

L 24 KA 105/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 172/06
Datum
24.06.2009

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 105/09
Datum
15.06.2011

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht die Höhe des dem Kläger für Quartale II und IV/2005 sowie II und IV/2006 zustehende Honorars, konkret die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten.

Dieser ist seit 1992 als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg mit Sitz in F zugelassen. Er ist bereits seit dem 18. Dezember 1991 berechtigt, die Zusatzbezeichnung "Allergologie" zu führen.

Die Beklagte errechnete das dem Kläger zustehende Honorar unter Zugrundelegung der einschlägigen Honorarverteilungsverträge (HVV) vom 19. Mai 2005 bzw. -für das letzte hier streitgegenständliche Quartal- vom 1. Juli 2006.

In allen Quartalen betrug die durchschnittliche Fallzahl der Fachärzte für Kinderheilkunde (DFZ) 820 und die so genannte Grenzfall(punkt)zahl (GFPZ) 770.

Die Beklagte gewährte für II/2005 mit Honorarbescheid vom 27. Oktober 2005 in Anwendung des HVV für 1116 HVV-relevante Behandlungsfälle ein Honorar in Höhe von 49.193,23 EUR brutto. Unter Berücksichtigung eines Korrekturfaktors gemäß § 10 Abs. 4 HVV ergab sich im Primärkassenbereich (PK-Bereich) ein so genannter Abstufungsfaktor von 37,59 % und im Ersatzkassenbereich (EK-Bereich) von 53,34 %.

Der Kläger erhob Widerspruch und begehrte die Erhöhung des Korrekturfaktors auf 1,5. Durch die Schließung der Praxis der Kollegin Dr. W habe sich sein Patientenaufkommen erhöht. Gleichzeitig begehrte er die Erhöhung der GFPZ unter Berücksichtigung seines Schwerpunktes Allergologie und der Behandlung einer Vielzahl von Kindern mit ADHS/ADS. Diese bedürften intensiver Beratungen, so dass die Gebührennummer (GNR) 04120 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sehr oft abgerechnet werden müsse. Weil sehr häufig allergische Patienten Inhalationen benötigten und er eine Physiotherapeutin angestellt habe, häuften sich auch die physikalisch-medizinischen Leistungen.

Die Beklagte gab dem Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20. Juli 2006 teilweise statt und erhöhte ab dem Quartal II/2005 für sechs Quartale den Korrekturfaktor auf 1,5. Zur Begründung gab sie an, die Erhöhung erfolge auf der Grundlage des § 10 Abs. 4 HVV i.V.m. Abschnitt C Nr. 1.1 und Abschnitt B Abs. 3 der Richtlinie zur Auslegung des HVV (RiLi-HVV) in der Fassung vom 17. Februar 2006. Eine Erhöhung der GFPZ nach den Vorgaben des HVV i.V.m. der Richtlinie sei nicht möglich, da die Parameter für ein besonderes Leistungsspektrum nicht erfüllt seien. Die Beklagte gewährte eine Nachvergütung von - vor Abzug der Verwaltungskosten - 4.275,89 EUR.

Die Beklagte gewährte dem Kläger ferner mit Honorarbescheid vom 27. April 2006 für das Quartal IV/2005 für 1078 HVV-relevante Behandlungsfälle bei einem Korrekturfaktor von 1,25 ein Honorar in Höhe von 48.552,13 EUR (brutto). Mit Ergänzungsbescheid vom 20. Juli 2006 gewährte sie unter Erhöhung des Korrekturfaktors auf 1,5 eine Nachvergütung in Höhe von 3.932,30 EUR. Der Abstufungsfaktor betrug danach im PK-Bereich 52,51 % und im EK Bereich 66,85 %. Der Kläger erhob auch hier Widerspruch. Diesen wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. September 2007 als unbegründet zurück. Eine Erhöhung der GFPZ unter Berücksichtigung des vom Kläger geltend gemachten besonderen Leistungsspektrums nach Abschnitt D Nr. 8 der RiLi-HVV sei nicht möglich. Der Anteil allergologischer Leistungen der GNR 30110 bis 30130 EBM betrage 6,82 % und der Anteil pulmologischer Leistungen im psychisch-medizinischen Bereich

der GNR-Nummern 02500, 04330 bis 04334, 30410 a betrage 5,28 % am HVV-relevanten Gesamtleistungsbedarf und liege somit jeweils unter 15 % des Gesamtleistungsbedarfes. Eine Erhöhung der GFPZ sei deshalb nicht möglich.

