L 4 KA 34/14

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 889/11

Datum

02.04.2014

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 34/14

Datum

13.09.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufungen der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 2. April 2014 aufgehoben und die Klagen werden abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 48.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Honorars und des Regelleistungsvolumens für das Quartal III/10 und hierbei insbesondere über die Frage, ob die Leistungen für die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind.

Die Klägerin ist eine seit dem 1. Januar 2006 bestehende Gemeinschaftspraxis mit einer Ärztin, die als Internistin, und drei Ärzten, die als Internisten mit dem Schwerpunkt Nephrologie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen sind. Alle vier Ärzte haben einen Versorgungsauftrag zur nephrologischen Betreuung mit Dialyse nach der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen. Zusammen sind sie berechtigt zur kontinuierlichen Betreuung von bis zu 200 Dialysepatienten. Es bestand und besteht eine Kooperation mit der Gemeinnützigen Stiftung "F. - FX." mit Sitz in B Stadt, die als zugelassener Leistungserbringer nach [§ 126 Abs. 2 SGB V](#) die Sach- und Dienstleistungen der Dialyse erbringt und diese direkt mit den Krankenkassen abrechnet.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 18. Juni 2010 das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina der Klägerin für das streitbefangene Quartal III/10 unter Vorbehalt wegen weiterer Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf insgesamt 48.905,17 EUR fest. Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 13. Juli 2010 Widerspruch ein, den die Beklagte als Antrag auf Sonderregelung wertete. Die Klägerin legte insbesondere dar, dass die nephrologischen Leistungen des Kapitels 13.3.6 EBM nicht dem Regelleistungsvolumen unterfallen dürften. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses seien insofern rechtswidrig. Auch müsse Frau C. das Regelleistungsvolumen für Internisten mit dem Schwerpunkt Nephrologie zugestanden werden, da sie nach der Übergangsregelung der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen diesen gleichgestellt werde.

Mit Bescheid vom 28. Juli 2010 setzte die Beklagte aufgrund ihres Vorbehalts das Regelleistungsvolumen der Klägerin und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina für das streitbefangene Quartal III/10 auf insgesamt 47.627,18 EUR und das Regelleistungsvolumen im Einzelnen wie folgt neu fest:

RLV-relevante Fallzahl Fallwert in EUR Fallwertabstaffelung Altersstrukturquote Aufschlag fachgleiche BAG Regelleistungsvolumen in EUR

C., Internistin ohne SP Nephrologie
156 33,63 1,000 1,0221 1,100 5.898,45

D., Internist mit SP Nephrologie
158 74,78 1,000 1,0264 1,100 13.339,88

A., Internist mit SP Nephrologie
155 74,78 1,000 1,0265 1,100 13.087,86

E., Internist mit SP Nephrologie
158 74,78 1,000 1,0176 1,100 13.225,51 45.551,70

Die Beklagte gab mit Bescheid vom 23. Mai 2011 dem Antrag auf Sonderregelung insoweit statt, als sie Frau C. ebenfalls den RLV-Fachwert der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie in Höhe von 74,78 EUR zuerkannte. Dem Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten gab sie nicht statt, da die nephrologischen Leistungen vom überwiegenden Teil der Fachgruppe der Nephrologen erbracht würden. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten setze einen besonderen Versorgungsauftrag oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung voraus, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Fachgruppe von mindestens 20 % vorliege. Ihr Vorstand habe am 14. Februar 2011 beschlossen, dass zunächst eine Prüfung erfolge, ob der Fallwert des RLV um mehr als 20 % überschritten worden sei, ggf. eine weitergehende Prüfung, ob einzelne Leistungen/Leistungsbereiche die dem RLV unterlägen, mehr als 20 % der Leistungsanforderungen des RLV ausmachten und ggf. die weitergehende Prüfung, ob ein besonderer Versorgungsauftrag vorliege. Die Prüfung für das streitbefangene Quartal habe folgende arztindividuellen Fallwerte unter Berücksichtigung der für Frau C. ausgesprochenen Sonderregelung sowie die prozentuale Abweichung zum Fachgruppen-Fallwert ergeben:

Name RLV-Volumen in EUR RLV-Fallzahl Fallwert FG/RLV-Gruppe in EUR Arztindividueller Fallwert in EUR Fallwertüberschreitung in % Frau C.
33.852,95 156 74,78 217,01 190,19
Herr D. 26.451,50 158 74,78 167,41 128,88
Dr. A. 28.356,60 155 74,78 182,95 144,65
Dr. E. 54.599,03 158 74,78 345,56 362,11

Auch wenn der praxisindividuelle Fallwert den RLV-Fallwert um mehr als 20 % übersteige, dies auch für die von der Klägerin geltend gemachten Leistungen nach Nr. 13600 bis 13620 EBM gelte, lägen die Voraussetzungen nicht vor, da diese Leistungen vom überwiegenden Teil der anderen Praxen der Fachgruppe der Nephrologen mit Dialyse ohne Dialysesachkosten (VFG/VTG 33-16) erbracht würden und somit als sog. Kernleistungen für die Fachgruppe der Klägerin anzusehen seien:

Es folgt eine Tabelle, die aus technischen Gründen nicht dargestellt werden kann (vorhanden unter www.lareda.hessenrecht.hessen.de).
Frau C. Her D. Dr. A. Dr. E. Nr. EBM Ausf. Praxen/ 13 gesamt Betrag in EUR Leistungsanteil in % Betrag in EUR Leistungsanteil in % Betrag in EUR Leistungsanteil in %
1.376,78 5,20 2.214,82 7,81 1.856,00 1,69 13610 11 27.209,70 80,38 16.155,30 61,08 19.918,50 70,24 46.819,50 42,52 13611 8 0,00 0,00
2.697,45 10,20 0,00 0,00 44,10 0,04 13612 6 222,30 0,66 222,30 0,84 200,07 0,71 200,07 0,18 13620 5 0,00 0,00 955,50 3,61 117,60 0,41
191,10 0,17 Gesamtvolumen d. Leistungsbereichs in EUR 31.353,98 92,62 21.407,33 80,93 22.450,99 79,17 49.110,77 44,60: RLV-Fallzahl
156 158 155 158 Fallwert des Leistungsbe-reichs in EUR 200,99 135,49 144,85 310,83

Sie habe die Vorgaben des Bewertungsausschusses im Honorarverteilungsvertrag umgesetzt. Dabei würden die Dialyseleistungen nach den Nrn. 13600 bis 13620 EBM innerhalb des RLV vergütet. Ein Abweichen hiervon sehe der Honorarverteilungsvertrag nicht vor.

