

L 5 KA 50/14

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 27 KA 32/11
Datum

09.07.2014
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 5 KA 50/14
Datum

07.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit sind die Höhe der Regelleistungsvolumina (RLV) und damit der Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale I/2009 bis II/2010.

Die Klägerin nimmt seit Januar 2005 als Internistin an der hausärztlichen Versorgung im Zuständigkeitsbezirk der Beklagten teil. Am 21. Januar 2009 beantragte sie die Erhöhung ihres RLV wegen Praxisbesonderheiten. Sie gab an, sie sei auch Fachärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde mit der Zusatzbezeichnung Allergologie. Sie behandle deshalb häufig Patienten mit pulmonalen Symptomen und Erkrankungen. Dies sei auch anhand der von ihr verordneten Medikamente sowie der von ihr durchgeführten Untersuchungen wie Spirometrien ersichtlich. Sie habe 80 Patienten, die am Disease-Management-Programm (DMP) Asthma teilnähmen. Der Fachgruppen-durchschnitt habe 13,1 Patienten. Sie habe auch 33 Patienten, die am DMP COPD teilnähmen. Der Fachgruppendurchschnitt habe 5,4 Patienten. Bei einer Gesamtzahl von 786 Patienten seien bei ihr 579 Patienten mit Lungenerkrankungen in Behandlung. Das seien 74%.

Mit Bescheid vom 7. Juli 2010 lehnte die Beklagte den Antrag für die Quartale I bis IV/2009 ab. Zur Begründung führte sie aus, eine Praxisbesonderheit liege nicht vor. Dies sei nur dann der Fall, wenn ein besonderer Versorgungsauftrag oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung vorlägen, welche u.a. dann angenommen werden könne, wenn eine aus den Praxis-besonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts je Arzt-gruppe von mindestens 30% vorliege. Die Klägerin habe in keinem Quartal 2009 den individuellen Fallwert der Fachgruppe um 30% überschritten.

Mit ihrem am 14. Juli 2010 eingelegten Widerspruch trug die Klägerin vor, dass Lungenfunktionsprüfungen und allergologische Leistungen nicht von anderen Ärzten der Fachgruppe erbracht würden. Dies habe die Beklagte rechtsfehlerhaft außer Acht gelassen. Der Konvergenzbeschluss des Einheitlichen Bewertungs-ausschusses vom 15. Januar 2009 gestatte auf Landesebene auch in der Zeit ab 1. April 2009 bis 31. Dezember 2009 Abweichungen, so dass eine Praxisbesonderheit auch bestehe, wenn keine Überschreitung des Fallwerts um mindestens 30% gegeben sei. Die Beklagte habe von ihrer Befugnis rechtsfehlerhaft keinen Gebrauch gemacht. Sie hätte dies aber auf regionaler Ebene wegen ihres Auftrags zur Sicherstellung der Versorgung tun müssen.

Mit Bescheid vom 6. Januar 2011 in der klarstellenden Fassung vom 12. Januar 2011 lehnte die Beklagte die Erhöhung der RLV wegen Praxis-besonderheiten ab dem Quartal I/2010 ab. Dessen Regelungswirkung wurde auf die Quartale I und II/2010 beschränkt, indem die Beteiligten später übereinstimmend die Verfahren betreffend Zeiträume ab dem Quartal II/2010 ruhend stellten.

Auch hiergegen legte die Klägerin am 10. März 2010 Widerspruch ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10. März 2011 wies die Beklagte beide Widersprüche zurück und lehnte die Erhöhung der RLV und die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für die Quartale I bis IV/2009 und ab I/2010 (bis II/2010) ab. Die Voraussetzungen für eine Erhöhung der RLV seien nicht erfüllt; es lägen keine Praxisbesonderheiten gemäß Anlage A des Verteilungsmaßstabs (VM) vor. Die Voraussetzungen nach Kapitel 1 § 4 Abs. 1 VM seien nicht erfüllt. Es bestünden auch keine sonstigen Gründe der Sicherstellung, da die pulmonale Versorgung in H. sichergestellt sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 29. März 2011 Klage beim Sozialgericht (SG) Hamburg erhoben und zur Begründung vorgetragen, in F.

bestehe eine Unterversorgung mit Pulmologen, deshalb habe sie einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Lungenpatienten und allergologischen Patienten. Diese verursachten einen immensen Betreuungsaufwand, der nicht durch das durchschnittliche RLV abgedeckt werde. Der regionale Bedarf bestehe in F., denn ihre Patienten könnten nur Gehstrecken von weniger als sechs Minuten zurücklegen. Es sei eine kleinzelligere Bedarfsplanung nötig. Hierzu enthalte der Bescheid der Beklagten keine Ausführungen.