Mit Honorarbescheid vom 26. Oktober 2006 gewährte die Beklagte für das Quartal II/2006 für 1049 HVV-relevante Behandlungsfälle ein Honorar in Höhe von 49.734,63 EUR brutto. Der Kläger erhob Widerspruch und reklamierte erneut die Erhöhung der GFPZ unter Berücksichtigung seines besonderen Leistungsspektrums im Bereich der Pulmologie und der Allergologie. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 17. September 2007 zurück.

Die Beklagte gewährte schließlich mit Honorarbescheid vom 26. April 2007 für das Quartal IV/2006 für 1040 HVV-relevante Behandlungsfälle ein Honorar in Höhe von 50.415,45 EUR brutto. Sie wies den dagegen eingelegten Widerspruch mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 17. September 2007 zurück.

Der Kläger hat gegen den Bescheid vom 27. Oktober 2005 (Quartal II/2005) in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 20. Juli 2006 am 04. September 2006 Klage beim Sozialgericht Potsdam (SG) erhoben.

Mit seiner weiteren Klage vom 18. Oktober 2007 hat er die Honorarbescheide für die Quartale IV/2005 sowie II/2006 und IV/2006 sowie die drei Widerspruchsbescheide vom 17. September 2007 angegriffen.

Das SG hat die Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung verbunden.

Der Kläger hat zur Begründung vorgebracht, obwohl ihm mit Urteil des SG vom 12. Januar 2000 (Az.: S 1 KA 26/98) rechtskräftig zugesprochen worden sei, dass er eine Schwerpunktpraxis Allergologie betreibe, sei dieser Schwerpunkt nicht berücksichtigt worden. Seine Leistungen im pulmologisch-allergologischen Bereich seien als Praxisbesonderheit anzuerkennen, da die Leistungen in der Summe 15 % der Gesamtleistungen überschritten. Die Vorgaben der Richtlinie zum HVV stellten in ihrem Wortlaut nicht auf einen getrennten Vergleich einzelner Leistungskomplexe ab, sondern forderten nur ein besonderes Leistungsspektrum. Seine Leistungsangebote im Bereich der pädiatrischen Pneumoallergologie sowie der Behandlung der ADHS seien als Komplex-Spektrum zu betrachten und führten jeweils zu einer Überschreitung von 15 % des Gesamtleistungsbedarfs. Die durch die Beklagte erfolgende Trennung der Pulmologie und der Allergologie sei wissenschaftlich absurd, realitätsleugnend und leitlinienfeindlich. Er hat sich dazu auf die Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie sowie Rechtswissenschaftliche Literatur bezogen. Gleichzeitig bediene er einen Sicherstellungsauftrag, da er in der Umgebung der einzige Allergologe sei. Er habe sich für die Pulmoallergologie einen Bodyplethysomograph angeschafft. Dieses sei das einzige Gerät im gesamten Landkreis H. Seine Praxis stelle für die Behandlung von ADHS-Patienten eine Praxisbesonderheit mit regionaler Sicherstellungsqualität dar. Auch hier sei er im Altkreis N der einzige. Die drei anderen Kinderärzte behandelten ADHS-Patienten nicht nach den Leitlinien. Anhand seiner betriebswirtschaftlichen Auswertung sei ersichtlich, dass seine Personalkosten doppelt so hoch wie die des Durchschnitts seiner Arztgruppe seien. Dies sei durch die personalaufwändige und zeitintensive Untersuchung bedingt. Die GNR 04120 rechne er nicht so oft ab, da er eine körperliche Untersuchung durchführe und diese mit der GNR 04311 abrechne.

Die Beklagte hat vorgebracht, einen engen Zusammenhang zwischen pulmologischen und allergologischen Leistungen nicht zu verleugnen. Die Bereiche seien aber nicht gänzlich deckungsgleich. Darüber hinaus liege der Kläger mit seinen Überschreitungen des Regelleistungsvolumens im Durchschnitt seiner Arztgruppe. Für ihn wirke sich also die Mengenbegrenzung nicht stärker aus als bei seinen Fachkollegen.

