

B 6 KA 20/10 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 12/08
Datum
10.12.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 17/09
Datum
17.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 20/10 R
Datum
29.06.2011
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Hessischen Landessozialgerichts vom 17. März 2010 und des Sozialgerichts Marburg vom 10. Dezember 2008 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens in allen Rechtszügen.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Zuerkennung einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens (RLV) für die Quartale IV/2006 und I/2007.

2

Der Kläger ist seit Februar 1998 als Facharzt für Anästhesiologie in Frankfurt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Am 4.6.2007 beantragte er eine Änderung seines RLV. Er arbeite im Wesentlichen für den MKG-Chirurgen Dr. Dr. S., der umfangreiche und lang dauernde Operationen durchführe. Während sein RLV bei 1586 und 1616 Punkten pro Fall liege, habe er einen Bedarf von 9900 Punkten pro Fall. Der Kläger rechnete im Quartal IV/2006 1 172 985 Punkte ab. Sein RLV betrug bei 112 Fällen mit einem durchschnittlichen Fallwert von 1617,5 Punkten 181 160 Punkte, was eine Überschreitung um 991 825 Punkte bedeutete. Das Bruttohonorar setzte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) auf 19 009,89 Euro fest, wovon 5468,79 Euro als Auffüllbetrag nach Ziffer 7.5 Honorarverteilungsvertrag (HVV) gezahlt wurden. Im Quartal I/2007 rechnete der Kläger 1 118 815 Punkte ab. Sein RLV betrug bei 106 Fällen mit einem durchschnittlichen Fallwert von 1615,3 Punkten 171 221,8 Punkte, die Überschreitung damit 947 593,2 Punkte. Er erzielte ein Bruttohonorar in Höhe von 14 237,51 Euro einschließlich eines Auffüllbetrages in Höhe von 5524,57 Euro.

3

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 17.8.2007 ab, weil Sonderregelungen zu den RLV nach einer Festlegung des Vorstands nur noch in Einzelfällen bei Vorliegen einer Sicherstellungsproblematik erfolgen könnten. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12.12.2007 zurück. In Frankfurt seien mindestens 33 weitere Anästhesisten niedergelassen, die berechtigterweise die gleichen Leistungen wie der Kläger erbrächten. Zwar rechne der Kläger überdurchschnittlich häufig besonders zeitintensive Operationen ab, es handle sich aber um anästhesiologische Leistungen, die von allen Fachärzten für Anästhesiologie erbracht werden könnten und bei der Ermittlung der RLV-Fallpunktzahlen berücksichtigt worden seien.

4

Das SG hat mit Urteil vom 10.12.2008 den angegriffenen Bescheid der Beklagten aufgehoben und sie zur Neubescheidung verurteilt. Die Beklagte habe verkannt, dass bei dem Kläger ein Ausnahmefall vorliege, in dem ihr Vorstand aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vornehmen müsse. Dies sei unabhängig von der Honorarhöhe oder evtl Ausgleichszahlungen nach Ziffer 7.5 HVV zu beurteilen. Bei der Feststellung der Sicherstellungsgründe komme es nicht allein auf die Versorgung im Umkreis der Praxis an, sondern auf den Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Hier liege ein Schwerpunkt der Praxis auf bestimmten Operationen und dem damit einhergehenden besonderen Bedarf an Anästhesieleistungen. Der Kläger habe die Leistungen nach Nr 05330 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) 2005 (Anästhesie und/oder Narkose) und

Nr 05331 EBM-Ä 2005 (Zuschlag zu der Leistung nach Nr 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit) im Quartal I/2007 auf 100 Behandlungsfälle 94 bzw 903-mal erbracht, während in der Vergleichsgruppe von 174 Praxen diese Leistungen nur von 95 bzw 75 Praxen erbracht worden seien mit einer Häufigkeit von 3 bzw 8 Leistungen auf 100 Behandlungsfälle bzw bezogen auf die Abrechner dieser Leistungen von 6 bzw 18 Leistungen auf 100 Behandlungsfälle.