Die Beklagte ist dem unter Bezugnahme auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden entgegengetreten und hat ergänzend vorgetragen, dass bei der Klägerin zum Beispiel sämtliche angeforderte Spirometrien in Anwendung von Anlage A Kapitel II Teil B § 6 Abs. 4 Satz 3 VM zum vollen Preis vergütet worden seien, weil das Honorarvolumen in anderen Bereich nicht ausgeschöpft worden sei. Es gebe in H. auch keine Unterversorgung mit Pulmologen (Hinweis auf SG Hamburg, Urteil vom 7. November 2007 – S 27 KA 334/04, n.v.). Die Klägerin nehme als Fachärztin für Innere Medizin an der hausärztlichen Versorgung teil. Mit Beschluss vom 23. September 2009 habe der Zulassungsausschuss die partielle Zulassung der Klägerin zur fachärztlichen Versorgung für die Betreuung von Versicherten mit pulmonalen Krankheitsbildern abgelehnt. Spirometrien und Hyposensibilisierungs-behandlungen seien auch fachgruppenspezifisch für die Fachgruppe der Hausärzte. Die Klägerin habe keinen Versorgungsauftrag wie ein fachärztlicher Internist mit Schwerpunkt Pneumologie. Gegebenenfalls müsse sie als Hausärztin die Patienten überweisen. Ihre berufsrechtlich eröffneten Leistungsmöglichkeiten seien vertragsärztlich nicht relevant. Die Klägerin sei zur hausärztlichen und nicht zur fachärztlichen Versorgung zugelassen. Im Übrigen habe die Beklagte kein Ermessen bei der Feststellung von Praxisbesonderheiten. Den Vertragspartnern sei die Befugnis eingeräumt, Regelungen für Praxisbesonderheiten auch unterhalb der 30%-Grenze zu treffen. Von dieser Befugnis hätten die Vertragspartner in dem den streitgegenständlichen Zeitraum betreffenden VM keinen Gebrauch gemacht. Da es sich bei dem VM um einen Rechtssetzungsakt handele, brauche der Normgeber auch nicht zu begründen, warum er von der im Konvergenzbeschluss eingeräumten Befugnis keinen Gebrauch mache. Es handle sich nicht um Verwaltungsermessen, sondern um normatives Ermessen. Es liege auch kein Verstoß gegen höherrangiges Recht vor. Selbst unter der Prämisse, dass angesichts der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen (GOP) 03330 (spirographische Untersuchung), 30111 (allergologisch-diagnostischer Komplex) oder 30130 (Hyposensibilisierungsbehandlung) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) durch die Klägerin ein besonderer Versorgungsbedarf oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung der Klägerin vorliege, müssten Praxisbesonderheiten verneint werden. Voraussetzung sei, dass spezielle Leistungen in besonderem Maße erbracht würden. Dies sei nach der Rechtsprechung dann der Fall, wenn jeweils eine Überschreitung des Durchschnitts bzw. Anteils der Spezialleistungen von mindestens 20% gegeben sei. Der Anteil an den genannten GOP habe im ersten Quartal 2009 6%, im zweiten Quartal 2009 5%, im dritten Quartal 2009 7%, im vierten Quartal 2009 6%, im ersten Quartal 2010 7% und im zweiten Quartal 2010 6% der angeforderten Vergütung betragen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 20. Januar 2010 als unbegründet abgewiesen. Der Entscheidung der Kammer stehe nicht entgegen, dass die Beklagte inzwischen die Honorarbescheide für die hier streitigen Quartale erlassen habe. Selbst wenn diese bestandskräftig geworden sein sollten, greife die Vertrauensschutzregelung, die das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Entscheidung vom 15. August 2012 ([B 6 KA 38/11 R, NZS 2013, 197](#)) formuliert habe. Das BSG habe ausgeführt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen gegebenenfalls zu prüfen hätten, ob Vertragsärzte, die im Vertrauen auf die (ältere) Rechtsprechung des Senats von einer gleichzeitigen Anfechtung der Honorarbescheide abgesehen hätten, Vertrauensschutz zu gewähren sein könne. Hierfür bestehe gegebenenfalls Veranlassung, weil durch die nicht einheitliche Rechtsprechung des 6. Senats des BSG Rechtsunsicherheit eingetreten sein könne und zudem die grundlegenden Ausführungen des 6. Senats im Beschluss vom 17. August 2011 ([B 6 KA 30/11 B](#)) nicht veröffentlicht worden seien, sodass hiervon keine Kenntnis habe genommen werden können. Dies gelte jedenfalls für Honorarbescheide, bei denen vor Veröffentlichung