Hiergegen legte die Klägerin unter Datum vom 16. Juni 2011 Widerspruch ein. Ergänzend wies sie darauf hin, die Zuweisungsbescheide seien nicht vier Wochen vor Quartalsbeginn ergangen und damit verspätet. Die von der Beklagten vorgelegten Abrechnungswerte zeigten deutlich die Honorarverwerfungen. Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses komme es ab dem Quartal III/10 für eine Sonderregelung nicht mehr auf einen Vergleich mit der Fachgruppe an. Entscheidend sei allein der besondere Versorgungsauftrag.

Mit Widerspruchbescheid vom 2. November 2011 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 2. Dezember 2011 zum Az.: [S 12 KA 889/11](#) Klage beim Sozialgericht Marburg erhoben.

In dem streitbefangenen Quartal III/2010 setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin durch Honorarbescheid wie folgt fest:
Honorarbescheid vom 28.12.2010

Anzahl der Praxen/Ärzte 14/32
Nettohonorar gesamt in EUR 114.315,04
Bruttohonorar PK +EK in EUR 112.373,88
Fallzahl PK + EK 1.463
Honoraranforderung PK + EK in EUR 210.395,19
Honoraranteile PK + EK
Regelleistungsvolumen (RLV) in EUR 43.865,40
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) in EUR 1.380,40
Quotiertes RLV/QZV in EUR 9.067,41
Freie Leistungen in EUR 3.389,51
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 54.671,16
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (AMG)

QZV-Überschreitung gesamt in EUR 501,07

RLV
Obergrenze in EUR 45.551,70
Anforderung in EUR 147.138,10
Überschreitung in EUR 101.586,40
RLV
Dr. E.
Obergrenze in EUR 13.225,51
Anforderung in EUR 48.333,49
Überschreitung in EUR 35.107,98

Dr. A.

Obergrenze in EUR 13.087,86
Anforderung in EUR 40.874,52
Überschreitung in EUR 27.786,66

Dr. D.

Obergrenze in EUR 13.339,88
Anforderung in EUR 28.441,42
Überschreitung in EUR 15.101,54

Frau C.

Obergrenze in EUR 5.898,45
Anforderung in EUR 29.488,67
Überschreitung in EUR 23.590,22
Nach Korrektur im Bescheid v. 10.10.2011
Obergrenze in EUR 13.115,84
Überschreitung in EUR 16.087,00

Hiergegen legte die Klägerin am 17. März 2011 Widerspruch ein. Sie trug vor, der Honorarbescheid werde vollumfänglich zur Überprüfung gestellt. Sie wende sich aber insbesondere gegen die Einbeziehung der nephrologischen Leistungen des Kap. 13.3.6 EBM in das Regelleistungsvolumen und verwies auf ihre Ausführungen im Verfahren zur Festsetzung des Regelleistungsvolumens. Weiter führte sie aus, im Vergleich zum Vorjahresquartal habe sie eine Honorareinbuße von 70.000,00 EUR erlitten.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 10. Oktober 2011 aufgrund der Heraufsetzung des Fallwerts für Frau C. eine Nachvergütung in Höhe von 6.348,69 EUR nach Abzug der Verwaltungskosten vor.

Mit weiterem Widerspruchbescheid vom 2. November 2011 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung verwies sie auf die einzelnen Abrechnungsdaten und bzgl. des Regelleistungsvolumens auf den Widerspruchsbescheid bzgl. einer Sonderregelung.

Hiergegen hat die Klägerin am 2. Dezember 2011 zum Az.: [S 12 KA 888/11](#) Klage beim Sozialgericht Marburg erhoben.

Zur Begründung ihrer Klagen hat die Klägerin vorgetragen, sie erbringe schwerpunktmäßig Dialyseleistungen. Ausgehend von steigenden Fallzahlen habe sich ihr Honorar kontinuierlich verschlechtert und habe sich im streitbefangenen Quartal nochmals deutlich verschlechtert. Bei einer Honoraranforderung in Höhe von 210.395,19 Euro sei das Honorar lediglich auf 114.315,04 Euro festgesetzt worden, ca. 96.000,00 Euro weniger. Im Vorjahresquartal habe sie noch ein Honorar von 196.055,84 Euro erzielt. Im Rahmen ihrer besonderen Versorgungsaufträge Dialyse nach § 3 Abs. 3a der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen seien sie verpflichtet, bis zu 200 Dialysepatienten mit Dialyse zu versorgen. Die Honorarverluste seien auf Grund der Umstellung der Mengensteuerung entstanden. Der Bewertungsausschuss sehe für diese Fälle den Ausgleich von Praxisbesonderheiten vor. Die Vergütung der nephrologischen Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens sei rechtswidrig. Des Weiteren habe der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 26. März 2010 unter Teil F.3.7 mit Wirkung ab dem Quartal III/10 den Vertragspartnern auf Landesebene die Möglichkeit geben wollen, für einzelne Praxen oder auch ganze Arztgruppen entstandene Verwerfungen, die ihre Ursache in der Umstellung der Mengensteuerungssystematik gehabt hätten, aufzufangen bzw. auszugleichen. Er stelle bei der Beurteilung der Frage, ob Praxisbesonderheiten vorlägen, allein auf das Vorliegen eines besonderen Versorgungsauftrages bzw. auf eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung ab. Ein Hinweis auf den Vergleich mit der Fachgruppe finde sich nicht mehr. Es komme gerade nicht auf einen Vergleich mit der Fachgruppe an. Entscheidend sei allein, ob ein besonderer Versorgungsauftrag bzw. eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung vorliege. Dies sei in der Dialyseversorgung zweifelsohne der Fall. Die Beklagte habe in dreierlei Hinsicht ihren Gestaltungsspielraum nicht ordnungsgemäß genutzt. Sie habe bei der Bemessung der Regelleistungsvolumina für Nephrologen keine Differenzierung vorgenommen und im Rahmen bestehender Regelungen über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ihr Ermessen fehlerhaft ausgeübt. Sie behandle damit Ungleiches gleich. Zu Unrecht habe die Beklagte ferner den Antrag auf Anerkennung einer Praxisbesonderheit im Bereich der Leistungen nach Nummer 13600 bis 13620 EBM und auf Gewährung eines Zuschlags auf den Fallwert abgelehnt. Die Beklagte habe ab dem Quartal IV/10 eine Differenzierung in der Weise vorgenommen, dass sie die Dialysebetreuungsleistungen (Nr. 13602, 13610, 13611 und 13612 EBM) als "freie" Leistungen vergütet und die Fallwerte der Nephrologen entsprechend abgesenkt habe. Dies habe aber nur zu einer leichten Verbesserung der Honorierung geführt. Erst für das Quartal III/13 habe der Bewertungsausschuss die Empfehlung ausgesprochen, die nephrologischen Leistungen des Kap. 13.3.6 EBM extrabudgetär zu vergüten. Jedenfalls hätte die Beklagte die Empfehlung des Bewertungsausschusses umsetzen müssen. Die Problematik sei der Beklagten aufgrund der Verfahren für die Quartale bis 2008 hinreichend bekannt gewesen.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, im Honorarverteilungsvertrag würden die rechtlichen Vorgaben zutreffend umgesetzt, eine Sonderregelung komme bei sog. Kernleistungen nicht in Betracht. Sie habe ferner bereits im Widerspruchsbescheid zutreffend ausgeführt, dass die Genehmigung für Dialyseleistungen lediglich die Art und Weise bzw. den Umfang der Leistungserbringung, jedoch keine im Vergleich zur Fachgruppe atypisches Leistungsspektrum begründe. Der Antrag auf Härtefallregelung sei in diesem Verfahren nicht anhängig. Die Fachgruppe der Nephrologen sei in drei Untergruppen gegliedert:

