Leistungen von Ärzten, die einer in Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 aufgeführten Fachgruppe zuzuordnen seien, würden einer Obergrenze aus Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (vgl. Abschnitt B Nr. 7.1.1) unterliegen. Diese werde für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt und festgesetzt (vgl. Abschnitt B Nr. 7.2.1). Das Regelleistungsvolumen sei auf der Grundlage von Abschnitt B Nr. 7.3 HVM 2013 und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina seien auf der Grundlage von Abschnitt B Nr. 7.4 HVM 2013 korrekt berechnet worden. Der Kläger wende sich gegen einen Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [Art. 3 GG](#), da bei der Obergrenzenberechnung keinerlei Besonderheiten eines Arztes einer Fachgruppe berücksichtigt würden. Sinn und Zweck der Regelleistungsvolumina und QZV sei es gerade, dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit Rechnung zu tragen. Das Prinzip der gleichmäßigen Vergütung werde dadurch gewahrt, dass bei der Berechnung der Obergrenze bestehend aus Regelleistungsvolumen und QZV für alle Leistungserbringer die gleichen Berechnungsmethoden herangezogen würden. Unterschiede, die in einem besonderen Versorgungsauftrag oder in einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung liegen würden, würden durch die im Honorarvertrag festgelegte Antragsmöglichkeit auf Erhöhung der Obergrenze ausgeglichen. Der Kläger habe von der in Teil D Nr. 1.2 HVM genannten Möglichkeit eines Antrags auf Anhebung des Fallwertes wegen Vorliegens eines besonderen Versorgungsbedarfs Gebrauch gemacht. Der Antrag sei mit Bescheid vom 29.10.2013 abgelehnt worden, wogegen der Kläger Widerspruch erhoben habe. Hinsichtlich der Einwendung gegen die Fallzahlzuwachsregelung sei darauf hinzuweisen, dass nach Abschnitt B Nr. 7.3.1 HVM das RLV je Arzt grundsätzlich die Summe aus dem jeweiligen Produkt eines nach drei Altersklassen differenzierten Fallwertes (Nr. 7.3.2) und der damit korrespondierenden RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal (Nr. 7.3.3) sei. Nehme die Summe aller RLV-Fallzahlen einer der in Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 genannten Fachgruppen im Vergleich zum Vorjahrsquartal um mehr als 3 % zu, werde abweichend von Nr. 7.3.3 die RLV-Fallzahl derjenigen Ärzte, die einen Fallzahlzuwachs von mehr 3 % aufweisen, auf Basis des Vorjahresquartals bestimmt und unter Berücksichtigung der Zuordnung nach Altersklassen im aktuellen Quartal um einen Zuwachs von 3 % erhöht, soweit sich nicht aus weiteren Bestimmungen des HVM Ergänzungen oder Abweichungen ergeben. Die Fachgruppe der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie habe im Quartal 1/2013 der Fallzahlzuwachsregelung unterlegen, da insgesamt eine Steigerung von 3,37 % zu verzeichnen gewesen sei. Der Kläger selbst habe im Vorjahresquartal 1/2012 806 RLV-Fälle abgerechnet. Im aktuellen Quartal betrage seine RLV-Fallzahl 982 Fälle. Es liege damit eine individuelle Steigerung von 21,84 % vor. Damit komme die Regelung der Fallzahlzuwachsregelung zur Anwendung und für die Berechnung des RLV werde die RLV-Fallzahl aus dem Vorjahresquartal + 3 % herangezogen. Diese betrage, wie auch aus dem "Nachweis Fallzahlzuwachsregelung" als Teil der Honorarunterlagen zu ersehen sei, 831 Fälle. Die Systematik der Fallzahlzuwachsregelung sei zwingend einzuführen gewesen. Nach [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) habe der Verteilungsmaßstab Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach [§ 95 Abs. 3 SGB V](#) oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt werde. Die Systematik der grundsätzlichen Heranziehung der aktuell abgerechneten RLV-Fallzahl sei damit nur vertretbar bei gleichzeitiger Einführung einer Begrenzungsregelung. Dies sei mit der Fallzahlzuwachsregelung, die sowohl für die Fachgruppe als auch individuell einen RLV-Fallzahlanstieg von mindestens 3 % fordere und im Anschluss eine Steigerung von 3 % im Vergleich zum Vorjahresquartal zugestehe, in zulässiger und korrekter Weise geschehen. Es bestehe die Möglichkeit, wenn die Fallzahlzuwachsregelung zur Anwendung komme, einen Antrag auf Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl nach Abschnitt B Nr. 7.3.4 Abs. III i. V. m. Abschnitt D Nr. 1.1 Abs. I des HVM zu stellen. Der entsprechende Antrag des Klägers sei mit Bescheid vom 20.11.2013 abgelehnt worden. Hiergegen habe der Kläger Widerspruch erhoben.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers zum Sozialgericht München vom 16.06.2014, die sich auch auf die Ablehnung der Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert bzw. mit Bezug zur Fallzahl bezieht, diese Streitgegenstände wurden abgetrennt. Die Regelung in Abschnitt E Anlage 3b Nr. 4.1c bzw. 4.1.2 (VIII) HVM i. V. m. Abschnitt E Anlage 4b HVM (= so genannte "Topf-in-Topf-Bildung") sei rechtswidrig. Die Vorschrift laute wie folgt: "Überschreitet die Anzahl der je Arzt ab gerechneten Ösophago-Gastro-Duodenoskopien die Zahl von 300, wird der Leistungsbedarf der über diese Zahl hinausgehenden Ösophago-Gastro-Duodenoskopien um 30 % reduziert. Nur dieser reduzierte Leistungsbedarf fließt in das Anforderungsvolumen ein." Die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie gehöre zu den wesentlichen Leistungen der Gastroenterologie. Die Regelung treffe den Kläger somit im Kern seiner Berufstätigkeit als Gastroenterologe und beinhalte gerade keine übermäßige Ausdehnung. Die Beklagte hätte für Fallgestaltungen wie beim Kläger mindestens eine Ausnahmeregelung von

der "Topf-in-Topf"-Regelung kreieren müssen. Die Regelung verletze überdies den Kläger als Gastroenterologen in seiner Berufsausübungsfreiheit nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#), weil sie einen mittelbaren Eingriff in die gastroenterologische Kerntätigkeit beinhalte, der weder erforderlich noch verhältnismäßig sei. Es würden der Beklagten andere Mittel zur Verteilung der Gesamtvergütung als die Nivellierung der ärztlichen Berufe zur Verfügung stehen, z. B. durch Begrenzung der ÖGD auf Gastroenterologen. Die Regelung verletze überdies den Kläger in seinem Recht aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#), weil die Gleichbehandlung von Fachärzten für Innere Medizin und von Gastroenterologen alle Fachrichtungen gleich behandle und nicht die Diversität der Facharzttrichtungen berücksichtige. Die Gestaltung des RLV bzw. QZV sei im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Ausnahmeregelung (Anpassung der Obergrenze) sachwidrig. Treffe die Beklagte Regelungen zur Honorarverteilung durch das RLV bzw. QZV, habe sie den Versorgungsauftrag des jeweiligen Facharztes und die unmittelbar im Zusammenhang stehenden Leistungen zu berücksichtigen. So würden etwa die Zuschlagsleistungen nach GOP 13401 f. EBM, die abdominelle Sonographie nach GOP 33042 EBM, der H₂O-Atemtest nach GOP 02401 EBM und die Infusion nach GOP 02100 EBM in unmittelbarem Zusammenhang mit der ÖGD erbracht. Gleiches gelte auch für die Regelung der Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie bzw. Leistungen der Hämorrhoidenbehandlung. Seit dem 01.01.2013 habe die Beklagte das qualitätsorientierte Zusatzvolumen "Behandlung von Hämorrhoiden" gebildet, welches ausschließlich aus der Hämorrhoiden-Sklerosierung (GOP 30610) und der Hämorrhoiden-Ligatur (GOP 30611 EBM) bestehe. Nicht enthalten sei die "Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie nach GOP 30600 EBM", obwohl die Zusatzpauschale mit ihrem obligaten Leistungsinhalt in untrennbarem Zusammenhang mit dem genannten QZV stehe. Die Gestaltung von RLV bzw. QZV berücksichtige nicht den besonderen Versorgungsauftrag des Klägers als Gastroenterologen. Die Beklagte habe mindestens über Ausnahmeregelungen Sorge zu tragen, dass Beeinträchtigungen des Klägers innerhalb seines Versorgungsauftrags Rechnung getragen werde. Die durch die Beklagte bisher getroffenen Regelungen seien nicht ausreichend, da diese durch gesonderte Topfbildungen die Erfüllung der Kriterien der Überschreitung des Obergrenzen-Fallwerts um 30 % und des Fallwerts um 20 % künstlich von vorneherein ausschließe und daher eine Fallwerterhöhung für den Kläger unmöglich mache. Das aber benachteilige den Kläger im Vergleich zu Leistungserbringern, deren Leistungsanforderungen keinen "Topf-in-Topf"-Bildungen unterliegen. Die Anwendung der HVM-Regelung nach Abschnitt B 7.3.4 HVM führe infolge der Nichtberücksichtigung von 151 Fällen zur Reduktion der Obergrenze. Wäre diese beim Kläger nicht zur Anwendung gekommen, hätte die Obergrenze allein aus diesen Gründen den Betrag von 23.800,00 EUR (statt 20.579,00 EUR) überschritten. Der Kläger werde ausschließlich auf Basis seines ihm übertragenen Versorgungsauftrags als Gastroenterologe tätig. Er sei der einzige Gastroenterologe im Planungsbereich. Weiter sei zu berücksichtigen, dass der Kläger in Bezug auf seinen Außenauftritt keine Wahl habe. Werde der Kläger als Gastroenterologe aufgesucht, so habe er nach den gesetzlichen Regelungen keine legale Möglichkeit, dieser Inanspruchnahme entgegenzusteuern. Die besondere Situation des Klägers habe die Beklagte dadurch zu berücksichtigen, dass die Fallzahlbegrenzungsregelung beim Kläger entweder nicht angewendet werde oder zumindest nur mit entsprechender Ausnahmeregelung Anwendung finde. Der Antrag auf Anpassung sei allerding abgelehnt worden. Aufgrund der besonderen Position des Klägers, sowohl als einzig tätiger Gastroenterologe und als einziger Internist, der sich im Planungsbereich als solcher bezeichnen dürfe, verletze die Anwendung der Fallzahlbegrenzungsregelung den Kläger in seinem Recht auf sachgerechte Differenzierung nach [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Hierzu hat sich die Beklagte mit Schriftsatz vom 25.01.2015 geäußert. Der Honorarbescheid für das Quartal 1/13 sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Der ab 2013 entwickelte HVM weise als wichtiges Element die Bildung von Fachgruppenfonds auf. Für alle Arztgruppen nach Abschnitt E Anlage 1 des HVM würden arztgruppenspezifische Fachgruppenfonds gebildet. Gemäß Abschnitt E Anlage 1 Nr. 1 des HVM erfolge die Zuordnung eines Arztes grundsätzlich nach dem Gebiet der Zulassung. Der Kläger sei als Internist mit Schwerpunkt Gastroenterologie zugelassen und zähle somit zur Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie. Der für die jeweilige Fachgruppe nach den Vorgaben des HVM ermittelte Fachgruppenfonds werde für die weitere Honorarverteilung in der jeweiligen Fachgruppe in die Leistungsbereiche RLV-Vergütungsvolumen, QZV-Vergütungsvolumen, Vergütungsvolumen für Leistungen ohne Mengengrenzung ("freie Leistungen") und Vergütungsvolumen für je Arztgruppe definierte Leistungen, die je Arztgruppe begrenzt sind (= "Topf-in-Topf") unterteilt. Bei den Fachärzten für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Gastroenterologie sei die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie nach der GOP 13400 EBM im HVM ab 1/2013 eine "Topf-in-Topf-Leistung". Bis Quartal 4/2012 habe diese Leistung im Übrigen der Obergrenze unterlegen, also bereits da einer Mengengrenzungsregelung. Bei der Entscheidung über die Regelung und die Festlegung einer Grenze für Ösophago-Gastro-Duodenoskopie-Mengensteuerung sei der Berufsverband beratend eingebunden gewesen. Diese Leistung sei als besonders förderungswürdig erachtet und daher nicht mehr der Obergrenze aus RLV und QZV unterworfen worden. Die Zahl 300 sei von den medizinischen Fachleuten insbesondere unter dem Qualitätsaspekt als sachgerecht bewertet worden. Durch die Regelung solle eine übermäßige Ausdehnung der Leistungen verhindert werden, das heiße, damit soll der Preis der Leistung bis zu einer definierten Grenze gestützt werden. "Topf-in-Topf" bedeutet dabei, dass im Vorfeld innerhalb der betreffenden Fachgruppe ein bestimmtes Honorarvolumen "reserviert" werde. Grundsätzlich sei auch für diese Leistungen eine Vergütung zu den Preisen der BEGO vorgesehen, würden aber im laufenden Quartal von allen Ärzten dieser Fachgruppe mehr Leistungen abgerechnet als vorgesehen, könnten diese Leistungen nur noch quotiert mit einer garantierten Quotierungsuntergrenze ausbezahlt werden. Die Ermittlung des Vergütungsbereichs "Topf-in-Topf" sei in Abschnitt E Anlage 3b Nr. 4.1.2 des HVM geregelt. Durch die Qualifizierung als so genannte "Topf-in-Topf-Leistung" sei gewährleistet, dass für die Leistung mindestens 85 % des BEGO-Betrages vergütet werde. Für die Fachgruppen der fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt sowie der fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie sei nach Abschnitt E Anlage 3b Nr. 4.1.2 Abs. VIII des HVM innerhalb des Fachgruppentopfes eine selbstständige Mengensteuerung für die GOP 13400 aufgenommen worden, die eine abgesenkte Vergütung für den Fall der Überschreitung einer bestimmten Leistungsmenge vorsehe. Überschreite die Anzahl der je Arzt abgerechneten Ösophago-Gastro-Duodenoskopien die Zahl von 300, werde der Leistungsbedarf der über diese Zahl hinausgehenden Ösophago-Gastro-Duodenoskopien um 30 % reduziert. Die Schaffung dieser gesonderten Mengengrenzung für die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie habe im Ermessen der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern gestanden. Sie sei ein zulässiges und zweckmäßiges Mittel der Mengensteuerung, durch das für die bayerischen Praxen zudem ein hohes Maß an Kalkulationssicherheit gewährleistet werde. Weder die Reduktion des anerkannten Leistungsbedarfs in Punkten der über die Zahl von 300 hinausgehenden Ansätze auf 70 % noch die Vergütung als "Topf-in-Topf-Leistung" mit einer garantierten Quotierungsuntergrenze von 85 % würden Bedenken an der Rechtmäßigkeit des Honorarverteilungsmaßstabes begründen. Vielmehr sei durch die Einführung des Leistungsfonds für die Fachgruppe eine Art und Weise der Honorarverteilung geschaffen worden, die den Leistungserbringern eine gesicherte Honorierung gewährleiste. Die Vergütung möge nicht in jedem Einzelfall dem vollen Wert nach der Bayer. Eurogebührenordnung entsprechen, hierauf bestehe jedoch auch kein Anspruch. Durch die Anwendung dieser Regelungen würde sich die Vergütung des Klägers bei der GOP 13400 wie folgt darstellen: Der Kläger habe die GOP 13400 im Quartal 1/2013 490 mal abgerechnet. Dies entspreche bei einer Bewertung von 83,46 EUR insgesamt ca. 40.895,00 EUR. Nach oben genannter Regelung werde der Euro-Betrag ermittelt, der sich ergebe für 300 der erbrachten GOP 13400 à 83,46 EUR und 190 der erbrachten Leistungen nach der GOP 13400 à 58,42 EUR. Nur dieser Betrag fließe in das anerkannte Anforderungsvolumen des Klägers ein. Wie aus der Honorarzusammenstellung ersichtlich, liege die Auszahlungsquote für die so genannten "Topf-in-Topf-Leistungen" bei 99,2161 %. Das heiße, die Leistung der GOP 13400 EBM sei nach Anwendung der Mengengrenzung nach Abschnitt E Anlage 3b Nr. 4.1.2