der Entscheidung des 6. Senats vom 15. August 2012 Bestandskraft eingetreten sei. Dies sei für die hier streitigen Quartale der Fall. Die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf ein höheres RLV unter Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die Praxisbesonderheiten würden zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Die Partner der Gesamtverträge könnten aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend vom Beschluss des Einheitlichen Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung, Beschluss Teil F, 3.6. (Beschluss in der 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008) zur Vorgabe des Grenzwertes zur Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in Höhe von mindestens 30% im Jahr 2009 im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliege (Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 9. Sitzung vom 15. Januar 2009 und in der 10. Sitzung am 27. Februar 2009). Über das Verfahren der Umsetzung einigten sich die Partner der Gesamtverträge. Auf der Grundlage dieser sowie der gesetzlichen Regelungen hätten die Beklagte und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen den VM vom 28. November 2008 einschließlich der Nachträge vereinbart. Danach gehöre die Klägerin zur Arztgruppe 1 (u.a. Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören) an, für die ein RLV festzulegen sei. Nach dem VM könne aus Gründen der Sicherstellung auf Antrag des Arztes u.a. die Anpassung des RLV in Fällen von Praxisbesonderheiten gewährt werden (Anlage A zum VM, Kapitel I § 4 Abs. 1). Die Formulierung "aus Gründen der Sicherstellung" sei nach der Rechtsprechung nicht notwendig so zu verstehen, dass - wie etwa bei einer Zulassung wegen Sonderbedarfs - ein Versorgungsdefizit in einem bestimmten regionalen Bereich festgestellt werden müsse (Hinweis auf BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 - [B 6 KA 17/10 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 66). Zwar spreche vieles dafür, einen eingeführten Begriff in verschiedenen Regelungsbereichen gleichförmig auszulegen, dies sei nach der Rechtsprechung des BSG jedoch nicht zwingend. Im Hinblick auf unterschiedliche Zielrichtungen in verschiedenen Regelungs-bereichen habe das BSG auch den Praxisbesonderheiten in der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine andere Bedeutung beigemessen als im Bereich der Honorarverteilung, weil sie in beiden Bereichen grundlegend verschiedene Funktionen erfüllten. Praxisbesonderheiten seien aus Gründen der Sicherstellung dann anzunehmen, wenn ein besonderer Versorgungsauftrag und/oder eine besondere für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung bestehe, also eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichenden Praxisausrichtung vorlägen, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte um Verhältnis zur Gesamtpunktzahl hätten. Dabei habe es das BSG als mögliches Indiz für die Atypik im Vergleich zur Fachgruppe angesehen, dass im Verhältnis zum Fachgruppen-durchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezial-gebiet vorliege. Zusätzlich sei es erforderlich, dass die Honorierungsquote für die speziellen Leistungen insgesamt signifikant überdurchschnittlich gering gewesen sei, was voraussetze, dass das Gesamtleistungsvolumen insgesamt überdurchschnittlich hoch gewesen sei. Diese Kriterien seien auch unter Geltung der RLV geeignet, das Merkmal der Sicherstellung der Versorgung zu konkretisieren. Eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung, die Rückschlüsse auf einen Versorgungsbedarf erlaube, könne sich auch hier in einem besonders hohen Anteil der in einem speziellen Leistungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl zeigen. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genüge es allerdings nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung des praxisindividuellen RLV müsse vielmehr darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht würden. Die Klägerin betone selbst, dass die von ihr erbrachten Leistungen auch von anderen zur haus-ärztlichen Versorgung zugelassenen Internisten abgerechnet werden könnten, bei ihr