- Vfg 33-06: Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie ohne Dialyseleistungen und Dialyse-Sachkosten
- Vfg 33-16: Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie mit Dialyseleistungen, aber ohne Dialyse-Sachkosten
- Vfg 33-16: Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie mit Dialyseleistungen und Dialyse-Sachkosten. Für die RLV-Berechnung sei die Summe aller Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie relevant. Die differenzierte Angabe in der Anzahl- und Summenstatistik diene lediglich Plausibilitätszwecken. Die Beigeladene zu 2) habe im Einzelnen dargelegt, dass die Entscheidung des Bewertungsausschusses sachgerecht gewesen sei. Sie sei nicht verpflichtet gewesen, Modifikationen zu vereinbaren. Die Regelung ab dem Quartal IV/10 zeige, dass sie ihrem Beobachtungsspielraum nachgekommen sei. Die Sachkosten seien ein Teil des Honorars und nicht herauszurechnen.

Die Beigeladene zu 2) hat die Auffassung vertreten, die Frage, ob nephrologische Leistungen in die Regelleistungsvolumina einbezogen würden, unterfalle dem Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses. In den Quartalen III/09 bis II/10 seien die nephrologischen

Leistungen den sog. freien Leistungen zugeordnet gewesen. Der Bewertungsausschuss habe im Bereich der Nephrologen Verwerfungen festgestellt. Es habe sich gezeigt, dass die durchschnittliche Leistungsmenge je Fall sehr unterschiedlich gewesen sei, abhängig vom praxisspezifischen Anteil der Dialysepatienten. Ab dem Quartal III/10 seien wieder alle Leistungen einer Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina unterworfen worden, ausgenommen nur die Arztgruppen wie bereits in den Quartalen I und II/09. Ende des Jahres 2009 habe sich gezeigt, dass für die "freien" Leistungen mehr Finanzmittel hätten aufgebracht werden müssen, als dafür von der Gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellt worden seien. Dies sei insbesondere auf die Anreizwirkung der unquotierten Vergütung dieser Leistungen zurückzuführen. Er habe dafür aber die qualitätsgebundenen Zusatzvolumina eingeführt. Diese seien für Leistungen, die von drei bis maximal 50 % der Ärzte einer Fachgruppe erbracht werden, eingeräumt worden. Die nephrologischen Leistungen würden aber mehr als von 50 % der Ärzte der Fachgruppe erbracht werden, weshalb qualitätsgebundenen Zusatzvolumina nicht eingeräumt worden seien. Hinsichtlich der damit verbundenen Problematik habe der Bewertungsausschuss bei der schon bestehenden Möglichkeit, Arztgruppen zu differenzieren, die Nephrologen explizit aufgeführt. Damit sei den regionalen Gesamtvertragspartnern ein Hinweis für die Beobachtung des Sachverhalts gegeben und nahegelegt worden, der beschriebenen Problematik der unterschiedlichen RLV-Fallwerthöhen in Abhängigkeit von der Erbringung bzw. Nichterbringung von Blutreinigungsverfahren ggf. durch Bildung zweier Arztgruppen zu begegnen.

Der Beigeladene zu 1) hat die Ausführungen der Beigeladene zu 2) für zutreffend gehalten und ergänzend ausgeführt, die Einführung der qualitätsgebundenen Zusatzvolumina sei nach allgemeinen Kriterien erfolgt und daher sachgerecht. Für eine verbindliche Vorgabe zur Herausnahme der nephrologischen Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen fehle es an einer Rechtsgrundlage.

Aufgrund einer gemeinsamen mündlichen Verhandlung am 2. April 2014 hat das Sozialgericht in den Verfahren [S 12 KA 888/11](#) und [S 12 KA 889/11](#), ohne diese förmlich zur gemeinsamen Entscheidung zu verbinden, mit Urteil vom selben Tag den Bescheid vom 23. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. November 2011 sowie den Honorarbescheid für das Quartal III/10 vom 28. Dezember 2010, geändert durch Bescheid vom 10. Oktober 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. November 2011 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Klagen seien begründet.

Unter Berücksichtigung der insofern eindeutigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei weder die Regelung des Bewertungsausschusses noch die Umsetzung durch die Beklagte mit ihren Vertragspartnern zu beanstanden. Zutreffend gehe die Beklagte davon aus, dass auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens aufgrund einer Spezialisierung nicht in Betracht komme, da es sich bei den nephrologischen Leistungen um typische Leistungen der Fachgruppe handele, die von mehr als der Hälfte der Fachgruppe erbracht würden. Allerdings gehe die Beklagte offensichtlich grob fehlerhaft im angefochtenen Ausgangsbescheid vom 23. Mai 2011 bei ihrer Prüfung nur von der Untergruppe VFG/VTG 33-16 aus, obwohl das Regelleistungsvolumen einheitlich für die gesamte Honorargruppe der Nephrologen gebildet werde. Im Ergebnis sei dies dennoch nicht zu beanstanden, da die Kammer davon ausgehe, dass sämtlich geprüfte Leistungen auch bei Heranziehung der gesamten Honorargruppe von mehr als der Hälfte der Fachgruppe erbracht würden und es sich insofern um fachgruppentypische Leistungen handele. Dies sei auch in der mündlichen Verhandlung zwischen den Beteiligten unstrittig gewesen. Die Beklagte verkenne aber, dass mit den Regelungen in §§ 4, 6 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä und zum EKV-Ä ein besonderer Versorgungsauftrag vorliege, aufgrund dessen das Regelleistungsvolumen zu erhöhen sei. Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses würden die Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergäben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Über das Verfahren der Umsetzung einigten sich die Partner der Gesamtverträge. Entsprechend sehe der HVV 2010 aufgrund der 2. Nachtragsvereinbarung vor, dass der Vorstand der KV Hessen außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen könne. Dies gelte insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliege (RLV und QZV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entscheide hierüber im Einzelfall und informiere die Vertragsparteien (Abschnitt II.5.4 Satz 4-6 HVV 2010). "Besonderer Versorgungsauftrag" sei hierbei von der "für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung" zu unterscheiden, die insbesondere durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisiert worden sei und wesentlich auf die frühere Rechtsprechung zum "besonderen Versorgungsbedarf" als Voraussetzung für eine Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets zurückgreife. Ein besonderer Versorgungsauftrag liege abweichend von der oft synonym gebrauchten, aber dennoch zu unterscheidenden bloßen fachlichen Spezialisierung vor, weil der Dialysearzt zur "Übernahme des Versorgungsauftrags" einer besonderen Genehmigung bedürfe (§§ 3, 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä). Hierdurch werde ihm ein besonderer Versorgungsauftrag zugewiesen mit Vorgaben für die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung und für die Gewährleistung einer kontinuierlichen wirtschaftlichen Versorgungsstruktur. Bei der Genehmigung der Durchführung eines Versorgungsauftrags nach § 3 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä handele es sich zwar nicht um eine Statusentscheidung, komme ihr aber doch sehr nahe. Die Beklagte habe aber von dem ihr eingeräumten Ermessen keinen Gebrauch gemacht, weil sie irrtümlich vom Nichtvorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen ausgegangen sei. Bei der Ausübung des Ermessens müsse die Beklagte berücksichtigen, in welchem Umfang die strittigen Dialyseleistungen bereits im Regelleistungsvolumen enthalten seien und in welchem Umfang die Klägerin bzw. ihre einzelnen Ärzte Mehrleistungen erbrächten. Der Umfang dieser Mehrleistungen sei Grundlage der Sonderregelung. Insofern würden diese Leistungen faktisch den sog. freien Leistungen gleichgestellt. Soweit im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabs im streitbefangenen Quartal für die sog. freien Leistungen eine allgemeine Quotierung wie in den Vorläuferquartalen III/09 bis II/10 stattgefunden habe, könne diese Quote entsprechend auf das neu festzusetzende Regelleistungsvolumen im Rahmen einer allgemeinen Gleichbehandlung ebenfalls angewandt werden.