Abs. VIII des HVM nahezu mit dem vollen Euro-Betrag zur Auszahlung gekommen, das heiße mit ca. 35.854,00 EUR. Damit habe der Kläger vom angeforderten Leistungsbedarf der GOP 13400 87,67 % ausbezahlt bekommen. Soweit der Kläger weiter vortrage, dass das QZV "Behandlung von Hämorrhoiden" ausschließlich die GOP 30610 und 30611 umfasse, nicht jedoch die GOP 30600, obwohl diese Leistung mit ihrem obligaten Leistungsinhalt in untrennbarem Zusammenhang mit dem vorgenannten QZV stehe, sei darauf hinzuweisen, dass die Beklagte insoweit innerhalb des ihr zugestandenen regionalen Handlungsspielraums gehandelt habe, wobei die Entscheidungen in enger Abstimmung mit den Berufsverbänden und auch beratenden Fachausschüssen erfolgt seien. Hierzu hat sich nochmals der Kläger mit Schriftsatz vom 02.02.2015 geäußert. Der Kläger stelle nicht in Abrede, dass die Beklagte honorarbegrenzende Maßnahmen zu treffen habe. Bei der Ausübung des Gestaltungsermessens habe die Beklagte sich aber an den rechtlichen Maßstäben, insbesondere den Grundrechten, auszurichten. Der Kläger sei gemäß § 34 Abs. 1 des Bayer. Heilberufe-Kammergesetzes als Facharzt für Innere Krankheiten und Gastroenterologie nicht nur auf dieses Gebiet beschränkt, sondern auch zum Tätigwerden auf diesem Gebiet verpflichtet. Die Beklagte lasse den Gesichtspunkt der Schwerpunktbildung unter Verletzung von [Art. 3 GG](#) außer Acht. Die Beklagte bezeichne die ÖGD als besonders fderungswrdig, so dass sie nicht mehr einer Obergrenze unterworfen habe werden sollen. Gleichwohl sehe die Beklagte eine dreifache, in Kombination zueinanderstehende Begrenzungsregelung vor. In Bezug auf die ÖGD-Regelung sei zu fragen, warum die Fderungswrdigkeit erst im Jahr 2013 erkannt worden sei, obwohl die Leistung bereits bis 2010 dem qualitätsgebundenen Zusatzvolumen zugeordnet worden sei. Es könne nicht nachvollzogen werden, dass eine fderungswrdige Leistung zugleich beschränkt werde. Für die Steuerung der Leistung habe das zur Konsequenz, dass die ÖGD erbracht werden soll, aber 1. von einem möglichst großen Berechtigungskreis (hier Internisten und Gastroenterologen) und 2. offensichtlich von jedem Arzt nur "ein bisschen". Das qualitative Moment der Fderungswrdigkeit der Leistung gerate hier in den Hintergrund. Dies aber beeinträchtige den Kläger, der als Gastroenterologe unter den Fachärzten Spezialist für genau diese Leistung sei. Zur Einbindung der Berufsverbände sei zu fragen, welcher der Berufsverbände eingebunden gewesen sei und welche medizinischen Fachleute mit welcher Facharztkompetenz eingebunden gewesen seien und auf welcher Basis die Zahl von 300 unter welchem Qualitätsaspekt als sachgerecht bewertet worden sei. Hinsichtlich des Quartals 4/2012 habe die Leistung zwar ebenfalls schon einer Obergrenze unterlegen, der Kläger habe allerdings bis zum Quartal 4/2012 Antrag auf Anpassung der Obergrenze durch Fallwerterhöhung stellen können, dem auch stattgegeben worden sei. Mit der Ausgrenzung des Vergütungsbereichs der "Topf-in-Topf"-Regelungen werde dem Kläger die Möglichkeit der Antragstellung nach dem HVM, Abschnitt D, genommen.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 04.02.2015 den Honorarbescheid der Beklagten vom 14.08.2013 für das Quartal 1/2013 sowie den Widerspruchsbescheid vom 14.05.2014 aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, über die Honorarfestsetzung des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Der Kläger wende sich insbesondere gegen die "Topf-in-Topf"-Bildung nach Abschnitt E Anlage 3b Nr. 4.1c bzw. 4.1.2 (VIII) HVM i. V. m. Abschnitt E Anlage 4b HVM. Die Regelung habe zur Folge, dass bis zu 300 ÖGD voll vergütet würden, die darüber hinausgehenden nur in Höhe von 70 %. Dagegen würden nach Auffassung des Gerichts keine rechtlichen Bedenken bestehen. Die Regelungen des HVM würden im Einklang mit [§ 87b SGB V](#) und den Grundsätzen der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Vergütung stehen. Dem Normgeber, also der Vertreterversammlung, stehe mit [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) im Vergleich zur früheren Rechtslage bei der Ausgestaltung der Vergütungsregelungen ein noch weitgehender Gestaltungsspielraum zu, der von den Gerichten nur eingeschränkt überprüfbar sei. Angesichts des Umstandes, dass der HVM zum 01.01.2013 in Kraft getreten sei, handle es sich um das erste Quartal, in dem der neue HVM gelte, so dass die Regelungen als Anfangs- und Erprobungsregelungen zu qualifizieren seien, bei denen noch ein erweiterter Gestaltungsspielraum bestehe. Von diesem Gestaltungsspielraum seien auch die ab dem 01.01.2013 geltenden "Topf-in-Topf-Leistungen" gedeckt. Der Normgeber ordne diesem Teil des Vergütungssystems Leistungen zu, die er zwar für fderungswrdig halte, die er aber anders als freie Leistungen in der Menge begrenze. Für einen Verstoß der Regelungen gegen das Willkürverbot würden sich keine Anhaltspunkte ergeben. Soweit klägerseits beanstandet werde, dass nicht nur für Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie, sondern auch für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung die Leistung nach der GOP 13400 EBMplus eine "Topf-in-Topf-Leistung" sei und deshalb die Schwerpunktbildung zu wenig berücksichtigt werde, sei darauf hinzuweisen, dass der Grund für die vermeintlich unzulässige "Nichtberücksichtigung des Schwerpunktes" im EBM, nicht aber im HVM liege und zwar nicht erst seit dem 1. Quartal 2013, sondern bereits seit Einführung des EBM 2000plus zum 01.04.2005 (vgl. III 13.3.3 1. Absatz EBM i. V. m. III 13.1.1 Präambel). Es sei äußerst fraglich, ob der HVM sich über die Zuordnung im EBM hätte hinwegsetzen können, indem die ÖGD unterschiedlichen Honorarbereichen zugeordnet worden wäre, je nachdem, von welchem Facharzt sie erbracht werde. Abgesehen davon stehe auch der Vertreterversammlung als Normgeber für den HVM das Recht zu, zu pauschalisieren und zu generalisieren. Hinzu komme, dass die Regelungen für diese Leistungen eine Vergütung von mindestens 85 % des BEGO-Betrages gewährleisten und die Auszahlungsquote beim Kläger bei 87,67 % gelegen habe. Bei der Kritik an der Ausgestaltung des RLV und QZV, insbesondere an der Zuordnung der Zuschlagsleistungen (GOP 13401 f., 33042, 02401, 02100 EBM 2000plus) und der Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie nach der GOP 30600 EBM, verbunden mit der Forderung, diese msstten sich an der Hauptleistung orientieren, übersehe die Klägerseite einmal mehr den breiten Gestaltungsspielraum des Normgebers. Was die Fallzahlzuwachsbeschränkung nach B 7.3.4 HVM betreffe, seien Verstöße gegen [§ 87b SGB V](#), gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung ebenfalls nicht erkennbar. Die Fallzahlzuwachsbeschränkung sei rechtmäßig, da damit die Auswirkungen von Leistungssteigerungen innerhalb der Fachgruppe bleiben, die sie verursacht habe. Ein Festhalten an der Fallzahl sei allerdings nicht durchgängig zulässig, insbesondere dann nicht, wenn es unmöglich gemacht werde, den Umsatz durch eine Erhöhung der Zahl der behandelten Patienten zumindest bis zum durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu steigern. Bei typischen Fallkonstellationen (Neuanfnger, Vertragsärzte mit unterdurchschnittlicher Fallzahl) bestehe die Pflicht, diese zu regeln. Dem habe auch die Vertreterversammlung im HVM Rechnung getragen, indem B 7.3.4 HVM (IV) Ausnahmen für "Neuärzte" und Ärzte mit unterdurchschnittlicher Fallzahl vorsehe. Der Kläger sei weder ein "Neuarzt", da er bereits im 1. Quartal 2012 zugelassen gewesen sei, noch sei er ein Vertragsarzt mit unterdurchschnittlicher Fallzahl. Ob und gegebenenfalls in welcher Form und in welchem Umfang die Schwerpunktbildung und der Umstand, dass der Kläger der einzige Gastroenterologe im Planungsbereich sei, zu berücksichtigen sei, könne nicht im Rahmen einer abstrakten Regelung geschehen, sondern bleibe einer Einzelfallentscheidung im Zusammenhang mit Ausnahmebestimmungen und Härtefallregelungen, die nicht zwangsläufig kodifiziert sein msstten, vorbehalten. Gleichwohl sei die Kammer in ihrer Besetzung im Hinblick auf die besondere Situation (Kläger ist einziger Gastroenterologe im Planungsbereich; Versorgungsauftrag des Klägers qua seiner Zulassung als Internist mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie; Sicherstellungsauftrag der Beklagten) der Auffassung, es müsse dem entweder im Zusammenhang mit den Fallzahlen (ÖGD) oder im Zusammenhang mit dem Fallwert angemessen Rechnung getragen werden. Vor dem Hintergrund habe die Kammer die ebenfalls in der mündlichen Verhandlung am 04.02.2015 behandelten Verfahren unter den Az.: [S 38 KA 1174/14](#) und [S 38 KA 1175/14](#) betreffend die Anpassung des Fallwertes und die Anpassung der Fallzahl positiv entschieden. Entsprechend den Ergebnissen der Anpassung sei der Honorarbescheid aufzuheben und seien die Honorare nach Korrektur neu festzusetzen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten zum Bayer. Landessozialgericht vom 03.03.2015, die mit Schriftsatz vom 03.08.2015 näher begründet wurde. Die Beklagte weist darauf hin, dass im Quartal 1/2013 im Planungsbereich Landkreis A-Stadt 19 fachärztliche Internisten tätig gewesen seien, zusätzlich noch zwei weitere mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie, nämlich der Kläger und ein ermächtigter Arzt. Der Planungsbereich Landkreis A-Stadt habe im streitgegenständlichen Quartal für fachärztliche Internisten einen Versorgungsgrad von 220,2 % ausgewiesen, wobei eine Differenzierung nach Schwerpunkten nicht erfolgt sei. Das Sozialgericht München habe den Honorarbescheid für das Quartal 1/2013 zu Unrecht aufgehoben. Dies sei schon deshalb nicht nachvollziehbar, weil die Entscheidungsgründe des angegriffenen Urteils erkennen lassen, dass das Sozialgericht eine weitgehend korrekte rechtliche Beurteilung des Sachverhalts vorgenommen habe, dann jedoch - völlig überraschend und ohne nähere Darlegung der Gründe - rechtsfehlerhaft angenommen habe, dass der streitgegenständliche Bescheid der Beklagten rechtswidrig sei.

Der Kläger hat mit Schriftsatz vom 17.11.2015 vorgetragen, dass das Sozialgericht zutreffend davon ausgegangen sei, dass der Honorarbescheid rechtswidrig sei. Tragender Grund hierfür sei gewesen, dass der Honorarverteilungsmaßstab des Quartals 1/2013 mit der besondern Situation eines Gastroenterologen nicht zu vereinbaren sei. Die Normierung der "Topf-in-Topf"-Regelung ohne eine Ausnahmeregelung nach Abschnitt D Nr. 1 stelle einen Eingriff in die Honorarverteilungsgerechtigkeit gemäß [Art. 3 Abs. 1 GG](#) dar. Umgekehrt sei auch die Implementierung eines Regel-/Ausnahmesystems gleichheitswidrig, wenn in Bezug auf RLV/QZV Regelungen nach A"bschnitt D möglich seien, dies aber sonstige Mengenbegrenzungen - wie vorliegend die Topf-in-Topf"-Regelung für ÖGD - nicht betreffe. Es dränge sich der Eindruck auf, dass primäres Ziel der Implementierung einer "Topf-in-Topf"-Regelung nicht die qualitative Stärkung der gastroenterologischen Leistungserbringung gewesen sei, sondern vielmehr die Aufspaltung des Honorarverteilungssystems mit einer Verringerung der Quote erfolgreicher Anträge auf Korrektur der Obergrenze. Dies wirke sich auch insoweit aus, als die Beklagte kein einheitliches Regelungssystem der "Topf-in-Topf-Leistungen" der ÖGD entwickelt habe. Die Konnexleistungen einer ÖGD (GOP 13401 f. EBM Zuschlag, GOP 33042 EBM Sonographie, GOP 02401 EBM H2-Atemtest und GOP 0200 EBM Infusion) würden sämtlich RLV-Leistungen darstellen. Einen Antrag auf Einzelfallprüfung gemäß Abschnitt D Nr. 1 HVM könne der Kläger über die ÖGD-Leistung hinaus auch in Bezug auf die sonstigen Leistungen nicht stellen, da er trotz seiner Spezialisierung die durch die Beklagte gesetzten Voraussetzungen nach Abschnitt D Nr. 1.1 HVM nicht erreiche. Anders wäre dies, wenn die "Topf-in-Topf-Leistungen" bei Anträgen auf Anpassung der Obergrenze berücksichtigt würden. Da die Beklagte dies explizit ausschließe, sei die Regelung gleichheitswidrig und somit rechtswidrig. Gleiches gelte für die proktologischen Leistungen (hier GOP 30600 ff.). Gleichheitswidrig sei insbesondere auch die Regelung nach Abschnitt D Nr. 1.1 HVM, nach der die Beklagte die Möglichkeit gewähre, im Einzelfall die Fallzahl auszusetzen bzw. anzupassen, wenn die Erhöhung auf bestimmte Tatbestände zurückzuführen sei. Anknüpfungspunkt für einen entsprechenden Tatbestand sei insoweit ein "außergewöhnlicher und/oder durch den Arzt unverschuldeter Grund". Als außergewöhnlich und insbesondere unverschuldeter Grund sei aber auch zu berücksichtigen, wenn Vertragsärzte als einzige ihrer Arztgruppe im Planungsbereich tätig seien.

II.