aber, aufgrund der Patientenstruktur ein "Mehr" an diesen Leistungen wie z.B. an Spirometriemessungen und der Allergiediagnostik sowie der Hyposensibilisierung anfielen. Auch wenn diese Leistungen arztgruppenübergreifend seien, da sie auch von fachärztlich zugelassenen Internisten erbracht würden, seien damit die Voraussetzungen für Praxisbesonderheiten nicht erfüllt. Der Beklagten sei darin zuzustimmen, dass die Klägerin vertragsärztlich verpflichtet sei, ihren hausärztlichen Versorgungsauftrag zu erfüllen, und dass dabei ihre berufsrechtlichen Leistungsmöglichkeiten insoweit irrelevant seien, denn die Aufgliederung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung trage den unterschiedlichen Versorgungsbereichen Rechnung und bestimme den Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung. Es sei nicht Inhalt der Anerkennung von Praxisbesonderheiten, eine (teilweise) Zulassung des zur hausärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsarztes zur fachärztlichen Versorgung zu erreichen.

Die Klägerin könne sich auch nicht darauf berufen, dass die Beklagte bzw. die Partner der Gesamtverträge im Rahmen der Ermächtigung der Beschlüsse des Einheitlichen Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 und 27. Februar 2009 verpflichtet gewesen wären, Regelungen für die Fälle zu schaffen, in denen nicht eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% im Einzelfall festgestellt werden könne. Von dieser Möglichkeit hätten die Partner der Gesamtverträge in H. keinen Gebrauch gemacht. Ob sie von einer solchen Möglichkeit Gebrauch machten, liege in ihrem normativen Ermessen, das von dem der Beklagten eingeräumten Ermessen zu unterscheiden sei. Selbst wenn hypothetisch die Erfüllung der tatbestandlichen Voraussetzungen für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten angenommen würde, so erfüllte die Klägerin – jedenfalls in den streitgegenständlichen Quartalen – die weiteren Voraussetzung nicht. In den GOP 03330, 30111 und 30130 EBM habe der Anteil der Abrechnungen im Verhältnis zur Gesamtforderung unter 20% gelegen, nämlich in den hier streitigen Quartalen I/2009 bis II/2010 zwischen 5% und 7%. Ob sich dies in den darauffolgenden Quartalen verändert habe, sei hier nicht entscheidungsrelevant, da die Beteiligten übereinstimmend in der mündlichen Verhandlung erklärt hätten, dass die Antragsbearbeitung wegen Praxisbesonderheiten auf Antrag der Klägerin ab dem Quartal III/2010 zurückgestellt worden sei. Insofern sei auch der Vortrag der Klägerin zur Aktualisierung des Leistungsspektrums und zur Entwicklung der Leistungsziffern 03330, 30111 und 30130 nicht relevant. Auch nicht relevant sei im Rahmen der Prüfung von Praxisbesonderheiten, dass eine größere Anzahl von Patienten als in einer anderen hausärztlichen Praxis Leistungen nach DMPen erhalte, da hierfür die Vergütung außerhalb des RLV erfolge.