5

Das LSG hat die Berufung der Beklagten mit Urteil vom 17.3.2010 zurückgewiesen. Die Voraussetzungen für eine Erhöhung der RLV nach Ziffer 6.3 letzter Absatz HVV lägen nicht vor, weil eine Sicherstellungsproblematik nicht gegeben sei. Es sei nicht ersichtlich, dass ohne sein Leistungsangebot die anästhesiologische Versorgung der Versicherten in der Region der Praxis des Klägers nicht mehr gewährleistet sei. Der HVV sei jedoch deshalb rechtswidrig, weil es an einer allgemeinen Härtefallregelung fehle. [Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG](#) fordere eine Ausnahme vom RLV auch dort, wo sich innerhalb einer Arztgruppe bereits vor Inkrafttreten der Regelung über die RLV Ärzte mit Leistungen in zulässiger Weise spezialisiert hätten und dieses spezifische Leistungsangebot durch das RLV der Fachgruppe nicht leistungsangemessen abgedeckt werde. Für die Frage, wann eine solche Spezialisierung vorliege, könne an die Rechtsprechung des BSG zu ähnlichen Problemlagen angeknüpft werden. Zum Merkmal der Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs als Voraussetzung für die Erweiterung eines Zusatzbudgets nach dem EBM-Ä 1997 habe das BSG ausgeführt, dies setze eine von der Typik der Arztgruppe nachhaltig abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebiets voraus, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei. Indizien für eine solche Spezialisierung seien ein gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe signifikant erhöhter Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden Leistungen am Gesamtpunktvolumen in der Vergangenheit sowie eine im Leistungsangebot bzw in der Behandlungsausrichtung der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung. Im Fall des Klägers liege ein Härtefall vor, weil das ihm zuerkannte RLV seine besondere, vom Durchschnitt der Arztgruppe deutlich abweichende Praxisstruktur nicht berücksichtige. Er betreue in einem besonders hohen Umfang zeitintensive ambulante Operationen eines MKG-Chirurgen. Der Anteil der die Dauer der Anästhesie/Narkose kennzeichnenden Zuschlagsnummer 05331 EBM-Ä 2005 betrage im Quartal IV/2006 55,11 % und im Quartal I/2007 56,99 % des abgerechneten Gesamtpunktvolumens. Eine Sonderregelung scheidet nicht deshalb aus, weil der Kläger überproportional fachgruppentypische Leistungen abgerechnet habe. Ein zu berücksichtigender Praxischwerpunkt könne auch dann vorliegen, wenn in einem für die Vergleichsgruppe außergewöhnlichen Umfang bei nur geringen Fallzahlen spezifische Leistungen abgerechnet würden. Das Fehlen einer Härtefallregelung werde auch nicht durch die unter zahlreichen Vorbehalten stehende Regelung der Ziffer 7.5 HVV ausgeglichen, die Fallwertminderungen von mehr als 5 % im Vergleich zum Referenzquartal verhindern solle. Schließlich sei das Fehlen einer Härteregeung auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung unbeachtlich.

6

Hiergegen richtet sich die Revision der Beklagten. Eine Sicherstellungsproblematik bestehe nicht. Die Annahme eines atypischen Falles scheitere hier schon daran, dass der Kläger fachgruppentypische Leistungen überproportional abgerechnet habe. Der HVV enthalte mit den Ziffern 6.3 letzter Absatz und 7.5 HVV bereits Härtefallregelungen. Die Rechtsprechung des BSG zum Erfordernis einer allgemeinen Härteregeung sei vor der Einführung von RLV ergangen. Sie könne nur insoweit gelten, als sie nicht im Widerspruch zu den Vorgaben des Bewertungsausschusses stehe. Danach könnten Anpassungen des RLV nur zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung vorgenommen werden. Zwar sehe [§ 87b Abs 3 Satz 3 SGB V](#) und in Umsetzung dieser Vorgaben der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 in Teil F Nr 3.6 vor, dass auch Praxisbesonderheiten bei der Bestimmung des RLV zu berücksichtigen sind. Diese Regelung entfalte aber keine Rückwirkung, sodass sich aus ihr für den streitigen Zeitraum nichts herleiten lasse.