Die Beklagte hat im Quartal 1/2013 den Antrag des Klägers vom 11.09.2013 auf Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs mit Bescheid vom 29.10.2013 abgelehnt. Eine Erhöhung der Obergrenze sei grundsätzlich möglich, wenn sich ein besonderer Versorgungsbedarf aus einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergebe. Gemäß dem ab 01.01.2013 gültigen Honorarverteilungsmaßstab i. V. m. den Durchführungsrichtlinien zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert müssten unter anderem folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Der Obergrenzen-Fallwert liegt im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (BEURGO) wenigstens 30 % über dem korrespondierenden Obergrenzen-Fallwert der Fachgruppe. Der korrespondierende Obergrenzen-Fallwert der Fachgruppe Innere Medizin mit SP Gastroenterologie betrage 40,53 EUR. Der individuelle Obergrenzen-Fallwert des Klägers betrage 39,54 EUR und unterschreite daher den Obergrenzen-Fallwert der Fachgruppe um 2,43 %. Bei der geltend gemachten besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, handle es sich um Leistungen innerhalb des Fachgruppenfonds Innere Medizin mit SP Gastroenterologie, die der Obergrenze aus RLV und QZV nicht unterliegen ("Topf-in-Topf-Leistungen"). Eine Erhöhung der Obergrenze um so genannte "Topf-in-Topf-Leistungen" sei nicht möglich. Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 29.11.2013. Gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) habe der Verteilungsmaßstab begrenzende Regelungen mit dem Regelungszweck der Veränderung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit der Leistungserbringer über den Versorgungsauftrag hinaus vorzusehen. Die den Kläger treffenden Regelungen seien nicht auf dieses Ziel gerichtet und damit rechtswidrig. Die "Topf-in-Topf"-Regelung betreffe den Kläger unmittelbar in seiner Praxisbesonderheit und beinhalte einen Eingriff in seine Berufsausübung. Es handle sich um einen Eingriff in den Kernbereich seines Versorgungsauftrags als vertragsärztlicher Gastroenterologe. Der Kläger habe sich in diesem gastroenterologischen Kernbereich auf die Durchführung von Ösophago-Gastro-Duodenoskopien, Koloskopien einschließlich der hiermit in Zusammenhang stehenden abdominalen Sonographien spezialisiert. Die "Topf-in-Topf"-Regelung stehe dieser Spezialisierung entgegen und greife durch zahlenmäßige Festlegung der Zahl der Gastroskopien in den Kerntätigkeitsbereich des Klägers ein. Die Beklagte hätte für entsprechende Fallkonstellationen mindestens eine Ausnahmeregelung von der "Topf-in-Topf"-Regelung kreieren müssen. Gemäß den berufsrechtlich geforderten Tätigkeitsinhalten von Gastroenterologen einerseits und Fachärzten für Innere Medizin andererseits sei eine undifferenzierte Gleichbehandlung zwischen beiden Arztgruppen ausgeschlossen. Mangels Regelung eines besonderen QZV in den Bereichen Zuschlag zu GOP 13401 EBM, abdominale Sonographie (GOP 33042 EBM), H2-Atemtest (GOP 02401 EBM), Infusion (GOP 0200 EBM) und proktologischer Basiskomplex (GOP 30600 EBM) hätte die Beklagte die speziellen Leistungen durch Erhöhung des RLV in Bezug auf den Fallwert ausgleichen müssen. Die QZV-Festsetzung bezüglich "Behandlung von Hämorrhoiden" berücksichtige nicht die besondere Praxisausrichtung des Klägers weder in Bezug auf die Fallzahl noch in Bezug auf den Fallwert. Daher habe eine Vergütung durch entsprechende QZV-Erhöhung sowohl in Bezug auf den Fallwert als auch in Bezug auf die Fallzahl zu erfolgen. Die RLV-Bildung berücksichtige nicht die besondere Praxisausrichtung des Klägers. Ein hieran orientiertes Volumen müsste, soweit der Kläger innerhalb des Versorgungsauftrags bleibe, von den Werten der Eurogebührenordnung ausgehen. Dem Kläger werde laut der Anlage zum HB 1/2013 "Ermittlung der Obergrenze (RLV und QZV/GKV)" ein RLV in Höhe von 17.867,22 EUR zugewiesen bei einer Fallzahl in Höhe von 831. Dieses RLV werde jedoch nahezu vollständig durch die Grundpauschale gemäß GOP 13391 ff. EBM aufgezehrt. Mit dem für weitere Leistungen verbleibenden 1,07 EUR pro Fall könne der Kläger innerhalb des Versorgungsauftrags keine weiteren Leistungen erbringen.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 14.05.2014 den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. Die Beklagte habe den Antrag auf Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert zu Recht abgelehnt, da die notwendigen Voraussetzungen beim Kläger nicht gegeben seien. Voraussetzung zur Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert sei die Feststellung eines besonderen Versorgungsbedarfs. Ein solcher liege vor, wenn dessen Durchführung bestimmte qualitative oder organisatorische Anforderungen an den Vertragsarzt stelle und in bundes- oder landesrechtlichen Bestimmungen als solche ausdrücklich bestimmt sei (z. B. Fälle der Anlage 9 BMV-

Ä und EKV) oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung bestehe. Eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung liege vor, wenn sich in einem bestimmten Leistungsbereich der Praxis eine von der Typik der Fachgruppe abweichende, im Verhältnis zur Gesamtanforderung der Praxis deutliche Spezialisierung ergebe. Diese könne sich nur dann ergeben, wenn die in der Durchführungsrichtlinie unter Abschnitt I Nr. 1.2 Abs. 3a bis d definierten Voraussetzungen kumulativ erfüllt seien. Voraussetzung sei, dass der Obergrenzen-Fallwert des Klägers im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (BEURGO) wenigstens 30 % über dem korrespondierenden Obergrenzen-Fallwert der Fachgruppe liege. Der zu ermittelnde Obergrenzen-Fallwert des Klägers ergebe sich auf Basis der Daten des Abrechnungsquartals aus den Leistungen, die von der Obergrenze erfasst seien. Bei dieser Fallwertermittlung seien die RLV-Fälle maßgeblich. Der Obergrenzen-Fallwert der Fachgruppe sei der im Rahmen der RLV- und QZV-Berechnung je Fachgruppe zu ermittelnde gemeinsame Fallwert auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (BEURGO) in dem Quartal, auf das sich der Anpassungsantrag beziehe. Bei dieser Fallwertermittlung seien die RLV-Fälle maßgeblich. Der Obergrenzen-Fallwert des Klägers im Quartal 1/2013 betrage 39,54 EUR und unterschreite den Obergrenzen-Fallwert der Fachgruppe der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie in Höhe von 40,53 EUR um 2,43 %. Über die mit Bescheid vom 29.10.2013 festgestellte fehlende Voraussetzung hinaus erfülle der Kläger auch nicht die Voraussetzung der 20 %igen Fallwertüberschreitung (Abschnitt D Nr. 1.2 Abs. III d HVM i. V. m. Abschnitt III Nr. 1.2.4 DRL). Voraussetzung sei, dass der jeweilige Fallwert des Antragstellers (im Leistungsbereich RLV und/oder jeweiliges QZV) im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (BEURGO) wenigstens 20 % über dem korrespondierenden Fallwert (im Leistungsbereich RLV und/oder jeweiliges QZV) der Fachgruppe auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (BEURGO) liege. Bei der Fallwertermittlung seien die RLV-Fälle und/oder jeweiligen QZV-Fälle maßgeblich. Der RLV-Fallwert des Klägers für das Quartal 1/2013 mit 29,61 EUR liege um 20,79 % unter dem RLV-Fallwert der Fallgruppe der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie mit 37,38 EUR. Weitere Umstände für eine abweichende Festlegung des Fallwertes seien nicht ermittelbar gewesen und auch nicht vorgetragen worden.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 16.06.2014, die mit Schriftsatz vom 12.09.2014 näher begründet wurde. Die Gestaltung des RLV bzw. QZV sei im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Ausnahmenregelung (Anpassung der Obergrenze gemäß Durchführungsregelung) sachwidrig. Treffe die Beklagte Regelungen zur Honorarverteilung durch das RLV bzw. QZV, habe sie den Versorgungsauftrag des jeweiligen Facharztes und die unmittelbar im Zusammenhang stehenden Leistungen zu berücksichtigen. So würden etwa Zuschlagsleistungen nach GOP 13401 f. EBM, die abdominelle Sonographie nach GOP 33042 EBM, der H2O-Atemtest nach GOP 02401 EBM und die Infusion nach GOP 0200 EBM im unmittelbaren Zusammenhang mit der ÖGD stehen. Treffe die Beklagte Sonderregelungen für Leistungen, so habe sich die Regulierung der Begleitleistungen an der Regelung der Hauptleistung zu orientieren. Dies gelte auch für die Regelung der Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie bzw. Leistungen der Hämorrhoidenbehandlung. Seit dem 01.01.2013 habe die Beklagte das QZV "Behandlung von Hämorrhoiden" gebildet, welches ausschließlich aus der Hämorrhoiden-Sklerosierung (GOP 30610) und der Hämorrhoiden-Ligatur (GOP 30611 EBM) bestehe. Nicht enthalten sei die "Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie nach GOP 30600 EBM", obwohl die Zusatzpauschale mit ihrem obligaten Leistungsinhalt in untrennbarem Zusammenhang mit dem genannten QZV stehe. Die Gestaltung von RLV bzw. QZV und der hiermit ergangenen Durchführungsrichtlinien berücksichtige nicht den besonderen Versorgungsauftrag des Klägers als Gastroenterologe. Die durch die Beklagte bisher getroffenen Durchführungsregelungen zur Korrektur der Obergrenze in Bezug auf den Fallwert seien nicht ausreichend, da die gesonderten Topfbildungen die Erfüllung der Kriterien der Überschreitung des Obergrenzen-Fallwerts um 30 % und des Fallwerts um 20 % künstlich von vornherein ausschließen und damit eine Fallwerterhöhung für den Kläger unmöglich mache. Das benachteilige den Kläger im Vergleich zu Leistungserbringern, deren Leistungsanforderungen keinen "Topf-in-Topf"-Bildungen unterliegen. Hierzu hat sich die Beklagte mit Schriftsatz vom 25.01.2015 geäußert. Die Ablehnung des Antrags auf Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert sei rechtmäßig. Der Kläger habe keinen Anspruch auf eine höhere als die ihm zugestandene Obergrenze in Höhe von 20.579,59 EUR. Nach Abschnitt D Nr. 1.2 (I) des HVM 2013 könne auf Antrag die Obergrenze je Arzt angepasst werden, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf festgestellt werde. Das Nähere sei nach Absatz 6 in der Durchführungsrichtlinie gemäß Abschnitt D Nr. 1.2 Abs. 6 der Durchführungsrichtlinie geregelt. Der Antrag sei von der Beklagten zu Recht abgelehnt worden, da bereits die erste Voraussetzung, nämlich die Voraussetzung, dass der Obergrenzen-Fallwert des Antragstellers im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs wenigstens 30 % über dem korrespondierenden Obergrenzen-Fallwert der Fachgruppe liege, nicht vorgelegen habe, vielmehr liege eine Unterschreitung des Klägers gegenüber der Fachgruppe in Höhe von 2,43 % vor. Soweit der Kläger sich dagegen wende, dass die "Topf-in-Topf"-Bildung bezüglich der ÖGD die Erfüllung der Kriterien der Überschreitung des Obergrenzenfallwerts um 30 % und des Fallwerts um 20 % künstlich von vornherein ausschließen und damit eine Fallwerterhöhung für den Kläger unmöglich mache, sei darauf hinzuweisen, dass die ÖGD deswegen als "Topf-in-Topf-Leistung" qualifiziert worden sei, um für sie aufgrund ihrer besonderen Förderungswürdigkeit eine Auszahlung von mindestens 85 % des BEURGO-Betrages zu gewährleisten. Bei der Entscheidung über die Regelung einer gesonderten Mengenbegrenzung sei der Berufsverband beratend eingebunden gewesen. Die Einführung einer gesonderten Mengenbegrenzung für die ÖGD und somit Nichtberücksichtigung im Rahmen der Obergrenzensystematik habe im Ermessen der Vertreterversammlung der KVB gestanden. Sie sei ein zulässiges und zweckmäßiges Mittel der Mengensteuerung, durch das für die bayerischen Praxen zudem ein hohes Maß an Kalkulationssicherheit gewährleistet werde. Die ÖGD sei damit weder eine RLV- noch eine QZV-Leistung und der Leistungsbedarf für diese Leistung könne für die Ermittlung des individuellen OG-Fallwerts des Klägers nicht herangezogen und berücksichtigt werden. Hierzu hat sich nochmals der Kläger mit Schriftsatz vom 02.02.2015 geäußert. Wäre die ÖGD eine obergrenzenrelevante Leistung, so läge die obergrenzenrelevante Leistungsanforderung nicht bei 38.832,64 EUR, sondern bei 79.728,04 EUR. Lege man eine RLV-Fallzahl von 982 zugrunde, betrüge der Obergrenzenfallwert 81,19 EUR. Es ergebe sich eine Überschreitung des Obergrenzenfallwerts der Fachgruppe von ca. 100 %. Da die speziellen Leistungen des Klägers mit insgesamt 60.132,32 EUR mindestens 42 % des EBM-Gesamtleistungsbedarfs ausmachen, erfülle der Kläger auch die übrigen Voraussetzungen zur Anpassung. Indem die Beklagte dem Kläger durch Bildung eines separierenden ÖGD-Exklusiv-Vergütungsbereichs keine Möglichkeit zur erfolgreichen Antragstellung gebe, verletze die Beklagte die grundrechtlich geschützte Berufsfreiheitsgewährung und den Gleichbehandlungsgrundsatz.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 04.02.2015 den Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 29.10.2013 zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert für das Quartal 1/2013 sowie den Widerspruchsbescheid vom 14.05.2014 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über die Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im HVM (Abschnitt D 1.2 Abs. III HVM i. V. m. den Durchführungsrichtlinien (DRL)) werde unter bestimmten Voraussetzungen auf Antrag eine Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert wegen eines besonderen Versorgungsbedarfs gewährt. Es handle sich um eine Ausnahmvorschrift, die sich nach dem Wortlaut nur auf den Obergrenzen-Fallwert RLV/QZV beziehe, nicht aber beispielsweise auf so genannte "Topf-in-Topf-Leistungen". Außerdem sehe Abschnitt D Nr. 1.1 HVM i. V. m. Abschnitt V DRL eine Anpassung des Regelleistungsvolumens mit Bezug zur Fallzahl unter den dort genannten Voraussetzungen vor. Bei den so genannten "Topf-in-Topf-