Gegen das ihr am 17. April 2014 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16. Mai 2014 Berufungen beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt, die unter den Aktenzeichen [L 4 KA 33/14 \(S 12 KA 888/11\)](#) und [L 4 KA 34/14 \(S 12 KA 889/11\)](#) geführt worden sind. Mit Beschluss vom 13. September 2017 hat der Senat die Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Die Beklagte trägt vor, das Vorliegen einer Genehmigung nach §§ 3, 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä führe nicht zum Vorliegen eines besonderen Versorgungsauftrags, der für die Klägerin zur Anerkennung einer Praxisbesonderheit führe. Bei der Bewertung, ob eine Praxisbesonderheit vorliege, müsse auch bei einem in Frage kommenden besonderen Versorgungsauftrag ein Vergleich mit der Fachgruppe des Arztes vorgenommen werden. Wenn der Arzt keine von seiner Fachgruppe bzw. vom Großteil seiner Fachgruppe abweichenden Leistungen erbringe, sei kein Raum für eine Sonderregelung gegeben. Nahezu alle Nephrologen hätten eine Genehmigung

nach §§ 3, 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä. Es könne daher von einem besonderen Versorgungsauftrag innerhalb der Fachgruppe nicht ausgegangen werden. Da die Nephrologen sich – jedenfalls in Bezug auf die Genehmigung – nicht unterscheiden, müssten für sie die gleichen Kriterien gelten, wie dies bei anderen Fachgruppen der Fall sei. Für die Frage, ob eine Praxisbesonderheit vorliege, müssten sie sich miteinander vergleichen lassen. Es müssten spezielle Leistungen erbracht werden, die nicht von der Mehrheit der Fachgruppe erbracht würden. Die für eine Praxisbesonderheit in Frage kommenden Leistungen würden von mehr als der Hälfte der Fachgruppe erbracht. Dies gelte auch für die anderen Untergruppen der Nephrologen. Der besondere Versorgungsauftrag gemäß Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä sei auf die Art und Weise bzw. den Umfang der Leistungserbringung bezogen. Allein das Vorliegen der Genehmigung führe daher nicht zu einem im Vergleich zur Fachgruppe atypischen Leistungsspektrum. Darüber hinaus habe sie die Möglichkeit, Anfangs- und Erprobungsregelungen zu schaffen. Dass die Beklagte von ihrer Beobachtungspflicht Gebrauch gemacht habe, lasse sich an der veränderten Vergütung der Dialyseleistungen in den Folgequartalen erkennen. Sinn und Zweck der Praxisbesonderheiten im honorarrechtlichen Sinne sei es, die Beschränkung auf Durchschnittswerte wegen bestehender Besonderheiten zu befreien. Es sei davon auszugehen, dass die nephrologischen Leistungen, die die Klägerin erbringt, von mehr als 50% der Fachgruppe erbracht würden, sonst wären sie nach der Regelungssystematik des Bewertungsausschusses gar nicht dem RLV unterfallen. Würde man für diese Leistungen eine Sonderregelung treffen, würde man diese Systematik konterkarieren. Selbst bei Vorliegen einer Praxisbesonderheit sei die Beklagte nicht verpflichtet, eine Sonderregelung zu beschließen, sie könne allenfalls dazu verpflichtet werden, von ihrem Ermessensspielraum Gebrauch zu machen. Für eine Sonderregelung müsse sich die Klägerin von ihrer Fachgruppe abheben, dies ergebe sich schon aus dem Begriff Sonderregelung.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 2. April 2014 aufzuheben und die Klagen abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufungen zurückzuweisen.