7

Die Beklagte beantragt, die Urteile des Hessischen Landessozialgerichts vom 17.3.2010 und des SG Marburg vom 10.12.2008 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

8

Der Kläger beantragt schriftsätzlich, die Revision zurückzuweisen.

9

Er hält die angefochtenen Urteile für zutreffend.

10

Die Revision der Beklagten ist begründet. Das SG und das LSG haben zu Unrecht den angefochtenen Bescheid aufgehoben und die Beklagte zur Neubescheidung verurteilt. Die Beklagte hat den Antrag des Klägers auf Erhöhung seines RLV zu Recht abgelehnt.

11

1. Das LSG hat zutreffend ausgeführt, dass eine Beiladung der Krankenkassenverbände als Vertragspartner im Rahmen der Honorarverteilung nicht notwendig gewesen ist. Der Senat hat bereits entschieden, dass es sich bei der Beiladung der Krankenkassenverbände als Vertragspartner im Rahmen der Honorarverteilung um einen Fall der einfachen Beiladung nach [§ 75 Abs 1 SGG](#) handelt, die im Ermessen des Gerichts steht (stRspr, vgl zuletzt BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 8 RdNr 12](#)). Allein der Gesichtspunkt, dass es in einem Rechtsstreit auf den Inhalt, die Auslegung oder die Wirksamkeit einer (Honorarverteilungs-)Regelung ankommt, führt nicht dazu, dass die Entscheidung gegenüber den an der Normsetzung Beteiligten nur einheitlich ergehen kann und deren Beiladung in jedem

Vergütungsrechtsstreit deshalb notwendig wird (vgl BSG [SozR 3-2500 § 115 Nr 1](#) S 3 für die Gesamtvertragspartner; [BSGE 78, 98](#), 99 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#) S 35 für die Bundesmantelvertragspartner; ebenso BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 5](#) RdNr 6 für den EKV-Z; BSG Urteil vom 11.5.2011 - [B 6 KA 2/10 R](#) - RdNr 11 für die Vertragspartner des EBM-Ä, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Die vom Gesetzgeber mit der Neufassung des [§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) durch Art 1 Nr 64 Buchst h des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#)) beabsichtigte Einbindung der Verbände der Krankenkassen in die Mitverantwortung für eine leistungsgerechte Honorarverteilung ([BT-Drucks 15/1525 S 101](#) zu Art 1 Nr 64 Buchst h (§ 85)) ändert nichts daran, dass im Honorarstreitverfahren primär über den Anspruch eines Leistungserbringers auf vertragsärztliches Honorar und nur inzident (auch) über die Geltung von Vorschriften des HVV gestritten wird. Das Unterlassen auch einer sachgerechten und naheliegenden einfachen Beiladung ist kein sachentscheidungs hindernder Verfahrensmangel (vgl [BSGE 95, 141](#) RdNr 6 = [SozR 4-2500 § 83 Nr 2](#) RdNr 14; BSG Urteil vom 23.3.2011 - [B 6 KA 8/10 R](#) - RdNr 11, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen), und eine solche Beiladung kann gemäß [§ 168 Satz 1 SGG](#) in der Revisionsinstanz nicht nachgeholt werden (BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 8](#) RdNr 13; BSG Urteil vom 11.5.2011 - [B 6 KA 2/10 R](#) - RdNr 11 mwN, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

12

2. Der in den streitbefangenen Quartalen geltende HVV entsprach mit der Bestimmung von RLV den Vorgaben des Bewertungsausschusses, die dieser - gemäß der ihm nach [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) letzter Teilsatz SGB V übertragenen Aufgabe - am 29.10.2004 mit Wirkung für die Zeit ab 1.1.2005 beschlossen hatte (DÄ 2004, A 3129). Gemäß Teil III Nr 2.1 iVm Nr 3 dieses Beschlusses waren die KÄVen verpflichtet, in der Honorarverteilung RLV in der Weise festzulegen, dass arztgruppeneinheitliche Fallpunktzahlen vorzusehen waren, aus denen durch Multiplikation mit individuellen Behandlungsfallzahlen praxisindividuelle Grenzwerte zu errechnen waren, in deren Rahmen die Vergütung nach einem festen Punktwert (sogenannter Regelleistungspunktwert) zu erfolgen hatte. In der Anlage 1 zum Teil III des Beschlusses waren tabellarisch die erfassten Arztgruppen aufgeführt, die dem RLV unterlagen. Hierzu zählen auch die Fachärzte für Chirurgie.