Leistungen" nach Abschnitt D 4.1.2 HVM gebe es Sonderregelungen für bestimmte Arztgruppen, darunter auch für Internisten ohne Schwerpunkt und Internisten mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie. Die Sonderregelung betreffe die ÖGD nach der GOP 13400 EBM 2000plus, wonach eine Reduktion der über 300 ÖGD hinausgehenden Leistungen in der Form erfolge, dass davon 70 % vergütet würden. Damit werde eine Auszahlungsquote zwischen 85 % und 100 % garantiert (Abschnitt D 4.1.2 (VI)). Eine weitere Sonder- oder Ausnahmeregelung im Leistungsbereich "Topf-in-Topf-Leistungen" bestehe nicht. Der HVM sei nicht deshalb rechtswidrig, weil er keine Härtefallregelung enthalte. Vielmehr sei eine ungeschriebene generelle Härteklausele im Wege einer ergänzenden gesetzeskonformen Auslegung hineinzuzinterpretieren. Auch wenn der Kläger lediglich einen Antrag auf Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert gestellt habe, sei grundsätzlich ein solcher Antrag zugunsten des Klägers weit auszulegen und unter jeglichem rechtlichen Aspekt zu prüfen, ob und wie sein Begehren berücksichtigt werden könne. Vorstellbar wäre, auf eine Fallzahlzuwachsbeschränkung nach Abschnitt B 7.3.4 HVM bei der Berechnung des RLV/QZV zu verzichten, eine Anpassung des Fallwertes vorzunehmen, ohne dass die Voraussetzungen nach Abschnitt D 1.2 Abs. III HVM i. V. m. den Durchführungsrichtlinien (DRL) vorliegen und/oder die ÖGD als "Topf-in-Topf-Leistung" ohne Mengenbeschränkung voll zu vergüten. Andere Möglichkeiten seien deshalb nicht ausgeschlossen. Der Beklagten stehe diesbezüglich ein Ermessen zu, über das sich das Gericht seinerseits nicht hinwegsetzen könne. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erfordere eine "Härtefall-Zuerkennung" außer dem Vorliegen eines besonders gelagerten Einzelfalls auch eine Ermessensausübung, die aber nur dann zur Bewilligung einer Budgeterhöhung führen dürfe, wenn sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sei als auch ein unabwiesbarer Bedarf zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bestehe. Lege man diese Maßstäbe zugrunde, dann erscheine es vertretbar, einen besonders gelagerten Fall anzunehmen und einen unabwiesbaren Bedarf zur Sicherstellung zu unterstellen. Immerhin sei der Kläger nach seinen unwidersprochenen Angaben der einzige Internist mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie im Planungsbereich. Es möge zwar eine erhebliche Überversorgung bei der Fachgruppe der Internisten im Planungsbereich vorliegen. Dies gelte jedoch nicht auch für den speziellen Bereich der Gastroenterologie. Dagegen erscheine es fraglich, ob von einer Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der klägerischen Praxis gesprochen werden könne, wenn diesbezüglich kein Vortrag stattgefunden habe und das Honorarvolumen und der Fallwert des Klägers trotz der Fallzahlzuwachsbeschränkung und der Mengenbeschränkung weit über denen der Fachgruppe der Internisten mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie liegen. Trotzdem sei die Kammer in ihrer Besetzung der Auffassung, dass der besonderen Situation des Klägers und seinem Versorgungsauftrag durch angemessene Anpassung des Honorars im Rahmen des Ermessens der Beklagten Rechnung zu tragen sei.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 03.03.2015, die mit Schriftsatz vom 15.07.2015 näher begründet wurde. Die Beklagte hat zum Sachverhalt ergänzend vorgetragen, dass sich aus der Umsatz-statistik 1/2013 GKV ein Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern für fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie je Arzt in Höhe von 77.546,00 EUR ergebe. Der Kläger hingegen generiere im Quartal 1/2013 GKV Honorar in Höhe von ca. 120.000,00 EUR, also weit überdurchschnittlich. Der Fallwert des Klägers betrage im Quartal 1/2013 ca. 120,00 EUR, der durchschnittliche Fallwert nach der oben genannten Statistik 126,00 EUR. Dabei sei zu bemerken, dass der Kläger im Quartal 1.028 Fälle habe, die durchschnittliche Fallzahl jedoch nur 615 betrage und er dennoch den nahezu durchschnittlichen Fallwert erreiche. Zu Recht gehe das Sozialgericht München in den Entscheidungsgründen davon aus, dass gemäß Abschnitt D 1.2 Abschnitt III HVM i. V. m. den Durchführungsrichtlinien ein Anspruch des Klägers auf Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert nicht gegeben sei, weil die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift nicht vorlägen. Das Leistungsspektrum des Klägers entspreche dem eines Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie und weise keine weiteren Besonderheiten auf. Wie das BSG in seinem Urteil vom 29.06.2011 ([B 6 KA 19/10 R](#)) ausgeführt habe, reiche es zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht aus, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Selbst wenn die Beklagte von der Prüfung der Voraussetzungen nach Abschnitt D 1.2 HVM i. V. m. den Durchführungsrichtlinien beim Kläger absehen würde, sei die Ablehnung des Antrags auf Anpassung der Obergrenze rechtmäßig erfolgt. Zu prüfen sei in diesem Zusammenhang, ob ein Härtefall vorliege, der zu einer Anerkennung des klägerischen Begehrens führen würde (vgl. Abschnitt D 2 HVM i. V. m. der Durchführungsrichtlinie). Auch ein solcher Härtefall sei aber vorliegend nicht anzunehmen. Das Bundessozialgericht gehe in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass im Hinblick auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Wege der ergänzenden gesetzeskonformen Auslegung eine generelle Härteklausele in die Honorarverteilungsbestimmungen hineinzuzinterpretieren sei, wenn ein HVM keine oder eine zu eng gefasste Härteklausele enthalte, da nicht alle denkbaren Konstellationen vorhersehbar seien. Die Voraussetzungen für die Annahme eines Härtefalls seien dann jedoch eng auszulegen, wenn der HVM bereits Regelungen vorsehe, die besondere Versorgungsstrukturen und existenzbedrohende Honorarminderungen berücksichtigen würden. In diesem Falle müsse sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sein als auch ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestehen. Da der HVM 2013 bereits eine Härtefallregelung enthalte (vgl. Abschnitt D Nr. 2 des HVM 2013 i. V. m. den Durchführungsrichtlinien II 1.1.1), könne ein Härtefall allenfalls in dem seltenen Ausnahmefall in Betracht kommen, wenn sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet wäre als auch ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestünde, ohne dass der Vertragsarzt dies zu vertreten hätte. Eine solche Existenzgefährdung habe der Kläger selbst nicht vorgetragen und sei im Übrigen ausweislich der bereits dargestellten Honorarsituation des Klägers ausgeschlossen. Obwohl es wegen der fehlenden wirtschaftlichen Existenzgefährdung nicht mehr darauf ankomme, führe die Beklagte zu der kumulativen weiteren Voraussetzung für die Annahme eines Härtefalls - den unabwiesbaren Sicherstellungsbedarf - noch darauf hin, dass das Sozialgericht München einen Bedarf zur Sicherstellung ohne nähere Prüfung lediglich unterstellt habe, weil der Kläger nach unwidersprochenen Angaben der einzige Internist mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie im Planungsbereich sei. Aus der Sicht der Beklagten bestehe kein spezifischer Sicherstellungsbedarf. Der Planungsbereich Landkreis A-Stadt weise für fachärztliche Internisten einen Versorgungsgrad von 220,2 % aus. Der Kläger sei im Quartal 1/2013 im Landkreis A-Stadt der einzige zugelassene fachärztliche Internist mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie, neben ihm gebe es aber noch einen ermächtigten Arzt. Was die ÖGD nach der GOP 13400 angehe, so könne diese, wie unter 13.3.3 Nr. 2 Satz 2 des EBM ausgeführt, von allen in der Präambel 13.1 unter 1 aufgeführten Vertragsärzten berechnet werden, das heiße grundsätzlich von allen Fachärzten für Innere Medizin, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Eine Auswertung der Beklagten habe ergeben, dass die GOP 13400 im Quartal 1/2013 im Landkreis A-Stadt noch von weiteren drei Ärzten erbracht worden sei. Zu berücksichtigen sei weiterhin, dass A-Stadt lediglich 30 km nördlich vom Einzugsgebiet X. entfernt sei, in dem jedwede fachärztliche Leistung angeboten werde. Ein spezifischer Sicherstellungsbedarf liege somit nicht vor.

Der Kläger hat mit Schriftsatz vom 17.11.2015 geltend gemacht, dass in Bezug auf die ÖGD eine Einzelfallregelung zur Anpassung analog Abschnitt D Nr. 1 des HVM vom 01.01.2013 fehle. Anders sei dies bei Leistungen, die der Obergrenze unterfallen. Die bei der Ausnahmeregelung erfolgte Differenzierung der Beklagten zwischen "Topf-in-Topf-Leistungen" und zur Obergrenze gehörigen Leistungen gehe fehl. Bei beiden Regelungsinstrumenten handle es sich um Maßnahmen der Mengensteuerung. Werde im Fall der Obergrenzenleistungen ein Instrument zur Anpassung im Einzelfall geschaffen, habe dies auch für die "Topf-in-Topf-Leistungen" zu gelten. Ein sachlicher Differenzierungsgrund sei nicht ersichtlich. Mit der Kreierung der "Topf-in-Topf-Leistungen" gliedere die Beklagte die ÖGD-

Leistungen aus den Leistungen, die zur Obergrenze gehören, aus. Die Ausgliederung der ÖGD-Leistungen habe zur Konsequenz, dass diese Leistungen bei der Stellung eines Ausnahmeantrags nach Abschnitt D Nr. 1 HVM nicht mehr berücksichtigt werden könnten. Weitere Folge sei, dass der Kläger für seine speziellen gastroenterologischen Leistungen im Bereich der Gastroenterologie/Proktologie, die unter die Obergrenze fallen, keine Anerkennung zur Korrektur der Obergrenze durch die Beklagte auf Grundlage der derzeit formulierten HVM erhalten könne. Gleiches gelte für sonstige Leistungen des gastroenterologischen Fachgebiets, hier proktologische Leistungen. Die Beklagte habe den Kläger mindestens so zu stellen, dass bei der Entscheidung über die Anträge auf Anpassung der Obergrenze auch der Wert der "Topf-in-Topf-Leistungen" zur Überwindung der restriktiven Wertgrenzen mitberücksichtigt werde.

III.

Die Beklagte hat im Quartal 1/2013 mit Bescheid vom 20.11.2013 den Antrag des Klägers vom 11.09.2013 auf Anpassung der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl abgelehnt. Komme die Regelung in Abschnitt B Nr. 7.3.4 des HVM (Fallzahlzuwachsbeschränkung) zur Anwendung mit der Folge, dass die für das RLV maßgebliche Fallzahl grundsätzlich auf Basis des Vorjahresquartals ermittelt werde, könne im Einzelfall eine Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl beantragt werden. Eine Anpassung der Obergrenze bzw. des RLV sei dann möglich, wenn eine außergewöhnlich starke Erhöhung der RLV-Fallzahl gegenüber dem Vorjahresquartal festgestellt werde und diese auf einer bestimmten Ursache beruhe. Die Erhöhung der RLV-Fallzahl sei dann nicht auf eine bestimmte Ursache zurückzuführen, wenn der Antragsteller einer Fachgruppe angehöre, für die eine Überversorgung im Planungsbereich festgestellt sei. Der Versorgungsgrad für die Fachgruppe im Planungsbereich betrage 220,2 %, so dass in der Fachgruppe des Klägers im Planungsbereich eine Überversorgung vorliege. Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 18.12.2013. Die Durchführungsrichtlinien gemäß Teil D Nr. 1.1 Abs. V ("Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl") würden als Grund für die Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl einen außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grund erkennen, der zu einer niedrigeren Fallzahl im Vorjahresquartal geführt habe. Vorliegend liege der Grund für die im Vergleich zum Quartal 1/2013 niedrigeren Fallzahl im Quartal 1/2012 in der Neuniederlassung des Klägers im Quartal 1/2012. Gemäß den Durchführungsrichtlinien sei weiter Voraussetzung für eine Berücksichtigung des Grundes grundsätzlich eine Fallzahlsteigerung, die dem durchschnittlichen prozentualen Fallzahlanstieg der Fachgruppe nominal um mehr als 10 % übersteige. Ein Fallzahlanstieg von 175 beinhalte einen Anstieg von 21,7 %. Folge der Leistungserbringung der GOP 97261 B und 97262 B sei die Fallzahlerhöhung. Mit der Erbringung dieser GOP sei zugleich die Erbringung der internistischen Grundpauschalleistung gekoppelt, die eine RLV-Leistung sei und somit zur RLV-Überschreitung führe. Diese Leistungen würden somit zum einen für die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung positiv gesteuert und zugleich - aufgrund der fallzahlerhöhenden Wirkung für die Grundpauschalzahlung - nur quotiert vergütet. Die Beklagte hat mit Bescheid vom 14.05.2014 den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. Die Beklagte habe den Antrag auf Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl zu Recht abgewiesen, da die notwendigen Voraussetzungen nicht gegeben seien. Gemäß Abschnitt D Nr. 1.1 HVM i. V. m. Abschnitt V DRL sei bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Fallzahl eine Anpassung des Regelleistungsvolumens auf Antrag möglich, wenn die Erhöhung unter anderem auf einen außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grund, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal geführt habe, zurückzuführen sei, hierzu zähle z. B. Krankheit des Arztes, und der angegebene Grund kausal für die niedrigere Fallzahl im Vorjahresquartal sei. Da der eigene Fallzahlanstieg des Klägers im Quartal bei 21,84 % gelegen habe, sei die Voraussetzung einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Fallzahl (vgl. III der DRL) erfüllt. Der vom Kläger für die Erhöhung genannte außergewöhnliche und/oder durch den Arzt unverschuldete Grund der angeführten Niederlassung erst im Quartal 1/2012 stelle keinen sonstigen Grund im Sinne der Durchführungsrichtlinie dar. Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 16.06.2014 zum Sozialgericht München, die mit Schriftsatz vom 12.09.2014 näher begründet wurde. Die Anwendung der HVM-Regelung der Fallzahlzuwachsbeschränkung führe infolge der Nichtberücksichtigung von 151 Fällen zur Reduktion der Obergrenze. Wäre diese nicht zur Anwendung gekommen, hätte die Obergrenze allein aus diesen Gründen den Betrag von 23.800,00 EUR statt 20.579,00 EUR überschritten. Die Anwendung der Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung stehe im Widerspruch zu § 87b SGB V und beeinträchtige den Kläger in seiner Berufsfreiheit als auch in seinem Recht auf Differenzierung. Vorliegend werde der Kläger ausschließlich auf Basis seines ihm übertragenen Versorgungsauftrags als Gastroenterologe tätig. Er sei der einzige Gastroenterologe im Planungsbereich. Er habe im Bezug auf seinen Außenauftritt keine Wahl, weil Art und Weise des Außenauftritts durch die ärztliche Berufsordnung und das Weiterbildungsrecht zwingend vorgegeben seien. Eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit über den Versorgungsauftrag hinaus liege beim Kläger nicht vor. Die besondere Situation des Klägers habe die Beklagte dadurch zu berücksichtigen, dass die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung beim Kläger entweder nicht angewendet werde oder zumindest nur mit entsprechender Ausnahmeregelung Anwendung finden könne. Hierzu hat sich die Beklagte mit Schriftsatz vom 25.01.2015 geäußert. Der HVM sehe in Abweichung zur Regelung des Abschnitts B Ziffer 7.3.4 Abs. 1 für die zugrunde zu legenden RLV-Fallzahlen für Neuärzte und Ärzte mit unterdurchschnittlicher RLV-Fallzahl in Absatz IV eine Sonderregelung dergestalt vor, dass dann die RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal angesetzt werde. Die Regelung greife vorliegend schon deshalb nicht, weil der Kläger kein Neuarzt und kein Arzt mit unterdurchschnittlicher RLV-Fallzahl sei. Neuarzt sei danach nur, wer im Vorjahresquartal, hier Quartal 1/2012, noch nicht niedergelassen gewesen sei. Dies treffe auf den Kläger nicht zu, da er bereits seit dem Quartal 1/2012 niedergelassen gewesen sei. Die Fallzahlen des Klägers im Vorjahresquartal in Höhe von 806 würden zudem den Fachgruppendurchschnitt in Höhe von 770 überschreiten, so dass er auch kein Arzt mit unterdurchschnittlicher RLV-Fallzahl sei. In Anwendung dieser Bestimmung würden somit statt der RLV-Fallzahlen des Abrechnungsquartals in Höhe von 982 die RLV-Fallzahlen des Vorjahresquartals in Höhe von 806 um 3 % erhöht und somit 831 RLV-Fälle zur Ermittlung der Obergrenze zugrunde gelegt. Als Gründe im Abrechnungsquartal könnten grundsätzlich nur die unter Ziffer IV Nr. 1a und b der Durchführungsrichtlinien genannten Gründe anerkannt werden. Die Vertretung eines Arztes in der näheren Umgebung könne als Grund anerkannt werden bei festgestellter Abwesenheit aufgrund von Urlaub von mindestens zwei Wochen. Der Kläger habe nicht angegeben, welchen Kollegen er aufgrund Urlaubs vertreten habe, zudem habe es sich lediglich um eine Woche gehandelt. Die Öffnung der Praxis in der Karwoche im Abrechnungsquartal könne nicht als sonstiger Grund anerkannt werden. Dies würde voraussetzen, dass er im Vergleichsquartal 1/2012 in der Karwoche geschlossen gehabt hätte und die höheren Fallzahlen in 1/2013 gerade durch die Öffnung der Praxis begründet seien. Die Karwoche im Jahr 2012 sei aber vom 02.04.2012 bis 06.04.2012, also erst zu Beginn des Quartals 2/2012, gewesen. Auch die begehrte Erhöhung um 20 Fälle, in denen im Quartal 1/2013 die Leistung nach den Nrn. 97261 B und 97262 B abgerechnet worden sei, sei zu Recht abgelehnt worden. Zwar habe der Kläger die Berechtigung zur Abrechnung dieser Leistungen noch nicht im Quartal 1/2012, sondern erst seit Ende des Quartals 2012. Die Erweiterung des Leistungsspektrums im aktuellen Quartal im Vergleich zum Vorquartal und daraus resultierende höhere Fallzahlen würden jedoch keinen unter Ziffer IV Nr. 1 Durchführungsrichtlinien genannten Grund erfüllen. Darüber hinaus stelle dies auch keinen außergewöhnlichen und/oder unverschuldeten Grund und damit berücksichtigungsfähigen Grund dar, welcher zu einer niedrigeren Fallzahl im Vorjahresquartal geführt habe. Des Weiteren fehle es auch an der so genannten Kausalität. Eine Fallzahlerhöhung sei dann nicht auf eine bestimmte Ursache zurückzuführen, wenn der Antragsteller einer Fachgruppe angehöre, für die eine Überversorgung im Planungsbereich festgestellt sei. Im Planungsbereich Landkreis A-Stadt sei für