Das SG hat die Klagen mit Urteil vom 24. Juni 2009 abgewiesen. Die Honorarverteilungsmaßstäbe - hier der vom 01. April 2005 geltende HVV und speziell für das Quartal IV/2006 der ab 01. Juli 2006 geltende HVV - seien mit den gesetzlichen Regelungen vereinbar und verstießen nicht gegen das Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars. Die Beklagte habe mit der Deckelung des Regelleistungsvolumens billigenwerts Zwecke verfolgt, welche dieses Gebot zulässig einschränken dürften. Solche Einschränkungen dürften sich aus der Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, aus Regelungen des EBM zur Honorarverteilung und aus den zur Umsetzung des EBM getroffenen Vereinbarungen ergeben. Die Beklagte habe auch jeweils die Regelungen zur Erhöhung der GFPZ richtig angewendet. Die Kammer folge der Auffassung der Beklagten, dass die spezialisierten Leistungen des Klägers nicht zu einem besonderen Leistungsspektrum zusammengefasst werden könnten. Das Urteil des Gerichts vom 12. Januar 2005 sei lediglich ein Bescheidungsurteil, aufgrund dessen die Beklagte bei der Erweiterung des mittlerweile abgeschafften Zusatzbudgets allergologische Leistungen als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen habe. Hier jedoch werde von der Beklagten keinesfalls bestritten, dass allergologische Leistungen eine Praxisbesonderheit darstellen könnten. Es gehe allein darum, ob die vom Kläger als Kinderarzt erbrachten besonderen Leistungen auf allergologischem und pulmologischem Gebiet zusammen als besonderes Leistungsspektrum anzuerkennen seien. Auch wenn die Kammer nicht anzweifle, dass sich aus den vom Kläger vorgelegten medizinischen Unterlagen ergäbe, dass ein medizinischer Zusammenhang bestehe, seien die Leistungen nicht völlig deckungsgleich. Nur in diesem Falle sei ggf. eine Addition möglich. Hinsichtlich der allergologischen Leistungen sei nach dem hier ab 01. April 2005 geltenden EBM 2000 plus darauf zu verweisen, dass diese ohne besondere Zusatzausbildung oder Zusatzbezeichnungen zum Kernbereich der Tätigkeiten der Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte und der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gehöre. Bei diesen Fachärzten dürfe deshalb bereits grundsätzlich die Anerkennung eines besonderen Leistungsspektrums (allein) unter Berücksichtigung der allergologischen Leistungen ausscheiden. Die pulmologischen Leistungen alleine überschritten in keinem der Quartale die 15 %. Weitere stellten die vom Kläger abgerechneten diagnostisch-therapeutischen Leistungen (GNR 04311 bis 04361) in keinem Quartal ein gegenüber der Arztgruppe ein besonderes Leistungsspektrum dar, da der Anteil am Gesamtleistungsbedarf adäquat zur Arztgruppe sei. Auch dem Umstand, dass der Kläger als einziger Kinderarzt in der Region Kinder mit der Diagnose ADHS/ADS nach den Richtlinien behandle, führe nicht zu einer anzuerkennenden Praxisbesonderheit. Denn die Bewertung von Praxisbesonderheiten sei nie an die Behandlungsdiagnose gebunden. Überdies bestätigten die drei vom Kläger vorgelegten Aussagen der Kinderärzte alleine, dass deren Nichtbehandlung sich vordergründig auf die Medikation mit Analeptika beziehe, welche diese Ärzte wohl ablehnten. Auch die geltend gemachten hohen Personalkosten könnten nicht zur Anerkennung eines besonderen Leistungsspektrums führen. Zum einen bedinge dies nicht ein besonderes Leistungsspektrum und zum anderen oblägen diese Kosten der eigenen Rentabilitätsausrichtung der Praxis.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung des Klägers. Zur Begründung hat er ausgeführt, die Beklagte und das SG hätten die RiLi-HVV