13

Kernpunkte der gesetzlichen Neuregelung sind, wie der Senat bereits in seinem Urteil vom 17.3.2010 ([BSGE 106, 56](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 54](#), RdNr 14 ff) dargelegt hat, nach [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) (in der Fassung des GMG vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#)) zwei Vorgaben, nämlich die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und fester Punktwerte, sowie - gemäß [§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V](#) - für darüber hinausgehende Leistungen abgestufte Punktwerte. Dementsprechend sah der hier maßgebliche HVV, den die Beklagte und die Krankenkassen für die Zeit vom 1.7.2006 bis zum 31.3.2007 geschlossen hatten, in Ziffer 6.3 HVV die Bildung fallzahlabhängiger praxisindividueller RLV auf der Grundlage arztgruppenspezifischer Fallpunktzahlen sowie in Ziffer 6.4 HVV die Bewertung der innerhalb des RLV liegenden Honorarforderungen mit einem festen Punktwert von 4,0 Cent vor. Der Senat hat bereits entschieden, dass dem Erfordernis arztgruppenspezifischer Grenzwerte auch eine Regelung genügt, die eine arztgruppeneinheitliche Festlegung nur bei den Fallpunktzahlen vorgibt, dann deren Multiplikation mit den individuellen Behandlungsfallzahlen vorsieht und so zu praxisindividuellen Grenzwerten führt (so im Übrigen die Regelung in Teil III Nr 3 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004; vgl BSG aaO, RdNr 15). Der Punktwert unterlag nach Punkt 2.2 der Anlage zu Ziffer 6.3 HVV einer Quotierung, soweit der zur Verfügung stehende Anteil am Verteilungsbetrag in einer Honorar(unter)gruppe zur Honorierung der angeforderten Leistungen nicht ausreichte. Die über das praxisindividuelle RLV hinausgehenden Honorarforderungen waren nach Ziffer 6.4 HVV mit einem Punktwert von mindestens 0,51 Cent zu bewerten.

14

3. Das LSG hat zu Recht entschieden, dass eine Erhöhung des RLV des Klägers nach Ziffer 6.3 letzter Absatz HVV ausscheidet. Diese Regelung enthält keinen allgemeinen (Auffang-)Tatbestand für alle denkbaren Ausnahmefälle, sondern lässt Anpassungen nur zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung zu. Das ergibt sich bereits hinreichend deutlich aus dem Wortlaut der Bestimmung (vgl zur Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsregelungen im EBM-Ä BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 10](#) RdNr 10), wonach der Vorstand ermächtigt ist, "aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen". Nur für eine Anpassung unter Sicherstellungsgesichtspunkten findet sich im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 eine Ermächtigungsgrundlage. Nach Nr 3.1 dieses Beschlusses können im HVV "zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und zur Zielerreichung einer Maßnahme in 1. (Maßnahmen zur Steuerung arztgruppenspezifischer Auswirkungen) Anpassungen des Regelleistungsvolumens vorgenommen werden". Diese Ermächtigung richtet sich an die Vertragspartner des HVV, die im HVV abstrakt-generelle Voraussetzungen für Abweichungen vom RLV statuieren können. Da abstrakt-generell nicht alle Fälle erfasst werden können, die eine Anpassung erfordern, ist nicht zu beanstanden, dass der HVV den Vorstand der Beklagten aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung zu Anpassungen des RLV im Einzelfall ermächtigt. Nach ständiger Rechtsprechung des Senats kann der Vorstand der KÄV zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen, insbesondere zur Beurteilung der Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen, ermächtigt werden (vgl BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 31](#) S 240 f mwN).