fachärztliche Internisten eine Überversorgung in Höhe von 220,2 % festgestellt worden. Der Kläger sei der Bedarfsplanungsgruppe der fachärztlich tätigen Internisten zugeordnet, eine Unterscheidung nach Schwerpunkten erfolge hier nicht. Ziffer IV Nr. 2.2.2 Satz 2 der Durchführungsrichtlinien als Ausnahmeregelung zu Satz 1 greife bereits deshalb nicht, da im Planungsbereich Landkreis A-Stadt mehr als zwei Ärzte tätig seien. Auch im Rahmen dieser Regelung sei die Anzahl der fachärztlich tätigen Internisten maßgebend. Im Quartal 1/2013 seien 19 fachärztlich tätige Internisten im Planungsbereich Landkreis A-Stadt tätig gewesen. Die Tatsache, dass ein Arzt aufgrund der Zulassung gemäß [§ 95 Abs. 3 SGB V](#) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet sei, treffe jeden Vertragsarzt gleichermaßen und führe nicht zu einer Sonderstellung des Klägers. Die Fallzahlzuwachsbeschränkung schränke den Kläger nicht in seiner beruflichen Tätigkeit ein, sondern sei getroffen worden, um dem einzelnen Leistungserbringer eine gewisse Planungssicherung bezüglich der Höhe seines zu erwartenden Honorars zu geben. Hierzu hat sich der Kläger nochmals mit Schriftsatz vom 03.02.2015 geäußert. Die Beklagte lasse unberücksichtigt, dass der Kläger der einzig niedergelassene Gastroenterologe im Planungsbereich sei und diese Tatsache im Vergleich zu sonstigen niedergelassenen Fachkollegen eine Sondersituation hervorrufe.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 04.02.2015 den Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 20.11.2013 zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl für das Quartal 1/2013 und den Widerspruchsbescheid vom 14.05.2014 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über die Anpassung der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Mit der Klage angefochten sei die Entscheidung der Beklagten über die Anpassung der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl gemäß Abschnitt D Nr. 1.1 HVM i. V. m. Abschnitt V DRL. Gehe man mit dem Gericht davon aus, dass diese Ausnahmeregelungen und die übrigen Regelungen mit [§ 87b SGB V](#) und [Art. 12, 3 GG](#) vereinbar seien, gebe es für eine Rechtswidrigkeit keine Anhaltspunkte und auch deren Umsetzung auf den Kläger sei korrekt erfolgt, so habe die Beklagte eine Anpassung zu Recht abgelehnt, da die Voraussetzungen nach dem Wortlaut der Regelungen nicht vorliegen würden. Dies müsse jedoch nicht bedeuten, dass Sondersituationen nicht Rechnung getragen werden könne. Der Honorarverteilungsmaßstab sei nicht deshalb rechtswidrig, weil er keine Härtefallregelung enthalte. Vielmehr sei eine ungeschriebene generelle Härtefallklausel im Wege einer ergänzenden gesetzeskonformen Auslegung hineinzuzuparlamentieren. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erfordere eine "Härtefall-Zuerkennung" außer dem Vorliegen eines besonders gelagerten Einzelfalls auch eine Ermessensausübung, die aber nur dann zur Bewilligung einer Budgeterhöhung führen dürfe, wenn sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sei als auch ein unabweisbarer Bedarf zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bestehe. Es erscheine fraglich, ob von einer Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der klägerischen Praxis gesprochen werden könne, wenn diesbezüglich kein Vortrag stattgefunden habe und das Honorarvolumen und der Fallwert des Klägers trotz der Fallzahlzuwachsbeschränkung und der Mengenbeschränkung weit über denen der Fachgruppe der Internisten mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie liegen. Trotzdem sei die Kammer in ihrer Besetzung der Auffassung, dass der besonderen Situation des Klägers und seinem Versorgungsauftrag durch angemessene Anpassung des Honorars im Rahmen des Ermessens der Beklagten Rechnung zu tragen sei. Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 03.03.2015, die mit Schriftsatz vom 30.07.2015 näher begründet wurde. Das Sozialgericht München gehe in den Entscheidungsgründen zu Recht davon aus, dass sich ein Anspruch des Klägers auf Anpassung der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl nicht begründen lasse, weil die Voraussetzungen nach Abschnitt D 1.1 des HVM nicht vorliegen würden. Selbst wenn die Beklagte von der Prüfung der Voraussetzungen nach Abschnitt D 1.1 HVM i. V. m. den Durchführungsrichtlinien beim Kläger absehen würde, wäre die Ablehnung des Antrags auf Anpassung der Obergrenze rechtmäßig erfolgt. Zu prüfen wäre dann, ob ein Härtefall vorliege, der zu einer Anerkennung des klägerischen Begehrens führen könnte. Auch ein solcher Härtefall sei aber vorliegend nicht anzunehmen. Der HVM 2013 sehe in Abschnitt D Nr. 2 über die Möglichkeiten, im Antragsverfahren nach Abschnitt D Nr. 1.1 und Nr. 1.2 eine Anpassung der Obergrenze zu erreichen, eine Härtefallregelung vor. Danach könne auf Antrag aus Sicherstellungsgründen eine Anpassung der Obergrenze erfolgen, wenn die unzumutbare Härte durch Vorlage entsprechender Nachweise belegt sei. Da der HVM 2013 bereits eine Härtefallregelung enthalte, könne ein Härtefall allenfalls in dem seltenen Ausnahmefall in Betracht kommen, wenn trotz dieser Mechanismen im HVM durch Umstände, die der Vertragsarzt nicht zu vertreten habe, ein unabweisbarer Stützungsbedarf entstehe. Es müssten hier sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sein als auch ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestehen. Eine solche wirtschaftliche Existenzgefährdung habe schon der Kläger selbst nicht vorgetragen und sei im Übrigen ausweislich der bereits oben dargestellten Honorarsituation des Klägers ausgeschlossen. Aus Sicht der Beklagten bestehe auch kein spezifischer Sicherstellungsbedarf. Der Planungsbereich Landkreis A-Stadt weise für fachärztliche Internisten einen Versorgungsgrad von 220,2 % aus, der Kläger sei im Quartal 1/2013 im Landkreis A-Stadt zwar der einzige zugelassene fachärztliche Internist mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie, neben ihm gebe es aber noch einen ermächtigten Arzt. Was die ÖGD nach der GOP 13400 angehe, so könne diese wie unter 13.3.3 Nr. 2 Satz 2 des EBM ausgeführt, von allen in der Präambel 13.1 unter 1 aufgeführten Vertragsärzten berechnet werden, das heiße grundsätzlich von allen Fachärzten für Innere Medizin, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Eine Auswertung der Beklagten habe ergeben, dass die GOP 13400 im Quartal 1/2013 im Landkreis A-Stadt noch von weiteren drei Ärzten erbracht werde. Zu berücksichtigen sei weiterhin, dass A-Stadt lediglich 30 km nördlich vom Einzugsgebiet X. entfernt sei, in dem jedwede fachärztliche Leistung angeboten werde.

Der Kläger hat mit Schriftsatz vom 17.11.2015 geltend gemacht, dass das Sozialgericht München zu Recht davon ausgegangen sei, dass der Honorarbescheid der Beklagten rechtswidrig sei. Tragender Grund hierfür sei, dass der Kläger als einziger seiner Arztgruppe im Planungsbereich tätig sei. Die Kombination seiner Facharztbezeichnung und die Einzigartigkeit seiner Zulassung im Planungsbereich würden einen vermehrten Zugang bewirken. In Bezug auf die ÖGD fehle eine Einzelfallregelung zur Anpassung analog Abschnitt D Nr. 1 des HVM vom 01.01.2013. Die bei der Ausnahmeregelung erfolgte Differenzierung der Beklagten zwischen "Topf-in-Topf-Leistungen" und zur Obergrenze gehörigen Leistungen gehe fehl. Ein sachlicher Differenzierungsgrund sei nicht ersichtlich. Die Ausführungen der Beklagten zur Härtefallrechtsprechung des BSG seien insoweit unpassend.

IV.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 20.11.2013 das Honorar des Klägers für das Quartal 2/2013 festgesetzt. Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 18.12.2013. Der Kläger erhebt im Wesentlichen die gleichen Einwendungen gegen den HVM der Beklagten wie im Vorquartal 1/2013. Die "Topf-in-Topf"-Regelung nach Abschnitt E Anlage 3 B 4.1.2 Abs. 8 HVM betreffe den Kläger unmittelbar in seiner Praxisbesonderheit (Durchführung von ÖGD, 526 im Quartal, wovon nur 300 zu 100 % und 226 zu lediglich 70 % vergütet wurden) und beinhalte einen Eingriff in die Berufsausübung. Es handle sich um einen Eingriff in den Kernbereich des Versorgungsauftrags als vertragsärztlicher Gastroenterologe. Die Beklagte hätte zum Ausschluss der Rechtswidrigkeit der Regelung für entsprechende Fallgestaltungen eine Ausnahmeregelung von der "Topf-in-Topf"-Regelung kreieren müssen. Die Rechtswidrigkeit der Regelung ergebe sich auch aus der unzulässigen Gleichsetzung von Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie mit Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt. Weiter würden QZV in den Bereichen Zuschlag zur GOP 13401 f. EBM, abdominelle Sonographie (GOP