Die Klägerin trägt vor, ab dem 1. Januar 2009 sei für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit der Vergütung der ärztlichen Leistungen innerhalb von RLV Voraussetzung allein das Vorliegen eines besonderen Versorgungsauftrages oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Die Regelung sei abschließend und lasse darüber hinaus kein Vergleich der erbrachten Leistungen mit den Leistungen der Fachgruppe zu. Aus dem "oder" ergebe sich, dass "Praxisbesonderheiten" der Oberbegriff sei, der gleichsam gesetzlich definiert werde durch den besonderen Versorgungsauftrag einerseits und die für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung. Der Unterschied zwischen der Genehmigung des Versorgungsauftrags und der Übernahme des besonderen Versorgungsauftrages folge aus der Tatsache, dass nur ein Teil der besonderen Versorgungsaufträge des § 3 Abs. 3 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä genehmigungspflichtig seien, nämlich die Versorgungsaufträge nach den Buchstaben a), d) und e), nicht hingegen die Versorgungsaufträge gem. § 3 Abs. 3 Buchstabe b) und c). Die Klägerin sei im Besitz der Genehmigung nach § 3 Abs. 3 Buchstabe d) (sog. besonderer Versorgungsauftrag Dialyse), mit der Übernahme dieses besonderen Versorgungsauftrags seien auch umfassende Verpflichtungen des Arztes verbunden, nämlich zu vollständigen Erfüllung der Anforderungen, die in § 3 Abs. 1 i. V. m. Anhang 9.1.3 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä definiert seien. Hierin liege gerade auch der Unterschied zum allgemeinen Versorgungsauftrag nach der Ärzte-ZV, den jeder Vertragsarzt aufgrund seiner Zulassung übernehme. Eine weitere Besonderheit bei der Erbringung von Dialyseleistungen ergebe sich aus § 5 Abs. 7c der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren, wonach eine Dialysepraxis ab einer bestimmten Patientenzahl einen weiteren qualifizierten Arzt in die Praxis aufnehmen müsse. Aufgrund der einheitlichen Terminologie und dem Grundsatz der Einheit der Rechtsordnung sei der Begriff "besonderer Versorgungsauftrag" auch einheitlich zu verwenden. Dies auch, weil der Gesetzgeber genau zwischen Genehmigung, Versorgungsauftrag und besonderem Versorgungsauftrag unterscheide. Ab den Quartal IV/2010 habe die Beklagte bei der Bemessung der RKV für Nephrologen zwischen Praxen mit und ohne Dialyse und den Fallwert von ca. 78,00 EUR auf ca. 38,00 EUR im Quartal IV/2010 reduziert sowie aus dem Honorartopf der Nephrologen vorab die Dialysebetreuungsleistungen vergütet, was bei der Klägerin dazu geführt habe, dass die Honorareinbußen in den Folgequartalen nicht mehr annähernd so hoch gewesen seien wie im streitgegenständlichen Quartal III/2010. Die Klägerin sei auf die Betreuung von dialysepflichtigen Patienten spezialisiert, sie könne nicht mit demselben Fallwert auskommen, wie nephrologische Praxen, die neben der Dialyse eine umfangreiche internistische Praxis betrieben oder nephrologische Praxen, die gar keine Dialysebehandlungen durchführten. Die Einführung von RLV für Nephrologen zum Quartal III/2010 habe in Hessen für die nephrologischen Praxen, die Dialyseleistungen erbrächten, zu Honorareinbrüchen von bis zu 60% geführt. Die Praxisbesonderheit ergebe sich daraus, dass die Klägerin infolge der Umstellung der Mengensteuerungssystematik zum Quartal III/2010 aufgrund des besonderen Versorgungsauftrages Dialyse einen erheblichen Honorarverlust erlitten habe, ohne ihre Praxisstruktur und ihr Leistungsverhalten verändert zu haben. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG resultierten Praxisbesonderheiten nicht nur aus einem atypischen Leistungsspektrum sondern auch aus einer wesentlich über dem Fachgruppennormschnitt liegenden Abrechnungshäufigkeit bestimmter Leistungen. Sofern ihre Tätigkeit nicht als Praxisbesonderheit anzuerkennen sei, hätte die Beklagte die Vorgaben des BSG im Urteil vom 3. Februar 2010 (B 6 KA 13/08 R), dass Ausgleichsregelungen geschaffen werden müssten, nicht umgesetzt. Die im streitgegenständlichen Quartal maßgeblichen Honorarverteilungsregelungen sähen darüber hinaus keine weitere Möglichkeit des Ausgleichs von Honorareinbußen vor. Die in Streit stehende Regelung sei ungeeignet und damit rechtswidrig.

Die Beigeladenen stellen keine Anträge.

Der Beigeladene zu 1) nimmt im Berufungsverfahren nicht explizit zur Sache Stellung.

Die Beigeladene zu 2) trägt vor, der Bewertungsausschuss habe in Ziffer des Teils F 3.7 seines Beschlusses vom 26. März 2010 (218. Sitzung) den regionalen Gesamtvertragsparteien die Möglichkeit gegeben, die genaue Ausgestaltung der Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit dem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung zu konkretisieren und darüber hinaus das Verfahren zur Anerkennung der Praxisbesonderheiten näher zu regeln. Der Bewertungsausschuss habe es den regionalen Gesamtvertragspartnern ermöglichen wollen, regional spezifische Lösungen zur Identifikation der Praxisbesonderheit anhand der Merkmale "besonderer Versorgungsauftrag" oder der "besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung" zu finden. Insofern könne schon aus der Formulierung des Bewertungsausschusses selbst heraus nicht die Rede davon sein, dass die Beklagte die entsprechende Regelung lediglich zu subsumieren gehabt habe. Insbesondere seien ihr nämlich ausweislich der Formulierung der Ziffer 3.7 nähere Konkretisierungen nicht verboten gewesen. Soweit hierbei zwischen der Klägerin und der Beklagten die 30 % Regelung umstritten sei, bleibe dabei festzuhalten, dass sich die 20 % Rechtsprechung des BSG insofern als

Mindestquote verstehe, ab der Praxisbesonderheiten anerkannt werden könnten, aber nicht müssten. Aus der entsprechenden Änderung der Ziffer 3.7 zu folgern, dem Bewertungsausschuss sei es darum gegangen, jegliche Einbeziehung von relativen Größen zu verhindern, widerspreche der gebotenen Ausdifferenzierung eines "besonderen Versorgungsauftrags".

Die Klägerin repliziert hierzu, die Beigeladene zu 2) verwechsle die Begrifflichkeiten "besonderer Versorgungsauftrag" und "besonderer Versorgungsbedarf", die Rechtsprechung des BSG befasse sich mit der Anerkennung eines besonderen Versorgungsbedarfs. Eine Definition des Begriffes "besonderer Versorgungsauftrag" werde nicht gegeben.

Die Beklagte hat auf Anforderung des Senats den bestandskräftigen Bescheid vom 30. Mai 2016 über u.a. die Ablehnung einer Ausgleichszahlung nach Abschnitt II des HV 2010 vorgelegt.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte trotz des Ausbleibens der Beigeladenen aufgrund der mündlichen Verhandlung am 13. September 2017 entscheiden, denn die Beigeladenen haben ordnungsgemäße Terminmitteilung erhalten, in der sie darauf hingewiesen worden sind, dass auch im Falle ihres Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann.

Die Berufungen der Beklagten sind zulässig.

Mit ihren Berufungen richtet sich die Beklagte gegen das Urteil des Sozialgerichts in den Verfahren [S 12 KA 888/11](#) und [S 12 KA 889/11](#), mit dem es jeweils über den gesamten Streitgegenstand der beiden – von ihm nicht förmlich nach [§ 113 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) verbundenen – Klageverfahren entschieden hat.

Gegenstand des Klageverfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 23. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. November 2011 und der Honorarbescheid für das Quartal III/2010 vom 28. Dezember 2010, geändert durch Bescheid vom 10. Oktober 2011, in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. November 2011. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist demgegenüber der Bescheid vom 30. Mai 2016, mit dem die Beklagte die Ausgleichszahlung nach Abschnitt II des HV 2010 abgelehnt hat, nicht Gegenstand des Verfahrens geworden.