15

Die Beklagte hat zu Recht einen Ausnahmefall unter Sicherstellungsgesichtspunkten verneint. Die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine Entscheidung über die Erhöhung der RLV des Klägers liegen nicht vor. Zwar reicht allein der Hinweis, dass weitere Ärzte im Planungsbereich der Praxis des Klägers die gleichen Leistungen erbringen, allein zur Verneinung eines Sicherstellungsbedarfs iS der Ziffer 6.3 HVV nicht aus. Das Merkmal der Sicherstellung ist in diesem Zusammenhang nicht so eng zu verstehen, dass es nur darauf ankommt, ob ohne den Antragsteller die von ihm erbrachten Leistungen im Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen (s näher dazu Urteil des Senats vom heutigen Tag - [B 6 KA 17/10 R](#)).

16

Sachgerecht ist es, für die Auslegung der Nr 3.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 sowie der Ziffer 6.3 letzter Absatz HVV die Rechtsprechung des Senats zum "besonderen Versorgungsbedarf" als Voraussetzung für eine Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets, die ebenfalls im Grundsatz auf eine arztgruppeneinheitliche Festlegung angelegt waren (vgl BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 17](#) RdNr 32), heranzuziehen und weiterzuentwickeln. Zwar fassen die RLV alle Leistungen zusammen, die als typische dem Praxis- und als

spezielle den Zusatzbudgets zugewiesen waren (vgl BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 12](#) RdNr 12 ff). Vergleichbar mit der hier streitigen Regelung ist jedoch die unter der Geltung der Praxis- und Zusatzbudgets im EBM-Ä vorgesehene Möglichkeit, im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Budgeterweiterung vorzunehmen. Zur Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" hat der Senat mehrfach ausgeführt, dass eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung vorliegen müssten, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl hätten (BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 12](#) RdNr 15 f; Nr 17 RdNr 36). Dabei hat er als mögliches Indiz für die Atypik im Vergleich zur Fachgruppe angesehen, dass im Verhältnis zum Fachgruppenschichtschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezialgebiet vorliegt. Zusätzlich sei erforderlich, dass die Honorierungsquote für die speziellen Leistungen überdurchschnittlich gering gewesen sei, was voraussetze, dass das Gesamtleistungsvolumen insgesamt signifikant überdurchschnittlich hoch gewesen sei. Erhebliches Gewicht kann nach dieser Rechtsprechung dem Gesichtspunkt zukommen, dass das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem Spezialisierungsbereich die Budgetgrenze übersteigt. Aus einer derartig dokumentierten Spezialisierung können Rückschlüsse auf die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gezogen werden (vgl BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 31](#) S 178).

17

Diese Kriterien sind auch unter Geltung der RLV geeignet, das Merkmal der Sicherstellung der Versorgung zu konkretisieren. Eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung, die Rückschlüsse auf einen Versorgungsbedarf erlaubt, kann 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 genügt es allerdings nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die überdurchschnittliche Abrechnung von Gesprächsleistungen konnte danach nicht zur Freistellung vom Teilbudget "Gesprächsleistungen" führen, weil fachgruppentypische Leistungen keine abweichende Praxisausrichtung belegen können (BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 12](#) RdNr 15 f). Die Überschreitung des praxisindividuellen RLV muss vielmehr darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM-Ä.