33042 EBM), H2-Atemtest (GOP 02401 EBM), Infusion 02100 EBM und proktologischer Basiskomplex (GOP 30600 EBM) fehlen. Diese Leistungen würden im Zusammenhang mit der speziellen Leistung der ÖGD bzw. der Behandlung von Hämorrhoiden stehen. Mangels eines besonderen QZV habe die Beklagte die speziellen Leistungen durch Erhöhung des RLV in Bezug auf den Fallwert auszugleichen. Die QZV-Festsetzung bezüglich der Behandlung von Hämorrhoiden berücksichtige nicht die besondere Praxisausrichtung des Klägers, so dass eine Vergütung durch entsprechende QZV-Erhöhung zu erfolgen habe. Auch die RLV-Bildung berücksichtige nicht die besondere Praxisausrichtung des Klägers. Ein hieran orientiertes Volumen müsse von den Werten der Euro-Gebührenordnung ausgehen. Die Fallzahlbegrenzung des Klägers lasse seine Neuniederlassung im Quartal 1/2012 mit Folgen auch für das Quartal 2/2013 außer Betracht. Weiter sei auf die notwendige Fallzahlerhöhung aufgrund der GOP 97261 B und 97262 B hinzuweisen. Zwar handle es sich um freie Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet würden, doch seien hiermit RLV-relevante Folgewirkungen verbunden. Mit der Erbringung der GOP 97261 B und 97262 B sei zugleich die Erbringung der internistischen Grundpauschalleistungen gekoppelt, die eine RLV-Leistung sei und somit zur RLV-Überschreitung führe. Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 06.08.2012 zurückgewiesen. Die Begründung des Widerspruchsbescheides entspricht der Begründung zum Quartal 1/2013, zugeschnitten auf die Abrechnungsdaten des Quartals 2/2013. Der Honorarbescheid der Beklagten sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen sei auf Grundlage der einschlägigen Regelungen des HVM 2013 in Verbindung mit den jeweils gültigen Vorgaben der KBV korrekt erfolgt. Ein Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [Art. 3 GG](#) liege nicht vor. Sinn und Zweck der RLV und QZV sei es gerade, dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit Rechnung zu tragen. Unterschiede, die in einem besonderen Versorgungsauftrag oder in einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung liegen, würden durch die im Honorarvertrag festgelegte Antragsmöglichkeit auf Erhöhung der Obergrenze ausgeglichen. Der QZV-Auszahlungswert betrage immer mindestens 85 % des ursprünglich mitgeteilten kalkulatorischen QZV-Fallwertes (sogenannter gesicherter QZV-Auszahlungswert). Hinsichtlich der Einwendungen gegen die Fallzahlzuwachsbeschränkung sei festzustellen, dass die Systematik der grundsätzlichen Heranziehung der aktuell abgerechneten RLV-Fallzahl nur vertretbar sei bei gleichzeitiger Einführung einer Beschränkungsregelung. Dies sei mit der Fallzahlzuwachsbeschränkung, die sowohl für die Fachgruppe als auch individuell einen RLV-Fallzahlanstieg von mindestens 3 % fordere und im Anschluss eine Steigerung von 3 % im Vergleich zum Vorjahresquartal zugestehe, in zulässiger und korrekter Weise geschehen. Zudem bestehe die Möglichkeit, wenn, wie vorliegend, die Fallzahlzuwachsbeschränkung zur Anwendung komme, einen Antrag auf Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl zu stellen. Die Beklagte hat den Antrag des Klägers auf Erhöhung der Obergrenze aus RLV und QZV mit Bescheid vom 06.02.2014 abgelehnt. Es fehle unter anderem an der Voraussetzung der Überschreitung des korrespondierenden Obergrenzen-Fallwertes der Fachgruppe von wenigstens 30 %, da der Kläger nur eine Überschreitung dieses Wertes um 2,76 % aufweise. Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 06.03.2014, der im Wesentlichen dem Schriftsatz vom 18.12.2013 entspricht. Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 06.08.2014 abgelehnt, weil der Kläger weder das 30 %-Kriterium bezüglich des Obergrenzen-Fallwertes (Abschnitt B Nr. 1.2 Abs. IIIb HVM i. V. m. Abschnitt 3 Nr. 1.2.2 DRL) noch eine Fallwertüberschreitung des Klägers gegenüber der Fachgruppe von mindestens 20 % erfülle. Die Beklagte hat mit Bescheid vom 25.04.2014 den Antrag des Klägers vom 18.12.2013 auf Anpassung der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl abgelehnt. Eine Erhöhung der RLV-Fallzahl sei dann nicht auf eine bestimmte Ursache zurückzuführen, wenn der Antragsteller einer Fachgruppe angehöre, für die eine Überversorgung im Planungsbereich festgestellt sei. Der Versorgungsgrad für die Fachgruppe des Klägers im Planungsbereich betrage 220,2 %. Bei den geltend gemachten Leistungen nach den GOP 97261 B und 97262 B handle es sich um freie Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu den Preisen der BEURGO vergütet würden. Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 26.05.2014. Der Grund für die im Vergleich zum Quartal 2/2013 niedrigere Fallzahl im Quartal 2/2012 liege in der Neuniederlassung des Klägers im Quartal 2/2012. Soweit die Beklagte bezüglich der GOP 97261 B und 97262 B darauf hinweise, dass es sich um freie Leistungen handle, werde der Vortrag des Klägers im Widerspruchsschreiben nicht berücksichtigt. Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 06.08.2014 zurückgewiesen. Es sei zutreffend, dass der Kläger erst seit dem 02.01.2012 niedergelassen sei. Hierfür finde sich im HVM eine Regelung unter Abschnitt B Nr. 7.3.4 Abs. IV HVM, wonach bei "Neuärzten und Ärzten mit unterdurchschnittlicher RLV-Fallzahl" auch im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung grundsätzlich die eigene RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal angesetzt werde. Dies gelte jedoch nur, sofern der Arzt die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe nicht überschreite. Der Kläger liege aber mit 866 Fällen im Quartal 2/2012 bereits über dem Fachgruppendurchschnitt mit 770 Fällen. Weiter stelle die Abrechnung der Ziffern 97261 B und 97262 B keinen Sachverhalt dar, der zu einer Fallzahlerhöhung führen könne. Der Vortrag, dass mit dem Ansatz dieser freien Leistungen immer die Grundpauschale ausgelöst werde und dies zur Fallzahlmehrung führe, sei irrelevant. Viele Leistungen würden im Zusammenhang mit der Grundpauschale erbracht, dies sei keine Besonderheit. Auch sei der Ansatz der Ziffern 97261 B und 97262 B im Quartal 2/2013 mit insgesamt 21 mal eher gering.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 12.09.2014 zum Sozialgericht München, die mit Schriftsatz vom 30.10.2014 näher begründet wurde. Die Bescheide der Beklagten und die zurückweisenden Widerspruchsbescheide vom 06.08.2014 seien vollumfänglich rechtswidrig und würden den Kläger in seinen Grundrechten auf freie Berufsausübung ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)), das Recht auf differenzierte Honorierung seiner Leistungen ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) infolge seiner besonderen Berufsausbildung und ärztlichen Praxisausrichtung verletzen. Dies gelte namentlich für die "Topf-in-Topf"-Bildung nach Abschnitt E Anlage 3b Nr. 4.1c bzw. 4.1.2 (VIII) HVM i. V. m. Abschnitt E Anlage 4b HVM. Die ÖGD gehöre zu den wesentlichen Leistungen der Gastroenterologie. Die Tätigkeit des Klägers im Kern des Versorgungsauftrags beinhalte gerade keine übermäßige Ausdehnung. Die Gestaltung des RLV bzw. QZV sei im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Ausnahmeregelung (Anpassung der Obergrenze) sachwidrig. Treffe die Beklagte Regelungen zur Honorarverteilung durch das RLV bzw. QZV, habe sie den Versorgungsauftrag des jeweiligen Facharztes und die unmittelbar im Zusammenhang stehenden Leistungen zu berücksichtigen. Die Zuschlagsleistungen nach der GOP 13401 f. EBM, die abdominelle Sonographie nach GOP 33042 EBM, der H2O-Atemtest nach GOP 02401 EBM und die Infusion nach GOP 02100 EBM würden im unmittelbaren Zusammenhang mit der ÖGD stehen. Gleiches gelte für die Regelung der Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie bzw. Leistungen der Hämorrhoidenbehandlung. Die Gestaltung der RLV bzw. QZV berücksichtige nicht den besonderen Versorgungsauftrag des Klägers als Gastroenterologe. Die bisher von der Beklagten getroffenen Ausnahmeregelungen seien nicht ausreichend, da diese durch die gesonderten Topfbildungen die Erfüllung der Kriterien der Überschreitung des Obergrenzen-Fallwertes um 30 % und des Fallwertes um 20 % künstlich von vorneherein ausschließe und damit eine Fallwerterhöhung für den Kläger unmöglich mache. Hierzu hat sich die Beklagte mit Schriftsatz vom 25.01.2015 geäußert. Der Honorarbescheid für das Quartal 2/2013 sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen sei in Umsetzung der maßgeblichen und rechtmäßig ergangenen Bestimmungen erfolgt. Der in [§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) verwendete Begriff der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes sei in einem umfassenden Sinne zu verstehen. Darunter seien nach wie vor nicht nur - gegebenenfalls sogar vorwerfbare - Ausweitungen des Praxis- oder Leistungsvolumens zu fassen, sondern vielmehr alle Konstellationen, in denen honorarbegrenzende Maßnahmen erforderlich würden. Bei den Fachärzten für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Gastroenterologie sei die ÖGD nach der GOP 13400 EBM im HVM ab 1/2013 eine "Topf-in-Topf-

Leistung". Bei der Entscheidung über die Regelung und die Festlegung einer Grenze für ÖGD sei der Berufsverband beratend eingebunden gewesen. Diese Leistung sei als besonders förderungswürdig erachtet und daher nicht mehr der Obergrenze aus RLV und QZV unterworfen worden. Die Zahl 300 sei von den medizinischen Fachleuten insbesondere unter dem Qualitätsaspekt als sachgerecht gewertet worden. Die Schaffung dieser gesonderten Mengenbegrenzung für die ÖGD habe im Ermessen der Beklagten gestanden. Sie sei ein zulässiges und zweckmäßiges Mittel der Mengensteuerung, durch das für die bayerischen Praxen zudem ein hohes Maß an Kalkulationsicherheit gewährleistet werde. Weder die Reduktion des anerkannten Leistungsbedarfs in Punkten der über die Zahl von 300 hinausgehenden Ansätze auf 70 % noch die Vergütung als "Topf-in-Topf-Leistungen" mit einer garantierten Quotierungsuntergrenze von 85 % würden Bedenken an der Rechtmäßigkeit des HVM begründen. Wie aus der Zusammenstellung ersichtlich sei, liege die Auszahlungsquote für die sogenannten "Topf-in-Topf-Leistungen" bei 92,9758 %. Das heiße, die Leistung der GOP 13400 EBM sei nach Anwendung der Mengenbegrenzung nach Abschnitt E Anlage 3b Nr. 4.1.2 Abs. VIII HVM nahezu mit dem vollen EUR-Betrag zur Auszahlung gekommen. Auch die Ablehnung des Antrags auf Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert sei rechtmäßig. Der Kläger erfülle bereits die erste hierfür notwendige Voraussetzung nicht, nämlich dass der Obergrenzen-Fallwert des Antragstellers im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs wenigstens 30 % über dem korrespondierenden Obergrenzen-Fallwert der Fachgruppe liege. Die Einführung einer gesonderten Mengenbegrenzung für die ÖGD habe im Ermessen der Vertreterversammlung der Beklagten gestanden. Sie sei ein zulässiges und zweckmäßiges Mittel der Mengensteuerung, durch das für die bayerischen Praxen zudem ein hohes Maß an Kalkulationsicherheit gewährleistet werde. Die Vergütung als "Topf-in-Topf-Leistung" mit einer garantierten Quotierungsuntergrenze von 85 % würden keine Bedenken an der Rechtmäßigkeit des Honorarverteilungsmaßstabes begründen. Auch die Ablehnung des Antrags auf Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl sei rechtmäßig. Die in Abschnitt B Ziffer 7.3.4 Abs. 1 vorgesehene Ausnahmeregelung erfülle der Kläger schon deshalb nicht, weil er weder ein Neuarzt noch ein Arzt mit unterdurchschnittlicher RLV-Fallzahl sei. Hierzu hat sich der Kläger nochmals mit Schriftsatz vom 03.02.2015 geäußert, der dem Schriftsatz vom 03.02.2015 zum Quartal 1/2013 entspricht mit Darstellung der Abrechnungswerte im Quartal 2/2013.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 04.02.2015 den Honorarbescheid der Beklagten vom 20.11.2013, den Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 06.02.2014 zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert und den Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 25.04.2014 zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl jeweils für das Quartal 2/2013 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 06.08.2014 aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Das Sozialgericht begründet zunächst eingehend seine Auffassung, dass die streitgegenständlichen Bescheide sowohl formell als auch materiell rechtmäßig seien. Sodann wird ausgeführt, dass trotzdem die Kammer in ihrer Besetzung der Auffassung gewesen sei, dass der besonderen Situation des Klägers und seinem Versorgungsauftrag durch angemessene Anpassung des Honorars im Rahmen des Ermessens der Beklagten Rechnung zu tragen sei, und deshalb die Bescheide aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen gewesen sei, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Widersprüche erneut zu entscheiden.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 03.03.2015 zum Bayer. Landessozialgericht, die mit Schriftsatz vom 30.07.2015 näher begründet wurde. Das Sozialgericht München habe den Honorarbescheid für das Quartal 2/2013 der Beklagten zu Unrecht aufgehoben. Die Entscheidungsgründe des angegriffenen Urteils würden erkennen lassen, dass das Sozialgericht eine weitgehend korrekte Beurteilung des Sachverhalts vornehme, dann jedoch - völlig überraschend und ohne nähere Darlegung der Gründe - rechtsfehlerhaft annehme, dass der streitgegenständliche Bescheid der Beklagten rechtswidrig sei. Das Sozialgericht habe auch die Ablehnungsbescheide der Beklagten zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert und zur Fallzahl aufgehoben. Der Schriftsatz entspricht im Übrigen im Wesentlichen dem Schriftsatz der Beklagten vom gleichen Tag zum Quartal 1/2013.

Der Kläger hat mit Schriftsatz vom 17.11.2015 seine Ausführungen nochmals wiederholt und weiter vertieft.

V.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 12.02.2014 das Honorar des Klägers für das Quartal 3/2013 festgesetzt. Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 10.03.2014. Der Widerspruch entspricht wortwörtlich den Widersprüchen zu den Vorquartalen 1 und 2/2013 bezogen auf die Abrechnungsdaten des Quartals 3/2013. Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 05.11.2014 den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. Die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen sei auf Grundlage der einschlägigen Regelungen des HVM 2013 i. V. m. den jeweils gültigen Vorgaben der KBV korrekt erfolgt. Zu den Einwendungen gegen die Topf-in-Topf-Regelung sei auszuführen, dass für "Topf-in-Topf-Leistungen" eine Vergütung zu den Preisen der BEURGO vorgesehen sei. Würden aber im laufenden Quartal von dieser Fachgruppe mehr Leistungen abgerechnet, als im entsprechenden Honorarvolumen ("Topf") vorgesehen sei, könnten diese Leistungen mit der Abrechnung nur noch quotiert ausgezahlt werden. Für die davon betroffenen Fachgruppen enthalte der HVM eine Sonderregelung, es werde eine abgestufte Vergütung für den Fall der Überschreitung einer bestimmten Leistungsmenge eingeführt. Der Kläger habe für den Ansatz der GOP 13400 EBM auf der Grundlage einer Vergütungsquote des Fachgruppenfonds in Höhe von 98,783500 ein Honorar von 30.849,58 EUR (statt der angeforderten 31.229,49 EUR) erhalten. Diese Regelung sei auch im Vergleich zu den Quartalen vor 1/2013 für den Arzt in der Regel günstiger. Bislang sei die GOP 13400 EBM eine Leistung gewesen, die in der Obergrenze enthalten gewesen sei. Sei es in dem jeweiligen Quartal zu einer Überschreitung der Obergrenze gekommen, habe für die Überschreitungsleistungen nur noch ein geringer Preis ausbezahlt werden können. Ab dem Quartal 1/2013 werde diese Leistung außerhalb der Obergrenze vergütet. Ein Vergleich mit dem Vorjahresquartal 3/2012 zeige, dass der Kläger die Leistung nach der Nr. 13400 420-mal angesetzt habe und somit einen Gesamtbetrag in Höhe von 34.739,58 EUR angefordert habe, aufgrund der Überschreitung der Obergrenze sei dem Kläger aber nur ein Honorar von 19.600,86 EUR ausgezahlt worden. Die Obergrenze aus Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina sei entsprechend den Bestimmungen des HVM berechnet und zu Recht auf 26.268,18 EUR festgesetzt worden. Die KVB habe - im Gegensatz zur bis einschließlich des Jahres 2012 maßgeblichen Systematik - mit dem HVM 2013 kalkulatorische Jahresfallwerte eingeführt. Dadurch sollte den Praxen eine größtmögliche Kalkulierbarkeit der im Einzelfall maßgeblichen Obergrenze aus RLV und QZV ermöglicht werden. Bei den ermittelten RLV-Fallwerten handele es sich um sogenannte kalkulatorische Fallwerte, da anders als vor dem HVM 2013 die Obergrenzen nicht mehr im Vorfeld hätten ermittelt werden können, sondern erst feststehen, wenn die Abrechnungen vorliegen. Damit könne auch erst nach dem Vorliegen der Abrechnungsergebnisse festgestellt werden, ob die mitgeteilten kalkulatorischen Jahresfallwerte für das aktuelle Quartal zutreffen oder aufgrund von Fallzahlsteigerungen/Leistungssteigerungen nicht hätten gehalten werden können. Der RLV-Auszahlungsfallwert betrage jedoch immer mindestens 95 % des mitgeteilten kalkulatorischen RLV-Fallwertes (sogenannter gesicherter RLV-Auszahlungsfallwert). Auch hinsichtlich der QZV handele es sich um kalkulatorische Fallwerte, wobei der QZV-Auszahlungsfallwert immer mindestens 85 % des ursprünglich mitgeteilten kalkulatorischen