Nach Klageerhebung wird ein neuer Verwaltungsakt gemäß [§§ 153 Abs. 1, 96 SGG](#) nur dann Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt. Nach Maßgabe des [§ 96 SGG](#) wird der neue Verwaltungsakt automatisch Klagegegenstand, ohne dass es einer gewillkürten Klageänderung oder eines Vorverfahrens bedarf; es handelt sich also um eine Klageänderung kraft Gesetzes (vgl. nur Schmidt in: Meyer-Ladewig u.a., SGG, 12. Aufl. 2017, § 96 Rdnr. 1a). Voraussetzung für die Einbeziehung eines neuen Verwaltungsaktes ist, dass der ursprüngliche Verwaltungsakt abgeändert oder ersetzt wird. Geändert oder ersetzt wird ein Verwaltungsakt immer, wenn er denselben Streitgegenstand wie der Ursprungsverwaltungsakt betrifft, bzw. wenn in dessen Regelung eingegriffen und damit die Beschwer des Betroffenen vermehrt oder vermindert wird (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2016 - [B 8 SO 1/15 R](#) - juris Rdnr. 12; Urteil vom 17. Dezember 2015 [B 8 SO 14/14 R](#) - juris Rdnr. 11; Urteil vom 20. Juli 2005 - [B 13 RJ 23/04 R](#) - juris Rdnr. 14; Becker in Roos/Wahrendorf, SGG, 2014, § 96 Rdnr. 28; Schmidt, a.a.O. Rdnrn. 4 ff.). Abändern oder Ersetzen setzt voraus, dass der Regelungsgegenstand des neu einzubeziehenden Verwaltungsaktes mit dem des früheren identisch ist. Ob dies der Fall ist, muss durch Vergleich der in beiden Verwaltungsakten getroffenen Verfügungssätze festgestellt werden. Der neue Verwaltungsakt muss zur Regelung desselben Rechtsverhältnisses ergangen sein, wobei es unschädlich ist, dass die Verwaltungsakte auf unterschiedliche Rechtsgrundlagen gestützt sind (vgl. BSG, Beschluss vom 28. Oktober 2009 - [B 6 KA 56/08 B](#) - juris Rdnr. 13). Keine Abänderung oder Ersetzung i.S. des [§ 96 SGG](#) liegt deshalb bei einem anderem Streitgegenstand vor (BSG, Urteil vom 16. Juni 2015 - [B 4 AS 37/14 R](#) - juris Rdnr. 13; Urteil vom 21. November 2002 - [B 3 KR 13/02 R](#) - [BSGE 90, 143](#) - juris Rdnr. 13; Beschluss vom 18. August 1999 - [B 4 RA 25/99 B](#) - juris Rdnrn. 11 f., 14; Urteil vom 20. März 1996 [6 RKa 51/95](#) - [BSGE 78, 98](#) - juris Rdnr. 19; Breitkreuz in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 96 Rdnr. 11; Schmidt, a.a.O. Rdnr. 4).

Diese Voraussetzungen liegen für den Bescheid vom 30. Mai 2016 nicht vor, denn der Regelungsgegenstand dieses Verwaltungsaktes ist mit dem Regelungsgegenstand des hier einzig in Betracht kommenden – Honorarbescheids für das Quartal III/2010 nicht identisch, sondern regelt mit der Ablehnung einer Ausgleichszahlung wegen überproportionalen Honorarverlustes nach Abschnitt II, Nr. 3.7 HV 2010 einen eigenständigen Prozessgegenstand. In der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist geklärt, dass gesonderte Feststellungen (Bemessungsgrundlagen, Budgets, RLV), Teilelemente und Vorfragen zur Bestimmung des Quartalshonorars losgelöst von der Anfechtung eines konkreten Honorarbescheids geklärt werden (vgl. BSG, Urteil vom 20. Januar 1999 - [B 6 KA 9/98 R](#) -, [BSGE 83, 218](#); BSG, Urteil vom 24. September 2003 - [B 6 KA 37/02 R](#) -, [SozR 4-2500 § 87 Nr. 3](#) Rn. 11; BSG, Urteil vom 22. März 2006 [B 6 KA 80/04 R](#) -, [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#) Rn. 9; BSG, Urteil vom 15. August 2012 - [B 6 KA 38/11 R](#) -, [SozR 4-2500 § 87b Nr. 1, Rn. 13](#)). Der Streit darüber wird deshalb nicht gegenstandslos, wenn die auf dem Bemessungsgrundlagenbescheid basierenden Honorarbescheide ergangen sind (BSG, Urteil vom 21. Oktober 1998 [B 6 KA 71/97 R](#) -, [BSGE 83, 52-62](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#), Rn. 14).

Die Berufungen sind auch begründet, denn der Bescheid der Beklagten vom 23. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. November 2011 ist ebenso wie der Honorarbescheid für das Quartal III/2010 vom 28. Dezember 2010, geändert durch Bescheid vom 10. Oktober 2011, in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. November 2011 rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat weder einen Anspruch auf eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen noch Anspruch auf die Neubescheidung ihres Honoraranspruchs.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin beanstandete Vergütung der nephrologischen Leistungen des Abschnittes 13.3.6 EBM innerhalb des arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen ist die Regelung unter Abschnitt II Nr. 2.1 des Honorarvertrags 2010 (HV) und Anlage 1 zum HV, wonach Regelleistungsvolumina für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie zur Anwendung kommen. Diese Regelungen stehen mit höherrangigem Recht in Einklang.

Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung i.d.F. des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz - GKV-WSG) mit Geltung ab 1. April 2007, [BGBl. I S. 378](#) (im Folgenden: SGB V a. F.) wurden abweichend von [§ 85 SGB V](#) die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) a. F. vergütet. Nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) a. F. waren zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen (Satz 1). Ein RLV nach Satz 1 war die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) a. F. enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten war (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 war die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten konnte hiervon abgewichen werden (Satz 3). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein RLV festgelegt wurde, war insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet war (Satz 4). Weitere vertragsärztliche Leistungen konnten außerhalb der RLV vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich war (Satz 7). Nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) a. F. bestimmte der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten (Satz 1). Er bestimmte darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Abs. 3 Satz 5 (Satz 2). Nach [§ 87b Abs. 5 SGB V](#) a. F. oblag die Zuweisung der RLV an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der RLV vergütet wurden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgte erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des RLV (Satz 1). [§ 85 Abs. 4 Satz 9](#) galt (Satz 2).

Der Bewertungsausschuss (BewA) hat in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) a.F. zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V a.F. gefasst (DÄBl 2008, A-1988). Gemäß Teil F Nr. 2.1 des Beschlusses, der insoweit auf der Ermächtigung des [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a.F. beruht, kamen RLV für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Anlage 1 Nr. 4 zu dem vorgenannten Beschluss benennt u. a. als für RLV relevante Arztgruppen Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie. Mit weiterem Beschluss vom 26. März 2010 hat der BewA mit Wirkung ab 1. Juli 2010 in Teil F Abschnitt I Nrn. 1 und 2 und Anlage 2 Nr. 4 u. a. vorgeben, dass auch sämtliche Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie in die RLV-Systematik einzubeziehen sind. Ergänzend hierzu können die Gesamtvertragspartner auf Landesebene nach der Nr. 2.3 vereinbaren, "besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen" zu vergüten, für die dann nach der Nr. 3.1.4 ein zusätzlicher Vergütungsbereich aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen zu bilden ist.