18

Der Kläger macht hier kein solches spezielles Leistungsspektrum geltend, die Überschreitungen des RLV resultieren vielmehr aus der besonders langen Dauer der von ihm durchgeführten anästhesiologischen Leistungen. Bis zum Quartal I/2009 ist er nach eigenen Angaben ausschließlich im Bereich der Zahnmedizin tätig gewesen. Aufgrund seiner Zusammenarbeit mit dem MKG-Chirurgen Dr. Dr. S rechnete der Kläger überdurchschnittlich oft besonders hoch bewertete Leistungen ab. Bereits mit der Abrechnung der Nr 05330 EBM-Ä 2005 (Anästhesie und/oder Narkose), die mit 2285 Punkten bewertet ist, überschritt er die dem RLV zugrunde liegende durchschnittliche Fallpunktzahl von 1617,5 bzw 1615,3 Punkten. Die Nr 05331 EBM-Ä 2005, der Zuschlag zu dieser Leistung bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose je weiterer vollendeter 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit, ist mit 660 Punkten bewertet. Ein besonderer Versorgungsbedarf hierfür ist nicht feststellbar und ist vom Kläger zuletzt auch nicht mehr geltend gemacht worden. Allein der Umstand, dass der Kläger eine fachgruppentypische Leistung besonders häufig abrechnet, lässt nicht auf einen besonderen Versorgungsbedarf schließen. Die Praxisausrichtung auf besonders zeitintensive Leistungen aus dem allgemeinen Leistungsspektrum der Fachgruppe vermag schon deshalb keine vergütungsrelevante Besonderheit zu begründen, weil sie weder eine besondere Qualifikation noch eine besondere sachliche und personelle Ausstattung der Praxis erfordert. Soweit der Kläger vorträgt, zeitintensive anästhesiologische Leistungen könnten unter Geltung der RLV nicht wirtschaftlich erbracht werden, trifft dies gegebenenfalls die gesamte Fachgruppe. Mit den RLV soll auch nicht ein eingeschränktes, sondern ein umfassendes Leistungsprofil abgebildet werden. Es würde dem Konzept der RLV mit seiner Anknüpfung an fachgruppenbezogene Durchschnittswerte, die alle fachgruppentypischen Leistungen abbilden, widersprechen, wenn ein Teil der Fachgruppe ausschließlich die niedriger bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet, während ein anderer Teil ausschließlich die hoch bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet und dafür eine individuelle Erhöhung des RLV erhalten würde.

19

4. Entgegen der Auffassung des LSG liegen auch die Voraussetzungen für die Annahme eines Härtefalles nicht vor. Der HVV ist nicht wegen Fehlens einer allgemeinen Härteklauseel rechtswidrig. Der Senat hat in ständiger Rechtsprechung (vgl [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 23](#), RdNr 38; zuletzt BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 42 mwN) ausgeführt, dass im Hinblick auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Wege der ergänzenden gesetzeskonformen Auslegung eine ungeschriebene generelle Härteklauseel in die Honorarverteilungsbestimmungen hineinzuninterpretieren ist, wenn ein Honorarverteilungsmaßstab (HVM) keine oder eine zu eng gefasste Härteklauseel enthält. Es besteht keine Veranlassung, hiervon abzuweichen. Als maßgeblichen Gesichtspunkt für die Notwendigkeit einer Härtefallregelung hat der Senat angesehen, dass der Normgeber des HVM nicht alle denkbaren besonderen Konstellationen vorhersehen kann (vgl [SozR 3-2500 § 85 Nr 27](#) S 196; [BSGE 83, 52](#), 61 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 28](#) S 210: Honorarbegrenzung auf individueller Bemessungsgrundlage). Das gilt in gleicher Weise für die Vertragspartner des HVV. Da die generellen Vorgaben des Bewertungsausschusses damit auch nicht in Frage gestellt werden, steht die Vorrangigkeit der von ihm aufgestellten Regelungen einer ungeschriebenen Härteklauseel nicht grundsätzlich entgegen.

20

Eine allgemeine Härteklauseel ist auch unter Geltung der RLV erforderlich. Der Beklagten ist zwar zuzustimmen, dass die Rechtsprechung des Senats zum Erfordernis einer generellen Härteregeelung überwiegend Vergütungssysteme betraf, bei denen die Honorierung nach einer individuellen, am Abrechnungsvolumen von Vorquartalen ausgerichteten Bemessungsgrundlage erfolgte (vgl etwa BSG aaO; BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 10](#)). Auch und gerade bei einem Honorarsystem, das sich in seinen Grundlagen am Durchschnitt orientiert und damit notwendig nivelliert, ist aber zu berücksichtigen, dass in besonderen Einzelfällen Härtesituationen entstehen können. Allerdings sind die Voraussetzungen für die Annahme eines Härtefalles hier eng zu ziehen, weil der HVV bereits in Ziffer 6.3 und Ziffer 7.5 Regelungen enthält, mit denen einerseits besondere Versorgungsstrukturen und andererseits existenzbedrohende Honorarminderungen berücksichtigt werden. Ein Härtefall kann daher nur noch im seltenen Ausnahmefall in Betracht kommen, wenn trotz dieser Mechanismen im HVV durch Umstände,