QZV-Fallwertes betrage. Bei der Berechnung der Obergrenze werde dem Arzt ein garantiertes Euro-Volumen zur Verfügung gestellt, welches nicht auf den einzelnen Patienten bezogen sei und innerhalb dessen die angeforderte Leistungsmenge zu vollen Preisen nach der BEURGO vergütet werde. Darüber hinaus sei darauf hinzuweisen, dass die Obergrenze auf Antrag angepasst und somit einem besonderen Versorgungsbedarf Rechnung getragen werden könne.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 11.12.2014 zum Sozialgericht München, die mit Schriftsatz vom 30.01.2015 näher begründet wurde. Die Klagebegründung entspricht den Klagebegründungen zu den Quartalen 1/2013 und 2/2013, modifiziert durch die Abrechnungswerte des Quartals 3/2013.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 04.02.2015 den Honorarbescheid der Beklagten vom 12.02.2014 für das Quartal 3/2013 sowie den Widerspruchsbescheid vom 05.11.2014 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über die Honorarfestsetzung des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. In den Entscheidungsgründen stellt das SG zunächst dar, dass die Regelungen des HVM der Beklagten in Einklang mit [§ 87b SGB V](#) und den Grundsätzen der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Vergütung stehen. Gleichwohl sei die Kammer in ihrer Besetzung im Hinblick auf die besondere Situation (Kläger ist einziger Gastroenterologe im Planungsbereich; Versorgungsauftrag des Klägers qua seiner Zulassung als Internist mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie; Sicherstellungsauftrag der Beklagten) der Auffassung, dem müsse entweder im Zusammenhang mit den Fallzahlen (ÖGD) oder im Zusammenhang mit dem Fallwert angemessen Rechnung getragen werden.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 03.03.2015 zum Bayer. Landessozialgericht, die mit Schriftsatz vom 03.08.2015 näher begründet wurde. Die Beklagte trägt zum Sachverhalt ergänzend vor, dass sich aus der Umsatzstatistik 3/2013 GKV für fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie ein durchschnittlicher Honorarumsatz je Arzt in Höhe von 74.375,00 EUR ergebe, während der Kläger in diesem Quartal ein weit überdurchschnittliches GKV-Honorar in Höhe von ca. 120.000,00 EUR generiere. Der Fallwert des Klägers habe in diesem Quartal 120,00 EUR gegenüber dem Fallwert der Fachgruppe von 126,00 EUR betragen. Dabei sei zu bemerken, dass der Kläger im Quartal 3/2013 1.027 Fälle gehabt habe, die durchschnittliche Fallzahl jedoch nur 586 betragen habe und er dennoch nahezu den durchschnittlichen Fallwert erreicht habe. Das Sozialgericht München habe zu Recht eine formelle Rechtswidrigkeit des angegriffenen Bescheides als auch eine materielle Rechtswidrigkeit verneint und dabei ausführlich dargelegt und bestätigt, dass die der Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen des Klägers zugrunde gelegten Regelungen rechtlich nicht zu beanstanden seien und zudem auch keine fehlerhafte Umsetzung dieser Regelungen durch die Beklagte festzustellen sei. Dass die erkennende Kammer des Sozialgerichts gleichwohl zu dem Ergebnis gelangt sei, dass der Honorarbescheid für das Quartal 3/2013 rechtswidrig sei, sei allein damit zu erklären, dass die Kammer in dem Parallelverfahren [S 38 KA 1864/14](#) betreffend die Ablehnung des Antrags des Klägers auf Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert im Quartal 3/2013 - trotz weitgehend anders lautender Ausführungen in den Entscheidungsgründen - ebenfalls (rechtsfehlerhaft) zu Lasten der Beklagten entschieden habe.

Der Kläger hat mit Schriftsatz vom 17.11.2015 geltend gemacht, dass das Sozialgericht München in dem angefochtenen Urteil zutreffend davon ausgehe, dass der Honorarbescheid der Beklagten rechtswidrig sei. Die weitere Begründung des Schriftsatzes entspricht derjenigen zu den Vorquartalen 1 und 2/2013.

VI.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 14.05.2014 den Antrag des Klägers vom 10.03.2014 auf Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs im Quartal 3/2013 abgelehnt. Eine Erhöhung der Obergrenze sei grundsätzlich möglich, wenn sich ein besonderer Versorgungsbedarf aus einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergebe. Gemäß dem ab 01.01.2013 gültigen Honorarverteilungsmaßstab i. V. m. den Durchführungsrichtlinien zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert müsse der Obergrenzen-Fallwert im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs wenigstens 30 % über dem korrespondierenden Obergrenzenfallwert der Fachgruppe liegen. Dies sei im Falle des Klägers nicht gegeben, der den Obergrenzenfallwert der Fachgruppe sogar um 1,13 % unterschreite.

Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 16.06.2014. Der Ablehnungsbescheid sei in formeller und materieller Hinsicht rechtswidrig und werde daher vollumfänglich angegriffen. Die RLV-Bildung berücksichtige nicht die besondere Praxisausrichtung des Klägers. Ein hieran orientiertes Volumen müsse - soweit der Kläger innerhalb des Versorgungsauftrags bleibe - von den Werten der BEURGO ausgehen. Dem Kläger werde ein RLV in Höhe von 22.525,23 EUR zugewiesen auf der Grundlage einer Fallzahl in Höhe von 998. Dieses RLV werde jedoch nahezu vollständig durch die Grundpauschale gemäß GOP 13391 ff. EBM aufgezehrt. Mit den für weitere Leistungen verbleibenden 4,43 EUR pro Fall könne der Kläger innerhalb des Versorgungsauftrags kaum weitere Leistungen erbringen. Hinsichtlich der Bildung des QZV "Behandlung von Hämorrhoiden" sei festzustellen, dass die QZV-Festsetzung nur ca. 47 % der BEURGO-Bewertung ausmache und daher die besondere Praxisausrichtung des Klägers weder in Bezug auf die Fallzahl noch in Bezug auf den Fallwert berücksichtige. Daher habe eine entsprechende QZV-Erhöhung sowohl in Bezug auf den Fallwert als auch in Bezug auf die Fallzahl zu erfolgen. Die "Topf-in-Topf"-Regelung nach Abschnitt E Anlage 3 B 4.1.2 Abs. 8 HVM betreffe den Kläger unmittelbar in seiner Praxisbesonderheit und beinhalte einen Eingriff in den Kernbereich seines Versorgungsauftrags als vertragsärztlicher Gastroenterologe. Die Beklagte hätte für entsprechende Fallgestaltungen mindestens eine Ausnahmeregelung von der "Topf-in-Topf"-Regelung treffen müssen. Die Rechtswidrigkeit der Regelung ergebe sich zudem aus der unzulässigen Gleichsetzung von Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie mit Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt. Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 05.11.2014 den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. Voraussetzung für eine abweichende Festsetzung des Obergrenzenfallwertes sei, dass der Obergrenzen-Fallwert des Antragstellers im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (BEURGO) wenigstens 30 % über dem korrespondierenden Obergrenzen-Fallwert der Fachgruppe liege. Dies sei vorliegend nicht gegeben, weil der Obergrenzen-Fallwert des Klägers im Quartal 3/2013 den Obergrenzenfallwert der Fachgruppe Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie sogar um 3,1 % unterschreite.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 11.12.2014 zum Sozialgericht München, die mit Schriftsatz vom 30.01.2015 näher begründet wurde. Die Begründung entspricht der Klagebegründung zu den Vorquartalen. Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 04.02.2015 den Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 14.05.2015 zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert für das Quartal 3/2013 sowie den Widerspruchsbescheid vom 05.11.2014 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über den Antrag auf Anpassung der

Obergrenze mit Bezug zum Fallwert vom 10.03.2014 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Das Gericht gehe davon aus, dass die Ausnahmeregelung und die übrigen Regelungen mit [§ 87b SGB V](#) und [Art. 12, 3 GG](#) vereinbar seien und auch deren Umsetzung auf den Kläger korrekt erfolgt sei. Dies müsse jedoch nicht bedeuten, dass Sondersituationen nicht Rechnung getragen werden könne. Der HVM sei nicht deshalb rechtswidrig, weil er keine Härtefallregelung enthalte. Vielmehr sei eine ungeschriebene generelle Härteklausele im Wege einer ergänzenden gesetzeskonformen Auslegung hinein zu interpretieren. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erfordere eine "Härtefall-Zuerkennung" außer dem Vorliegen eines besonders gelagerten Einzelfalls auch eine Ermessensausübung, die aber nur dann zur Bewilligung einer Budgeterhöhung führen dürfe, wenn sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sei als auch ein unabwiesbarer Bedarf zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bestehe. Hier erscheine es fraglich, ob von einer Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der klägerischen Praxis gesprochen werden könne, wenn diesbezüglich kein Vortrag stattgefunden habe und das Honorarvolumen und der Fallwert des Klägers trotz der Fallzahlzuwachsbeschränkung und der Mengenbeschränkung weit über denen der Fachgruppe der Internisten mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie lägen. Trotzdem sei die Kammer in ihrer Besetzung der Auffassung gewesen, dass der besonderen Situation des Klägers und seinem Versorgungsauftrag durch angemessene Anpassung des Honorars im Rahmen des Ermessens der Beklagten Rechnung zu tragen sei.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten zum Bayer. Landessozialgericht vom 03.03.2015, die mit Schriftsatz vom 03.08.2015 näher begründet wurde. Das Gericht gehe zu Recht davon aus, dass es bezüglich der Vorschrift gemäß Abschnitt D 1.2 Abs. II HVM i. V. m. den Durchführungsrichtlinien keine Anhaltspunkte für eine Rechtswidrigkeit gebe und die Beklagte diese auch korrekt beim Kläger angewendet habe, weil die Voraussetzungen nach Abschnitt D 1.2 des HVM nicht vorliegen würden. Das Leistungsspektrum des Klägers entspreche dem eines Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie und weise keine Besonderheiten auf. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit reiche es nicht aus, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Auch ein Härtefall sei vorliegend nicht anzunehmen. Eine Härtefall-Zuerkennung erfordere außer dem Vorliegen eines besonders gelagerten Einzelfalls auch eine Ermessensausübung, die aber nur dann zu einer Bewilligung einer Budgeterhöhung führen dürfte, wenn sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sei als auch ein unabwiesbarer Bedarf zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bestehe. Da der HVM 2013 bereits eine hinreichende Härtefallregelung enthalte, könne ein Härtefall allenfalls in dem seltenen Ausnahmefall in Betracht kommen, wenn trotz dieser Mechanismen im HVM durch Umstände, die der Vertragsarzt nicht zu vertreten habe, ein unabwiesbarer Stützungsbedarf entstehe. Es müssten hier sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sein als auch ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestehen. Eine solche wirtschaftliche Existenzgefährdung habe schon der Kläger selbst nicht vorgetragen und sei im Übrigen ausweislich der bereits dargestellten Honorarsituation des Klägers ausgeschlossen. Aus Sicht der Beklagten bestehe zudem auch kein spezifischer Sicherstellungsbedarf. Die Raumordnungsregion X. sei am 01.07.2013 bei einer bedarfsplanerisch ermittelten Arztsumme von 342,25 und einem Versorgungsgrad von 282,4 % gesperrt gewesen. Es seien 66 zugelassene/angestellte Gastroenterologen (Personenzahl) tätig, außerdem gebe es zwei Ermächtigte. Was die ÖGD nach der GOP 13400 angehe, so könne diese, wie unter 13.3.3 Nr. 2 Satz 2 des EBM ausgeführt, von allen in der Präambel 13.1 unter 1. aufgeführten Vertragsärzten berechnet werden, d. h. grundsätzlich von allen Fachärzten für Innere Medizin, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Auswertung der Beklagten habe ergeben, dass die GOP 13400 im Quartal 3/2013 im Landkreis A-Stadt noch von weiteren drei Ärzten erbracht worden sei. Zu berücksichtigen sei weiterhin, dass A-Stadt lediglich 30 km nördlich vom Einzugsgebiet X. entfernt sei, in dem jedwede fachärztliche Leistung angeboten werde. Ein spezifischer Sicherstellungsbedarf liege somit nicht vor.

Der Vertreter der Beklagten stellt den Antrag,

die Urteile des Sozialgerichts München vom 04.02.2015 ([S 38 KA 1031/14](#), 1174/14, 1175/14, 1471/14, 1864/14 und 1865/14) aufzuheben und die Klagen abzuweisen.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers stellt den Antrag,

die Berufungen der Beklagten zurückzuweisen.

Der Kläger hat mit Schriftsatz vom 17.11.2015 vorgetragen, dass das Sozialgericht München in dem Urteil zutreffend davon ausgegangen sei, dass der Honorarbescheid rechtswidrig sei. Zu Recht werde ausgeführt, dass der besonderen Situation des Klägers in seinem Versorgungsauftrag durch angemessene Anpassung des Honorars im Rahmen des Ermessens der Beklagten nicht nur Rechnung getragen werden könne, sondern Rechnung zu tragen sei. In Bezug auf die ÖGD fehle eine Einzelfallprüfung zur Anpassung analog Abschnitt D Nr. 1 des HVM vom 01.01.2013. Anders sei dies bei Leistungen, die der Obergrenze unterfallen. Die bei der Ausnahmeregelung erfolgte Differenzierung der Beklagten zwischen "Topf-in-Topf-Leistungen" und zur Obergrenze gehörigen Leistungen gehe fehl. Werde im Fall der Obergrenzenleistungen ein Instrument zur Anpassung im Einzelfall geschaffen, habe dies auch für die "Topf-in-Topf-Leistungen" zu gelten. Ein sachlicher Differenzierungsgrund sei nicht ersichtlich. Mit der Kreierung der "Topf-in-Topf-Leistungen" gliedere die Beklagte die ÖGD-Leistungen aus den Leistungen, die zur Obergrenze gehören, aus. Die Ausgliederung der ÖGD-Leistungen habe zur Konsequenz, dass diese Leistungen bei der Stellung eines Ausnahmeantrags nach Abschnitt D Nr. 1 HVM nicht mehr berücksichtigt werden könnten. Aufgrund der Ausgliederung der "Topf-in-Topf"-Leistungen sei es dem Kläger nicht möglich, die hohen Voraussetzungen für eine Einzelanpassung zu erzielen. Gleiches gelte für sonstige Leistungen des gastroenterologischen Fachgebiets, hier proktologischen Leistungen. Die Beklagte habe den Kläger mindestens so zu stellen, dass bei der Entscheidung über die Anträge auf Anpassung der Obergrenze auch der Wert der "Topf-in-Topf-Leistungen" zur Überwindung der restriktiven Wertgrenzen mitberücksichtigt werden.

Der Senat hat mit Beschluss vom 11.05.2016 die Streitsachen mit den Az.: [L 12 KA 39/15](#) bis L 12 KA 44/15 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem führenden Az.: [L 12 KA 39/15](#) verbunden.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts München [S 38 KA 1031/14](#), [S 38 KA 1174/14](#), [S 38 KA 1175/14](#), [S 38 KA 1471/14](#), [S 38 KA 1864/14](#) und [S 38 KA 1865/14](#) und die Berufungsakten [L 12 KA 39/15](#) bis L 12 KA 44/15 (verbunden unter [L 12 KA 39/15](#)) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen der Beklagten sind zulässig und auch begründet. Daher sind die Urteile des Sozialgerichts München vom 04.02.2015 ([S 38 KA 1031/14](#), [S 38 KA 1174/14](#), [S 38 KA 1175/14](#), [S 38 KA 1471/14](#), [S 38 KA 1864/14](#), [S 38 KA 1865/14](#)) aufzuheben und die Klagen des Klägers gegen die Honorarbescheide der Beklagten vom 14.08.2013, 20.11.2013 und 12.02.2014 (Quartale 1/2013 bis 3/2013), die ablehnenden Bescheide der Beklagten vom 29.10.2013, 06.02.2014, und 10.03.2014 (Quartale 1/2013 bis 3/2013) zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert sowie die ablehnenden Bescheide der Beklagten vom 20.11.2013 und 25.04.2014 (Quartal 1/2013 und Quartal 2/2013) zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl jeweils in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 14.05.2014, 06.08.2014 und 05.11.2014 abzuweisen.

Die Entscheidungen der Beklagten in den genannten streitgegenständlichen Bescheiden sind nicht zu beanstanden.