Aufgrund dieser Vorgaben waren die Gesamtvertragspartner auf Landesebene dazu verpflichtet, auch die seit dem 1. April 2005 weitestgehend durchgehend (bis auf die Quartale I und II/2009) als freie Leistungen vergüteten nephrologischen Behandlungsmaßnahmen nach dem Kapitel 13.3.6 des EBM in die RLV-Systematik mit einzubeziehen.

In der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 3. Februar 2010 - [B 6 KA 31/09 R](#) - [BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 53; Beschlüsse vom 12. Januar 2017 - [B 6 KA 48/16 B](#), [B 6 KA 68/16 B](#), [B 6 KA 69/16 B](#)) ist bereits geklärt, dass die dem BewA zustehende Gestaltungsfreiheit ihn berechtigt, innerhalb der hierfür maßgeblichen Grenzen insbesondere dem Gebot der Gleichbehandlung gemäß [Art. 3 Abs. 1 GG](#) - zu entscheiden, für welche Arztgruppen er RLV vorsieht und für welche nicht (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 58 RdNr. 27 ff; BSG SozR 4-2500 § 87b Nr. 8 RdNr. 24 sowie BSG, Urteil vom 15.6.2016 - [B 6 KA 18/15 R](#) - RdNr. 44). Speziell in Bezug auf die Fachgruppe der Nephrologen und die von diesen erbrachten Leistungen nach Nr. 13600 bis 13621 EBM Ä hat das BSG ausgeführt, dass die im Dialysebereich bestehenden Besonderheiten den BewA zwar berechtigten, aber nicht verpflichteten, die Nephrologen und die Dialyseleistungen von der Einbeziehung in RLV freizustellen ([BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 53, RdNr. 27). Dabei gehören zu diesen Besonderheiten auch der Umstand, dass im Dialysebereich eine Leistungs- und Mengenausweitung zwar nicht ausgeschlossen ist, diese Gefahr aber im Hinblick auf die Zuweisung von Versorgungsaufträgen sowie auch die Vorgaben für die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung (vgl. Senatsurteil vom 23. April 2008, [L 4 KA 69/07](#)) gering ist. Wegen dieser Besonderheiten durfte der BewA von der Einbeziehung der Nephrologen und der Dialyseleistungen in die RLV auch absehen. Andererseits sind die Besonderheiten - auch zusammengenommen - nicht von so großem Gewicht, dass der BewA verpflichtet gewesen wäre, von einer Einbeziehung der Nephrologen und/oder der Dialyseleistungen in die RLV abzusehen. Vielmehr hat der BewA insoweit Gestaltungsfreiheit (Senatsurteil vom 28. September 2016, [L 4 KA 37/13](#) unter Hinweis auf: BSG, Urteil vom 3. Februar 2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) -, [BSGE 105, 236-243](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 53, SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 1, Rn. 29), die er mit der Einbeziehung der Nephrologen in die RLV im Streitgegenständlichen Quartal nicht überschritten hat.

Auch die Partner der Gesamtverträge in Hessen haben den ihnen bundesrechtlich eingeräumten Gestaltungsspielraum nicht überschritten, wenn sie - wie im Streitgegenständlichen Quartal - davon abgesehen haben, von der ihnen in Teil F Abschnitt I Nr. 2.3 des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 eingeräumten Ermächtigung, besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen zu vergüten, hinsichtlich der nephrologischen Leistungen keinen Gebrauch zu machen. Soweit diese Gestaltungsfreiheit durch das Gebot der Gleichbehandlung gemäß [Art. 3 Abs. 1 GG](#) begrenzt (vgl. zu den Grenzen der Gestaltungsfreiheit in Bezug auf nephrologische Leistungen auch BSG, Urteil vom 3. Februar 2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) -, [BSGE 105, 236-243](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 53, Rn. 28) ist und eine sachgerechte Bemessung von RLV schwierig sein kann, weil bei den im Dialysebereich abrechnenden Praxen und Gemeinschaftspraxen das Verhältnis zwischen dem Anteil an Dialyseleistungen- und demjenigen an anderen internistischen Leistungen sehr unterschiedlich ist und deshalb bei schematisierender Einbeziehung in vereinheitlichende RLV in erheblichem Umfang Stützungszahlungen erforderlich werden könnten (BSG a. a. O.), haben die Gesamtvertragspartner dem mit der Regelung in Abschnitt II Nr. 3.7 HV 2010 (in der Fassung der 2. Nachtragsvereinbarung) Rechnung getragen und von der Ermächtigung zu Schaffung einer Ausgleichsregelung in Teil F Abschnitt II Nr. 3.8 des Beschlusses vom 26. März 2010 Gebrauch gemacht, nach der die Beklagte im Einzelfall auf Antrag der betroffenen Praxis befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten kann, wenn sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15% gegenüber dem Vorvorjahresquartal verringert, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben, Abschnitt II Nr. 3.7 HV 2010. Mit dieser Regelung ist der Einbeziehung nephrologischer Leistungen in die RLV-Systematik im Quartal III/2010 hinreichend Rechnung getragen (vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 8. Juni 2016, [L 3 KA 12/14](#)).

Die Klägerin kann weiterhin die geltend gemachte Sonderregelung zum RLV nicht für sich beanspruchen, der diesbezügliche Bescheid vom 23. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. November 2011 ist rechtlich nicht zu beanstanden, ein Anspruch auf Neubescheidung ihrer Honorarabrechnung besteht nicht.

Anspruchsgrundlage für das Begehren der Klägerin ist die Regelung unter Abschnitt II Ziffer 3.5 S. 5 bis 7 des HV 2010 in der Fassung der ab 1. Juli 2010 geltenden 2. Nachtragsvereinbarung, die wie folgt lautet: "Der Vorstand der KV Hessen kann außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen. Dies gilt insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt (RLV und QZV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entscheidet hierüber im Einzelfall und informiert die Vertragsparteien."

Auch diese Regelung ist mit höherrangigem Recht vereinbar, abweichende Bestimmungen des SGB V oder des Bewertungsausschusses gab es in dem streitigen Quartal nicht (vgl. hierzu auch Senatsurteil vom 30. November 2016, L 4 KA 60/14). Insbesondere die Regelungen des Bewertungsausschusses erschöpften sich in der Festlegung, dass die Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge zu regeln seien und sich Praxisbesonderheiten aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergäben (vgl. Teil F, Ziffer I, 3.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach [§ 87 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010). Eine darüber hinausgehende inhaltliche Normierung, wie sie noch in Teil F Ziffer 3.6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß [§ 87 Abs. 4 SGB V](#) in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 getroffen worden war, bestand im streitgegenständlichen Zeitraum nicht mehr.