die der Vertragsarzt nicht zu vertreten hat, ein unabweisbarer Stützungsbedarf entsteht. Es müssten hier sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sein als auch ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestehen (vgl. [BSGE 96, 53 = SozR 4-2500 § 85 Nr 23](#), RdNr 40; BSG Beschlüsse vom 28.10.2009 - [B 6 KA 50/08 B](#) - RdNr 11 und vom 8.12.2010 - [B 6 KA 32/10 B](#) - RdNr 17 f). Ansonsten könnten allenfalls noch gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur zur Anerkennung einer Härte führen (vgl. [BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 148 f: Einziger auch konventionell arbeitender Radiologe im Landkreis).

21

Gemessen hieran kommt die Annahme eines Härtefalls nicht in Betracht. Eine Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz des Klägers ist nicht vorgetragen. Allein der Umstand, dass ein Vertragsarzt infolge der Nivellierung durch die RLV wirtschaftliche Einbußen erleidet, vermag keinen Härtefall zu begründen. Den Vertragsarzt trifft auch ein unternehmerisches Risiko (vgl. [BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 145). Dieses Risiko ist hier im Übrigen durch Zahlungen aufgrund der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV zumindest teilweise kompensiert worden. Danach wurde eine Minderung des Fallwertes im Abrechnungsquartal gegenüber dem entsprechenden Begrenzung der Fallwerterhöhung vgl. Urteile des Senats vom 18.8.2010 - [B 6 KA 27/09 R](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 58 sowie [B 6 KA 16/09 R](#), [B 6 KA 26/09 R](#) und [B 6 KA 28/09 R](#) -). Ungeachtet der Frage einer Existenzbedrohung sind dem Kläger jedenfalls für die streitigen Quartale tatsächlich Ausgleichszahlungen zugeflossen, die zwar seine Verluste gegenüber den Referenzquartalen nicht vollständig ausgeglichen, wohl aber deutlich abgedeckt haben. So wurde der Fallwert von 110,1692 Euro im Quartal IV/2006 nach Vergleich mit dem Fallwert für das Quartal IV/2005 von 180,7544 Euro um 53,0950 Euro je Fall angehoben. Der durchschnittliche Fallwert des Klägers betrug in diesem Quartal 169,73 Euro gegenüber 133,64 Euro in der Fachgruppe.

22

5. Die Beklagte hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die Regelung des [§ 87b Abs 3 Satz 3 SGB V](#) hier keine Bedeutung hat, weil sie keine Rückwirkung entfaltet. Nach dieser Bestimmung sind bei der Honorarverteilung seit dem 1.1.2009 Praxisbesonderheiten und damit atypische Umstände, die eine Abweichung von den generellen Verteilungsregelungen auslösen können, zu berücksichtigen (zum Begriff "Praxisbesonderheit" im Rahmen der Honorarverteilung BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 10](#) RdNr 35). Dass es sich dabei lediglich um eine Klarstellung handeln soll, ist nicht ersichtlich. Nach dem Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 (Teil F Nr 3.6, DÄ 2008, A-1993; vgl. dazu auch Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Mai 2011, K § 87b RdNr 52 f) können sich Praxisbesonderheiten aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben. Abgesehen von dem Fehlen einer Rückwirkung kommt auch bei Zugrundelegung dieser Kriterien ein Anspruch des Klägers auf Erhöhung seines RLV nicht in Betracht.

23

6. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung des [§ 154 Abs 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2011-11-09