Zunächst sind die Honorarbescheide der Beklagten vom 14.08.2013, 20.11.2013 und 12.02.2014 für die Quartale 1/2013 bis 3/2013 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 14.05.2014 nicht zu beanstanden. Das Honorar des Klägers in diesen Quartalen ist entsprechend den Regelungen des HVM berechnet worden. Die Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes selbst stehen im Einklang mit [§ 87b SGB V](#) und den Grundsätzen der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Vergütung. Nach [§ 87b Abs. 1 SGB V](#) verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die vereinbarte Gesamtvergütung mit Hilfe eines Verteilungsmaßstabes, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Dabei soll der Verteilungsmaßstab Regelungen vorsehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag hinaus übermäßig ausgedehnt wird ([§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Vertreterversammlung der KVB hat in Umsetzung von [§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) den HVM für das Jahr 2013 mit Wirkung zum 01.01.2013 beschlossen. Grundlage für die Honorarverteilung nach diesem HVM ist die sich für das aktuelle Quartal ergebende unbereinigte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Die MGV wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß den Vorgaben der KBV gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) verteilt (vgl. Abschnitt B Nr. 2 HVM). In Abschnitt B Nr. 3 des HVM ist die Honorarverteilung vor Trennung der Versorgungsbereiche für Leistungen der Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin und für Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser geregelt (Nr. 3.1 und Nr. 3.2 HVM). In Abschnitt B Nr. 4 wird die Honorarverteilung in den Versorgungsbereichen allgemein und in Abschnitt B Nr. 5 für den hausärztlichen und in Abschnitt B Nr. 6 für den fachärztlichen Versorgungsbereich festgelegt. Im jeweiligen Versorgungsbereich wird zunächst die leistungsbezogene Honorierung abgezogen (so genannte Vorwegabzüge). Das verbleibende Honorarvolumen wird auf die jeweiligen Fachgruppenfonds aufgeteilt (vgl. Abschnitt E Anlage 3b Nr. 3.1 und 3.2 HVM). Ein Fachgruppenfonds wird für jede RLV-Fachgruppe nach Abschnitt E Anlage 1 Nr. 2 gebildet. Der für die jeweilige Fachgruppe nach den Vorgaben dieses HVM gebildete Honorarfonds wird für die weitere Honorarverteilung in die Leistungsbereiche RLV-Vergütungsvolumen, QZV-Vergütungsvolumen, Vergütungsvolumen für Leistungen ohne Mengenbegrenzung ("freie Leistungen") und Vergütungsvolumen für Leistungen mit Mengenbegrenzung ("Topf-in-Topf-Leistungen") unterteilt. Die einzelnen Bezugsgrößen für die RLV- und QZV-Berechnung sind in Abschnitt B Nr. 7.2 des HVM enthalten. Die Ermittlung der Obergrenze ergibt sich aus Abschnitt B Nr. 7.3 für das RLV und aus Abschnitt B Nr. 7.4 für die QZV. Der mit [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) aus der bis 31.12.2011 geltenden Rechtslage übernommene Begriff der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Vertragsarztes ist dabei in einem umfassenden Sinne zu verstehen. Er erfasst - ohne hiermit, wie in der Vergangenheit ein "Unwerturteil" zu verbinden - alle Konstellationen, in denen aus welchen Gründen auch immer honorarbegrenzende Maßnahmen erforderlich werden (vgl. hierzu Engelhard in Hauck/Noftz, Kommentar, Gesetzliche Rentenversicherung, SGB VI, § 87b, Rdnrn. 98 und 99 m. w. N.). Bei der Beurteilung, wann eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit vorliegt und welche Maßnahmen der Mengenbegrenzung hiergegen notwendig sind, steht dem Normgeber - der Kassenärztlichen Vereinigung - grundsätzlich einer weiter Gestaltungsspielraum zu. Vor diesem Hintergrund ist der ab 01.01.2013 geltende HVM zunächst in seiner Grundstruktur nicht zu beanstanden. Der ab 01.01.2013 geltende HVM hat unter grundsätzlicher Beibehaltung der Systematik einer Obergrenze aus RLV und QZV die Anzahl der Leistungsfonds erweitert und als wichtigstes Element feste Fachgruppenfonds eingeführt. Der Kläger ist diesbezüglich als Internist mit Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie der Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie zugeordnet worden. Entgegen der Auffassung des Klägers ist es rechtlich nicht zu beanstanden, dass in dieser Fachgruppe die GOP 13400 EBM (Ösophago-Gastroduodenoskopie-ÖGD) dem Vergütungsvolumen mit einer Mengenbegrenzung für je Arztgruppe spezialisierte Leistungen zugeteilt ist (sog. "Topf-in-Topf"-Leistung). "Topf-in-Topf"-Leistung bedeutet dabei, dass innerhalb der betreffenden Fachgruppe vorweg ein bestimmtes Honorarvolumen für diese Leistung zur Verfügung steht. Der Normgeber ordnet diesem Teil des Vergütungssystems Leistungen zu, die er zwar für förderungswürdig hält, die er aber anders als freie Leistungen gleichwohl in der Menge begrenzt. Die GOP 13400 EBM unterlag bereits bis Quartal 4/2012 als Leistung innerhalb des RLV einer Obergrenze und damit einer Mengenbegrenzungsregelung. Die "Topf-in-Topf"-Bildung soll eine übermäßige Ausdehnung der Leistungen verhindern und andererseits soll der Preis der Leistung bis zu einer definierten Grenze geschützt werden. Grundsätzlich ist also auch für diese Leistungen eine Vergütung zu 100 % zu den Preisen der Euro-GO vorgesehen, nur wenn im laufenden Quartal von allen Ärzten dieser Fachgruppe mehr Leistungen abgerechnet werden als vorgesehen, können diese Leistungen nur noch quotiert mit einer garantierten Quotierungsuntergrenze, die nach den einschlägigen Regelungen (Abschnitt E Anlage 3b Nr. 4.1.2 des HVM) bei mindestens 85 % liegt, vergütet werden. Die Einstufung der ÖGD als "Topf-in-Topf"-Leistung dient der gesetzgeberischen Vorgabe, eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu verhindern ([§ 87b Abs. 2 Satz 1](#), 1. Halbs. SGB V) und den Vertragsärzten Kalkulationssicherheit ([§ 87b Abs. 2 Satz 1](#), 2. Halbs. SGB V) zu vermitteln. Die Beklagte hält sich mit dieser Regelung daher im Rahmen des ihr zukommenden Gestaltungsermessens, das unter dem Gesichtspunkt einer Anfangsregelung auch und gerade bzw. der "Topf-in-Topf"-Bildung vorliegend besonders weit geht. Dies gilt auch für die Grenze von 300 ÖGD, bis zu der die erbrachten Leistungen mit dem vollen Wert der Bayerischen Eurogebührenordnung vergütet werden, während die darüber hinausgehenden Leistungen nur noch mit 70 % des vollen Wertes honoriert werden (vgl. hierzu Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 4.1.2 Abs. VI). Die Grenze von 300 ÖGD wurde dabei nicht willkürlich gesetzt, sondern wurde unter beratender Einbindung des Berufsverbandes von medizinischen Fachleuten insbesondere unter Qualitätsgesichtspunkten für sachgerecht erachtet. Dies ist für den fachkundig besetzten Senat vor dem Hintergrund von durchschnittlich 62 Arbeitstagen pro Quartal (Quartal 1 bis 3/2013) ohne Berücksichtigung von Urlaubstagen, also ca. 5 ÖGD pro Tag, nachvollziehbar. Unabhängig hiervon stellt diese Grenze ein zulässiges und zweckmäßiges Mittel der Mengensteuerung dar, das den Ärzten zudem ein hohes Maß an Kalkulationssicherheit gewährt, weil die Regelungen insgesamt eine Vergütungsquote von wenigstens 85 % garantieren. Auf den Kläger bezogen stellt sich die Honorierung bzw. der GOP 13400 wie folgt dar: Quartal 1/2013 Vergütungsquote 87,67 % (= 36.137,80 EUR), Quartal 2/2013: 92,97 % (= 35.555,00 EUR), Quartal 3/2013 Vergütungsquote 91,05 % (= 30.849,58 EUR), Quartal. Es ist schließlich auch nicht zu beanstanden, dass die ÖGD dem Vergütungsbereich der "Topf-in-Topf"-Leistungen zugeordnet wurde, ohne danach zu differenzieren, ob die Leistung durch einen Facharztinternisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie oder einem Facharztinternisten ohne Schwerpunkt erbracht wurde. Der Normgeber konnte hier an die Regelung im EBM anknüpfen, wonach auch Fachinternisten ohne Schwerpunkt die Leistung nach der GOP 13400 erbringen können (III 13.3.3.1 Absatz i. V. m. III 13.1.1.1 Präambel

EBM).

Auch die Ablehnungsbescheide der Beklagten vom 29.10.2013, 06.02.2014 und 14.05.2014 zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert für die Quartale 1/2013 bis 3/2013 und die Widerspruchsbescheide vom 14.05.2014, 06.08.2014 und 05.11.2014 sind nicht zu beanstanden. Zwar wird unter bestimmten Voraussetzungen (vgl. Abschnitt D 1.2 Abs. 3 HVM i. V. m. mit den Durchführungsrichtlinien) hierzu auf Antrag eine Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert wegen eines besonderen Versorgungsbedarfs gewährt. Der Kläger erfüllt die dort genannten Voraussetzungen aber nicht. Unter anderem wird gefordert, dass der Obergrenzen-Fallwert des Antragstellers im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs wenigstens 30 % über dem korrespondierenden Obergrenzen-Fallwert der Fachgruppe liegt. Die Obergrenzen-Fallwerte des Klägers in den Quartalen 1/2013 und 3/2013 betragen 39,54 EUR und 38,65 EUR und unterschreiten sogar die Obergrenzen-Fallwerte der Fachgruppe der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie in Höhe von 40,53 EUR und 39,88 EUR um 2,43 % und 3,1 %, im Quartal 2/2013 überschreitet der Kläger mit seinem Obergrenzenfallwert in Höhe von 41,16 EUR den Obergrenzenfallwert der Fachgruppe Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie in Höhe von 40,06 EUR um 2,76 %. Diese Unterschreitungen bzw. Überschreitungen beruhen, wie der Kläger zu Recht feststellt, im Wesentlichen darauf, dass zum anerkannten Leistungsbedarf innerhalb des Regelleistungsvolumens nicht die vom Kläger sehr häufig abgerechnete ÖGD GOP 13400 gehört, die - wie bereits ausgeführt in rechtlich nicht zu beanstandenden Weise - den "Topf-in-Topf-Leistungen" zugeordnet ist und daher aus systematischen Gründen nicht für die Ermittlung des Obergrenzenfallwertes des Klägers herangezogen werden kann.

Schließlich sind auch die Ablehnungsbescheide der Beklagten vom 20.11.2013 zur Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl für die Quartale 1/2013 und 2/2013 und die Widerspruchsbescheide vom 14.05.2014 und 06.08.2014 nicht zu beanstanden. Im Quartal 1/2013 kam für den Kläger die Fallzahlzuwachsbeschränkung nach Abschnitt B Nr. 73.4 zur Anwendung, weil die Fachgruppe der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie eine Steigerung der Fallzahlen im Vergleich zum Quartal 1/2012 in Höhe von 3,37 % zu verzeichnen hatte. Der Kläger selbst hatte im Vorjahresquartal 806 RLV-Fälle abgerechnet gegenüber 982 Fällen im aktuellen Quartal, mithin weist er eine individuelle Steigerung von 21,84 % vor. Daraus ergibt sich die für ihn maßgebende RLV-Fallzahl von 831 (806, erhöht um 3 %). Für eine abweichende Regelung der Fallzahlzuwachsbeschränkung im Falle des Klägers liegen die hierfür einschlägigen Voraussetzungen nicht vor. Zwar sieht der HVM in Abschnitt B Ziffer 7.3.4 (IV) eine abweichende Regelung für Neuärzte und Ärzte mit unterdurchschnittlicher RLV-Fallzahl vor, so dass diesbezüglich auf den Einwand des Klägers, die überdurchschnittliche Fallzahlerhöhung sei auf seine Niederlassung erst zum Quartal 1/2012 einzugehen ist. Der Kläger ist aber weder Neuarzt, da er eben im Quartal 1/2012 schon niedergelassen war und er weist auch keine unterdurchschnittliche RLV-Fallzahl im Quartal 1/2012 auf, weil er mit seiner damaligen Fallzahl von 806 bereits den Fachgruppendurchschnitt in Höhe von 770 überschritten hat. Weitere Gründe, die eine Abweichung von der Fallzahlzuwachsbeschränkung rechtfertigen könnten gemäß Abschnitt D Nr. 1.1 Abs. VI i. V. m. den hierzu ergangenen Durchführungsrichtlinien hat der Kläger nicht plausibel vorgetragen. Insbesondere ist der Hinweis auf die Öffnung in der Karwoche im Quartal 1/2013 nicht zielführend, weil die Karwoche im Quartal 1/2012 ins 2. Quartal fiel. Auch die Erweiterung des Leistungsspektrums um die Nrn. 97261 B und 97262 B stellen keinen außergewöhnlichen und/oder unverschuldeten Grund dar, welcher zu einer niedrigeren Fallzahl im Vorjahresquartal geführt hat. Zwar hatte der Kläger die Berechtigung zur Abrechnung dieser Leistungen erst seit Ende des Quartals 2/2012 und nicht schon im 1. Quartal 2012. Die Erweiterung des Leistungsspektrums lässt sich aber nicht unter einen der zu IV. Nr. 1a und b der DRiLi genannten berücksichtigungsfähigen Gründe fassen. Auch im Quartal 2/2013 kam beim Kläger die Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß Abschnitt B Nr. 7.3.4 HVM zur Anwendung, weil die Fachgruppe der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie eine Steigerung der Fallzahlen im Vergleich zum Quartal 2/2013 in Höhe von 7,15 % zu verzeichnen hatte und der Kläger im Quartal 2/2013 gegenüber dem Quartal 2/2012 eine Fallzahlsteigerung von 27,50 % aufweist (Fallzahl Quartal 2/2012: 840, Quartal 2/2013: 1071). Daraus ergibt sich für den Kläger die maßgebliche RLV-Fallzahl von 866 (840, erhöht um 3 %). Eine abweichende Regelung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß Abschnitt B Ziffer 7.3.4 (IV.) kam nicht in Betracht, weil der Kläger im Quartal 2/2012 schon niedergelassen, also kein Neuarzt war und 2/2012 mit einer Fallzahl von 840 im Quartal 2/2012 über dem Fachgruppendurchschnitt von 770 lag, so dass er auch kein Arzt mit unterdurchschnittlicher Fallzahl war. Soweit der Kläger auf die Erweiterung seines Leistungsspektrums durch die Nrn. 97261B und 97261B verweist, gilt das zum Quartal 1/2013 Gesagte.

Der Kläger erfüllt schließlich auch die in Abschnitt D Nr. 2 i. V. m. den DRiLi (IV. 1.1) vorgesehenen Voraussetzungen der an den Grundsätzen des BSG (vgl. Urteil vom 29.06.2011, Az.: [B 6 KA 17/10 R](#)) entwickelten allgemeinen Härtefallregelung, die über die Möglichkeiten, im Antragsverfahren nach Abschnitt D Nr. 1.1 und Nr. 1.2 eine Anpassung der Obergrenze zu erreichen, hinausgeht, nicht. Zu der hierfür notwendigen Gefährdung der Existenz der Praxis hat der Kläger nichts vorgetragen und Anhaltspunkte hierfür sind auch für den Senat aus den Akten nicht zu erkennen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1, Satz 1 3. Halbs. i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2019-02-19