Soweit die Klägerin hierzu geltend macht, eine eine Sonderregelung rechtfertigende Praxisbesonderheit liege bei ihr wegen der ihr nach § 3 Abs. 3 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä erteilten Genehmigung zur Erbringung von Dialyseleistungen vor, ist ihr zunächst zuzugestehen, dass diese Genehmigung einen "besonderen Versorgungsauftrag" im Sinne von Ziffer 3.5 S. 6 HV 2010 bzw. Teil F, Ziffer I, 3.7 des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 darstellt. Dies ergibt sich daraus, dass worauf das Sozialgericht zutreffend hinweist - der Dialysearzt zur Übernahme des Versorgungsauftrags der besonderen Genehmigung nach §§ 3, 4 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä bedarf und die Leistungserbringung mit speziellen Vorgaben für die Sicherung der Qualität und für die Gewährleistung einer kontinuierlichen wirtschaftlichen Versorgungsstruktur verbunden ist (vgl. BSG, Urteil vom 3. Februar 2010, [B 6 KA 31/08 R](#) a. a. O. Rn. 28).

Indessen reicht die Übernahme des besonderen Versorgungsauftrags als solche nach dem eindeutigen Wortlaut der Regelung sowohl von Ziffer 3.5 S. 6 HV 2010 als auch Teil F, Ziffer I, 3.7 des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 nicht zur Erfüllung der tatbestandlichen Voraussetzungen einer Sonderregelung aus, da erforderlich ist, dass sich aus dem besonderen Versorgungsauftrag (oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung) eine Praxisbesonderheit "ergeben" muss. Die Praxisbesonderheit muss also eine Folge der Übernahme des besonderen Versorgungsauftrags darstellen und besteht nicht aus der Übernahme des Versorgungsauftrags selbst.

Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung (siehe nur BSG; Urteil vom 22. Juni 2005 - [B 6 KA 80/03 R](#), [SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#), juris Rn. 47) ist Praxisbesonderheit im Rahmen der Honorarverteilung als Synonym für atypische Umstände zu begreifen. Ebenso wie nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 29. Juni 2011, [B 6 KA 17/10 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 66](#)) zum "besonderen Versorgungsbedarf", der neben einer im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommenden Spezialisierung eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung erfordert, reicht demnach auch beim Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs im Sinne der streitgegenständlichen Regelung ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen nicht aus. Die Überschreitung des RLV muss vielmehr darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden (BSG a. a. O., juris Rn. 22).

Solche gegenüber ihrer Vergleichsgruppe atypischen Verhältnisse bestehen in der Praxis der Klägerin nicht, insbesondere auch nicht unter Berücksichtigung des von ihr aufgrund der Genehmigung nach §§ 3, 4 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä übernommenen besonderen Versorgungsauftrags der Dialysebehandlung. Zwar sind Dialyseleistungen als Leistungen aus einem arztgruppenübergreifenden Versorgungsbereich grundsätzlich besonders geeignet, eine spezielle Ausrichtung im Sinne einer Praxisbesonderheit zu begründen. Allerdings stellen innerhalb der Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie die nephrologischen Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM-Ä keine atypischen Leistungen dar.

Dies ergibt sich zunächst schon daraus, dass nach dem unwidersprochenen erstinstanzlichen Vortrag der Beigeladenen zu 2) mehr als 50% der Ärzte der Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie nephrologische Leistungen erbringen (was nach der Systematik der RLV/QZV dazu führte, dass dieser Arztgruppe für die nephrologischen Leistungen keine qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen eingeräumt wurde). Auch der Umstand, dass im streitgegenständlichen Quartal von 82 Ärzten mit der Genehmigung nach §§ 3, 4 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä in Hessen, von denen sechs nicht über die Schwerpunktbezeichnung Nephrologie verfügen, mithin nicht der Fachgruppe der Klägerin angehören, nach dem ebenfalls unwidersprochenen Vortrag der Beklagten lediglich 17 keine Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM-Ä abrechneten, spricht dafür, dass eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisbesonderheit bei der Klägerin nicht gegeben ist.

Etwas anderes ergibt sich nach Auffassung des Senats auch nicht aus der von der Klägerin geltend gemachten Inhomogenität der Vergleichsgruppe. Wie bereits ausgeführt, sahen die Honorarverteilungsregelungen in Hessen für das streitgegenständliche Quartal mit Abschnitt II Nr. 3.7 HV 2010 zum Ausgleich etwaiger Honorarverluste aufgrund der Einbeziehung der noch im Vorquartal als Vorwegleistung außerhalb des Regelleistungsvolumens vergüteten Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM-Ä eine Härtefallregelung vor, die geeignet war, die aufgrund der Einbeziehung der Leistungen in das RLV entstehende Honorarverwerfungen auszugleichen. Die Klägerin hat indessen ausweislich des Bescheids der Beklagten vom 30. Mai 2016 bereits die tatbestandlichen Voraussetzungen der Ausgleichsregelung nicht erfüllt, da sie im streitgegenständlichen Quartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal lediglich einen Honorarverlust in Höhe von 9,27 % erlitten hat. Soweit die Klägerin hierzu vorträgt, dass für das von der Beklagten insoweit der Berechnung zugrundegelegte Quartal III/2008 erhebliche Honorarnachzahlungen, welche sich aus der seinerzeit rechtswidrigen Einbeziehung ihrer Fachgruppe in die RLV ergaben, nicht berücksichtigt wurden, kann sie hiermit nicht gehört werden, da der Bescheid vom 30. Mai 2016 bestandskräftig ([§ 77 SGG](#)) geworden ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach hat die Klägerin die Kosten des Verfahrens zu tragen, da sie unterlegen ist. Eine Erstattung der Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, weil diese keine Anträge gestellt haben.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) sind nicht gegeben, da die Beteiligten über die Auslegung ausgelaufenen Rechts streiten. Soweit die Beklagte darauf hinweist, dass der Begriff "besonderer Versorgungsaufwand" auch noch in ihren aktuellen Honorarverteilungsregelungen Verwendung findet, liegt revidibles Recht im Sinne von [§ 162 SGG](#) nicht vor (vgl. BSG, Urteil vom 19. Oktober 2011 – [B 6 KA 22/10 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 65).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 52 Abs. 1, 47 Abs. 1 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG) i. V. m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1 GKG](#) und berücksichtigt das wirtschaftliche Interesse der Klägerin an der Neubescheidung der Quartalsabrechnung für das Quartal III/2010, welches mit ihrem Interesse an der Neubescheidung des Antrags auf Sonderregelung identisch ist.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-12-12