falsch angewendet. Im Bereich des Vertragsarztrechts werde der Begriff "Leistungsspektrum" nicht nur für einzelne Leistungen verwendet, sondern für eine Gesamtheit. So werde beispielsweise im Regressbereich stets geprüft, ob das verordnete Medikament vom "Leistungsspektrum" der GKV erfasst sei. Aber auch nach dem Wortlaut der 8.1 RiLi-HVV ergebe sich, dass ein besonderes Leistungsspektrum unter Angabe von HVV-relevanten Gnu-Nummern bzw. Leistungsbereichen des EBM 2000 plus gegeben sei. Die von ihm als Kinderarzt erbrachten besonderen Leistungen auf allergologischem und pulmologischem Gebiet seien summiert als besonderes Leistungsspektrum anzuerkennen. Darüber hinaus gehe das SG fehlerhaft davon aus, dass die allergologischen Leistungen nicht immer zu 100 % im Zusammenhang mit pulmologischen Leistungen bzw. umgekehrt erbracht worden seien. Wenn im Kindesalter Asthma aufträte, sei dies zu 90 % allergisch bedingt. Alle Kinder, die Asthma hätten, müssten deshalb auch auf Allergien untersucht werden. Umgekehrt seien Patienten mit Heuschnupfen stets auch auf Asthma hin zu untersuchen. Es bestehe eine medizinische Notwendigkeit junge Patienten allergologisch und pulmologisch zu untersuchen. Dies entspreche auch den international anerkannten Empfehlungen. Vom SG sei weiter übersehen worden, dass der Kläger die Zusatzbezeichnung Allergologie besitze. Diese Zusatzbezeichnung führe jedoch grundsätzlich zur Anerkennung eines besonderen Leistungsspektrums. Zuletzt betrage der Anteil pulmologischer Leistungen im Quartal IV/2006 nicht 2,24 %, sondern 11,44 % gemessen am HVV relevanten Gesamtleistungsbedarf. Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 24. Juni 2009 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung des Honorarbescheides vom 27. Oktober 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Juli 2006 zu verpflichten, den Honoraranspruch für das zweite Quartal 2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, unter Änderung des Honorarbescheides vom 27. April 2006 in der Fassung des Bescheides vom 20. Juli 2006, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2007, zu verpflichten, den Honoraranspruch für das vierte Quartal 2005 entsprechend neu zu bescheiden, unter Änderung des Honorarbescheides vom 26. Oktober 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2007 zu verpflichten, den Honoraranspruch für das zweite Quartal 2006 entsprechend neu zu bescheiden und unter Änderung des Honorarbescheides vom 26. April 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2007 zu verpflichten, den Honoraranspruch für das vierte Quartal 2006 entsprechend zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil. Die Honorardaten des Klägers zeigten deutlich, dass er bei weit überdurchschnittlichen Fallzahlen auch ein überdurchschnittliches Honorar pro Patient erwirtschaftet habe.

Auf die von den Beteiligten eingereichten Schriftsätze wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klagen zu Recht abgewiesen. Die angegriffenen Honorarbescheide in der Fassung der jeweiligen Widerspruchsbescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Auf die Begründung des angegriffenen Urteils wird zunächst nach [§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) Bezug genommen.

Rechtgrundlage für den Anspruch des Klägers auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) in der Fassung des zum 01. Januar 2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999. Nach der gesetzlichen Regelung steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen zu, die gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 2](#) ab dem 01. Juli 2004 nach einem von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstabs erfolgt. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der von dem betroffenen Vertragsarzt erbrachten "abrechnungsfähigen" Leistungen nach Maßstab der Regelungen im HVV zu berücksichtigen. Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung hat gemäß [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V der Bewertungsausschuss zu bestimmen. Zu ihnen gehören insbesondere solche zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; ferner obliegt es dem Bewertungsausschuss, den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) zu treffenden Regelungen zu bestimmen (vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10. Oktober 2007, [L 7 KA 11/02-25](#)).

Maßgeblich für die Quartale II/2005 bis II/2006 ist der ab 01. April 2005 geltende HVV vom 19. Mai 2005, modifiziert durch den Beschluss der Vertreterversammlung vom 17. Februar 2006 i.V.m. der RiLi-HVV in der Fassung vom 17. Februar 2006. Für das Quartal IV/2006 findet der ab 01. Juli 2006 durch das Landesschiedsamt festgesetzte Honorarverteilungsvertrag Anwendung.