Mit ihrer am 25. August 2014, einem Montag, eingelegten Berufung gegen dieses ihren Prozessbevollmächtigten am 24. Juli 2014 zugestellte Urteil des SG wiederholt und vertieft die Klägerin ihr bisheriges Vorbringen. Sie trägt weiter vor, dass das SG rechtsirrig angenommen habe, die Erbringung fachgruppenübergreifender Leistungen in besonderem Maße sei einer Bewertung als Praxisbesonderheit nicht zugänglich. Es treffe auch nicht zu, dass die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nur dann erfolgen könne, wenn eine entsprechende Häufung dieser Leistungen dergestalt festgestellt werden könne, dass sie für eine Überschreitung der RLV von mindestens 30 % mitverantwortlich zeichne. Diese Rechtslage sei bereits durch den Erweiterten Bewertungsausschuss zurückgenommen worden. Jener habe den Partnern der Gesamtverträge vielmehr flexible Spielräume belassen, auch darunterliegende Größen als Praxisbesonderheiten zu erfassen, wenn diese Leistungen aus Gründen der Sicherungsstellung erbracht würden. Da weder das SG noch die Beklagte eine solche Möglichkeit erkannt hätten, sei die angegriffene Entscheidung aus Gründen eines nicht ausgeübten Ermessens aufzuheben. Das Erfordernis des Erfüllens einer 20 %-Grenze mittels Spirometrie würde auch die tatsächliche Versorgungslage nicht zutreffend berücksichtigen. An von ihr im Einzelnen dargelegten Berechnungen werde deutlich, welche – unrealistische – Zahl von Spirometriemessungen in ihrer Praxis erforderlich gewesen wäre, um die Voraussetzungen zu erfüllen. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten könne nicht rein statistisch ermittelt werden, sondern es sei stets die Bedarfslage heranzuziehen und einer intellektuellen Prüfung zu unterwerfen. Zwar handele es sich bei der Versorgung von Asthma- und COPD-Patienten um typische hausärztliche Leistungen, der hohe Anteil dieser Patienten in der Klientel der Klägerin stelle jedoch eine Praxisbesonderheit da. Eine ähnliche Konzentration von solchen Patienten mit diesen Schweregraden gebe es nicht vergleichbar in einer hausärztlichen Praxis in H., das Vorkommen entspreche im Grunde tatsächlich einer pneumologischen Schwerpunktpraxis. Die Besonderheit im Fall der Klägerin sei, dass diese Patienten aber nicht nur mit arztgruppenübergreifenden Leistungen, sondern vollständig auch hausärztlich versorgt würden. Das Problem bei der Versorgung dieser Patienten im Rahmen der RLV sei, dass dieser zusätzliche immense Betreuungsaufwand nicht im EBM abgebildet werde. Die Klägerin überschreite seit vielen Quartalen in erheblichem Ausmaß die Arzneimittelrichtgrößen, wobei die dafür verantwortlichen Präparate in der Hitliste der teuersten Medikamente alle auf Asthma- und COPD-Präparate entfielen. Trotz des massiven Überschreitens der Richtgrößen erfolge jedoch keine Feststellung der Unwirtschaftlichkeit wegen des Vorliegens von offensichtlichen Praxisbesonderheiten. Insofern sei es nicht sachgerecht, eine für den Arzneimittelbereich durch die Prüfungskommission anerkannte Praxisbesonderheit im Honorarbereich nicht anzuerkennen. Die Beklagte habe es versäumt, eine eigene Systematik zur Ermittlung eines speziellen Versorgungsbedarfs bei der Prüfung des Vorliegens von Praxisbesonderheiten zu entwickeln. Für die Patienten der klägerischen Praxis stünden anderweitige Behandlungsmöglichkeiten in pneumologischen Schwerpunktpraxen nicht in zeitlichem und räumlich zumutbarem Ausmaß zur Verfügung. Es handle sich teilweise um Patienten mit Sauerstofftanks, denen eine weite Reise zu anderen Praxen nicht zuzumuten sei. Ohne die Sicherstellung der Behandlung dieser Patienten durch die Klägerin wäre die Versorgung gefährdet.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 9. Juli 2014 sowie die Bescheide der Beklagten vom 7. Juli 2010 und 6. Januar 2011 in der Fassung vom 12. Januar 2011, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. März 2011, aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, sie – die Klägerin – hinsichtlich der Höhe ihrer Regelleistungsvolumina sowie ihrer Honoraransprüche für die Quartale I/2009 bis II/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält ihre angefochtenen Bescheide und das erstinstanzliche Urteil für richtig, nimmt hierauf sowie auf ihren erstinstanzlichen Vortrag Bezug.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Sitzungsniederschrift vom 7. Oktober 2015, die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten sowie den weiteren Inhalt der Prozessakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte ([§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung, auf die der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug nimmt ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), abgewiesen.

Mit ihrer Berufung trägt die Klägerin nichts vor, das Zweifel an der Richtigkeit der erstinstanzlichen Entscheidung zu wecken vermag. Die Klägerin gibt das Urteil des SG schon fehlerhaft wieder. So hat das SG nicht ausgeführt, dass ein Mehr an Erbringung arztgruppenübergreifender Leistungen einer Bewertung als Praxisbesonderheit nicht zugänglich sei, sondern vielmehr dargestellt, dass vorliegend trotz dieser Möglichkeit die Voraussetzungen für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nicht erfüllt seien (S. 10 unten bis 11 oben).