Nach dem jeweils gleich lautenden [§ 2 Abs. 2](#) des jeweiligen HVV vergütet die Kassenärztliche Vereinigung die von in den Anlagen 1 und 2 aufgeführten Arztgruppen erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang, dem Regelleistungsvolumen (RLV) mit einem festen Punktwert. Nach [§ 10 Abs. 3 HVV](#) ergibt sich die Höhe des kassenartenspezifischen Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Multiplikation der kassenartenübergreifenden und arztgruppenspezifischen Grenzfallpunktzahl (GFPZ) mit der kassenarten- und arztgruppenspezifischen Grenzfallzahl (GVZ) und dem praxisindividuellen Anteil an ambulanz-kurativen Behandlungsfällen gemäß [Abs. 1](#) einer Kassenarzt- zur Gesamtfallzahl unter Berücksichtigung des praxisindividuellen Korrekturfaktors gemäß [§ 10 Abs. 4 HVV](#). Die für eine Arztpraxis jeweils zutreffende GFPZ und Grenzfallzahl ergibt sich aus der Zugehörigkeit zu einer in der Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen. Der Kläger ist der Arztgruppe der Fachärzte für Kinderheilkunde zuzuordnen. Nach [§ 12 Abs. 1](#) der jeweiligen HVV sind bei Überschreitungen, die auf Praxisbesonderheiten zurückzuführen sind, auf Antrag gemäß der Richtlinien zur Auslegung des HVV Abweichungen zu den Regelungen der [§§ 10 und 11 HVV](#) festzulegen. Nach Abschnitt D Punkt 8 RiLi-HVV bestand die Möglichkeit zur Anhebung der GFPZ aufgrund der Anerkennung eines besonderen Leistungsspektrums oder einer besonderen Patientenstruktur. Der praxisindividuelle Fallzahlkorrekturfaktor rechnet sich nach [§ 10 Abs. 4](#) des jeweiligen HVV aus dem Verhältnis der individuellen Zahl der Behandlungsfälle gemäß [§ 10 Abs. 1 HVV](#) zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe gemäß Anlage 1 im Basiszeitraum der Quartale IV/03 bis III/04. Das je Kassenarzt im aktuellen Abrechnungsquartal abgerechnete und anerkannte Punktzahlvolumen einer Arztpraxis für Leistungen, die dem RLV unterliegen, ist danach bis zur Höhe des kassenarten- und arztgruppenspezifischen RLV der Arztpraxis, jedoch maximal bis zu einer dem

1,5-fachen der GFPZ der Arztgruppe entsprechenden praxisindividuellen Fallpunktzahl (FPZ) mit den in § 8 Abs. 4 des jeweiligen HVV (für Fachärzte) festgelegten Punktwert vergütet.

Leistungen, die dem sogenannten Regelleistungsvolumen (RLV) unterlagen, waren im Primärkassenbereich mit einem Punktwert von 4,01 Cent und im Ersatzkassenbereich mindestens mit 4,1 Cent und höchstens mit 4,4 Cent zu vergüten. Das über das RLV hinausgehende Punktzahlvolumen war mit einem Punktwert von mindestens 0,01 Cent im Primärkassenbereich und 0,1 Cent im Ersatzkassenbereich zu vergüten.

Konkret kann die GFPZ angehoben werden, wenn die FPZ des Widerspruchsführers im Widerspruchsquartal um mindestens 15 % über dem Wert der FPZ seiner Arztgruppe liegt und der Anteil spezialisierter im RLV enthaltener Leistungen gemessen am HVV-relevanten Gesamtleistungsbedarf größer als 15 % ist und sich im Vergleich zum entsprechenden Durchschnitt seiner Arztgruppe eine Überschreitung von mindestens 50 % ergibt. Die Anhebung erfolgt in Höhe der sich aus dem Produkt der Überschreitung der individuellen FPZ zur FPZ der Arztgruppe und dem Leistungsbedarfsanteil der als Besonderheit anerkannten Leistungen ergebenden Punkte, maximal jedoch auf die tatsächliche FPZ bzw. die 1,5-fache GFPZ der Arztgruppe.

Das SG ist richtig von der Gültigkeit der zugrunde gelegten HVV und deren skizzierten Regelungen ausgegangen. Dies entspricht auch der Rechtsprechung des hiesigen Senates (vgl. Urteile vom 21.04.2010 - L 24 KA 72/08 - sowie vom 22.12.2010 - [L 24 KA 78/08](#) für den HVM vom 23. Juli 2004; Urteils ersetzender Beschluss vom 08. März 2011 - L 24 KA 73/08 speziell zum HVV ab 01. April 2005). Das BSG hat bereits mit Urteil vom 07. Februar 1996 [6 RKa 21/95](#), juris Rdnr. 17) festgestellt, dass der Sicherstellungsauftrag dem einzelnen Kassenvertragsarzt kein Recht auf ein bestimmtes, als angemessen bewertetes Honorar für die einzelne Leistung oder für die ärztliche Tätigkeit insgesamt gebe. Eine Ausnahme hiervon sei allenfalls für den Fall denkbar, dass durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet werde. Dass der Kläger seine Kinderarztpraxis nicht mehr wirtschaftlich sinnvoll betreiben kann bzw. im maßgeblichen Zeitraum nicht konnte, hat er zur Überzeugung des Senats nicht dargelegt. Er hält lediglich die Vergütung für unangemessen gering.