Entgegen der Auffassung der Klägerin trifft es zu, dass im Zuständigkeitsbereich der Beklagten im streitgegenständlichen Zeitraum die Anerkennung von Praxisbesonderheiten an eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% geknüpft war. Die entsprechende Vorgabe in Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. und 28. August 2008 hat die Beklagte gemeinsam mit den Gesamtvertragspartnern in dem im streitgegenständlichen Zeitraum geltenden VM, dort in Anlage A § 4 Abs. 1 Nr. 3 in Bezug genommen, jedoch von der durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 in Teil A Nr. 3 geschaffenen Möglichkeit, vom vorgenannten Beschluss abweichend im Einzelfall aus Gründen der Sicherstellung eine Praxisbesonderheit auch festzustellen, wenn die vorgegebene Überschreitung von mindestens 30 % nicht vorliege, keinen Gebrauch gemacht. Da die Wahrnehmung dieser Möglichkeit im Ermessen der Normgeber stand, kann sich die Klägerin nicht auf einen Ermessensausfall bei der Entscheidung der Beklagten berufen, die den durch die Gesamtvertragspartner geschlossenen VM lediglich – und das richtig – angewandt hat.

Soweit die Klägerin sich darauf beruft, dass die 20 %-Grenze hinsichtlich des Anteils der Spezialleistungen als Indiz für das Vorliegen einer Praxisbesonderheit nach der Rechtsprechung des BSG zum einen nur ein Indiz darstelle und zum anderen mit Blick auf Spirometrien realistisch gar nicht eingehalten werden könne, verweist der Senat auf die Ausführungen des SG, wonach bei der Bewertung durch die Beklagte nicht nur auf die Spirometrien, sondern auch auf die Hyposensibilisierungs- und allergologisch-diagnostischen Komplexbehandlungen (GOP 03330, 30111 und 30130) abgestellt wurde, wonach jedoch insgesamt in den streitgegenständlichen Quartalen der Anteil für diese Gebührensätze "lediglich" zwischen 5 und 7 % lag; die Entwicklung in späteren Quartalen ist bei der Betrachtung ebenso irrelevant wie der Umfang von Leistungen, deren Vergütung außerhalb des RLV erfolgt.

Weitere belastbare Indizien für die Annahme einer Praxisbesonderheit sind nicht ersichtlich. Für Zweifel an der Feststellung der Beklagten, dass auch keine sonstigen Gründe der Sicherstellung bestünden, weil die pulmonale Versorgung in H. sichergestellt sei, gibt es keinen Anlass.

Mit der Beklagten und dem SG ist festzustellen, dass die Klägerin letztlich begehrt, im Rahmen ihres hausärztlichen Versorgungsauftrags bei der Festsetzung der RLV gegenüber anderen hausärztlichen Praxen privilegiert zu werden, weil sie über eine fachärztliche Zusatzqualifikation verfügt, die jedoch im Versorgungsauftrag keinen Niederschlag gefunden hat, und obwohl der hierauf entfallende Anteil an im RLV abgebildeten Behandlungen kein ausreichend hohes Ausmaß erreicht. Der unter Zugrundelegung der Sichtweise der Klägerin konsequente Antrag auf Teilzulassung zur fachärztlichen Versorgung ist vom zuständigen Zulassungsausschuss bestandskräftig abgelehnt worden. Die Festsetzung der RLV im hausärztlichen Bereich ist jedoch nicht dazu angetan, eine von der Klägerin angenommene Unterversorgung im fachärztlichen – hier pneumologischen – Versorgungsbereich zu kompensieren. Letztlich versucht sie die durch die Zulassungsgremien versagte Sonderbedarfszulassung im Streit mit der Beklagten über die Honorarhöhe zu umgehen.

Dass die Klägerin nach eigenen Angaben aufgrund ihres Arzneimittelverordnungsverhaltens wegen Anerkennung einer Praxisbesonderheit durch die dafür zuständigen Gremien keinen diesbezüglichen Regressen ausgesetzt ist – wobei offen bleibt, ob dies auch schon im streitgegenständlichen Zeitraum der Fall war –, hat keine durchschlagende Bedeutung für den vorliegenden Rechtsstreit. Die Festsetzung des RLV und die Honorierung erfolgen allein aufgrund der hierfür einschlägigen Regelungen, insbesondere auf Grundlage des rechtmäßigen VM, der sich wiederum im Rahmen der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses hält.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1](#) oder [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Login
HAM
Saved
2015-10-27