Der Senat hat ferner bereits den Ansatz der RiLi-HVV für rechtmäßig erachtet, als Anknüpfungspunkt für zusätzliche Punkte nur Praxisbesonderheiten bei den HVV-spezifische Leistungen mit bestimmten Mindestvolumen anzusehen (vgl. Urteil vom 12.03.2010 - [L 24 KA 13/04-25](#). noch zum Praxisbudget der Rechtslage bis 2002; Urteil vom 22.12.2010 - [L 24 KA 78/08](#) zum HVV 2004). Ganz allgemein kann nämlich für die Frage, wann eine Spezialisierung vorliegt, in im Rahmen des Regelleistungsvolumens die Notwendigkeit einer Ausnahmeregelung begründet, an die Rechtsprechung des BSG zu ähnlichen Problemlagen angeknüpft werden (so zutreffend weitgehend wörtlich Hessisches LSG, Urteil vom 17. März 2010 - [L 4 KA 28/08](#) juris Rdnr. 46 zu dem Begriff der "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" als Voraussetzung für die Erweiterung eines Zusatzbudgets nach dem EBM-Ä 1997 unter Bezugnahme auf BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#) und [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#)). Ein besonderer Behandlungsschwerpunkt bzw. eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebietes setzt also eine von der Typik der Arztgruppe nachhaltig abweichende Praxisausrichtung voraus, gegenüber derjenigen, für die der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Indizien für eine entsprechende Spezialisierung sind ein gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe signifikant erhöhter Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen in der Vergangenheit sowie eine im Leistungsangebot bzw. in der Behandlungsausrichtung der Praxis Der Ansatz der Beklagten, (erst) bei einer Überschreitung der besonderen Leistungen von 15 % der gesamten (HVV-relevanten) Leistungen, lässt keine Ermessensfehler erkennen.

Die Praxis des Klägers hat kein besonderes Leistungsspektrum nach Nr. 8.1 RiLi-HVV ausgewiesen: Der Senat teilt die Einschätzung der zuständigen Fachkammer des SG, dass die Leistungen für Allergologie und Pulmologie nicht zu summieren sind. Zur Vermeidung bloßer Wiederholungen wird auch insoweit auf die zutreffenden Ausführungen im angegriffenen Urteil verwiesen. Das Berufungsvorbringen gibt keinen Anlass zu einer anderen rechtlichen Würdigung. Maßgebend sind die abgerechneten Leistungen, nicht das Maß der Übereinstimmung der behandelten Krankheitsbilder. Die Krankheitskreise Heuschnupfen und Asthma überschneiden sich weithin, sind aber nicht deckungsgleich: Nicht alle Kinder, welche an Asthma leiden, leiden an Allergien. Umgekehrt sind nicht alle Kinder, die unter Allergien leiden - insbesondere Heuschnupfen -, gleichzeitig Asthmatiker. Dass es guter ärztlicher Kunst entspricht, Patienten auf das jeweils andere Krankheitsbild hin zu untersuchen, vermag kein besonderes Leistungsspektrum zu begründen. Die ärztliche Behandlung lege artis wird als Selbstverständlichkeit bei der Honorarverteilung zugrunde gelegt.

Aus demselben Grund kann der Kläger auch nicht verlangen, dass die Behandlung von Patienten mit ADHS/ADS gemäß der einschlägigen Richtlinien mit Methylphenidat oder anderen Analeptika und der damit verbundenen gründlichen und umfassenden Prüfungen als Leistungsbesonderheit zu berücksichtigen sind. Das System der Gesamtvergütung baut auf ärztlichen Leistungen und nicht auf der Gesundheitsstruktur der Patienten einer Praxis auf. Diese führt lediglich bei einzelnen Patienten zu der Notwendigkeit eines intensiveren Behandlungsaufwandes, mithin von mehr Leistungen, hier beispielsweise bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS, die mit Methylphenidat o. ä. therapiert werden. Ausschlaggebend sind generell nicht die Diagnosen, die bei Patienten der Praxis bestehen, sondern die sich darauf ergebende notwendige ärztliche Tätigkeit.

Das Bundessozialgericht - BSG - hat bereits mit Urteil vom 07. Februar 1996 (6 RKa 6/095, zitiert nach juris, Nr. 17) festgestellt, der Sicherstellungsauftrag gebe dem einzelnen Kassenvertragsarzt kein Recht auf ein bestimmtes als angemessen bewertetes Honorar für die einzelne Leistung oder die ärztliche Tätigkeit insgesamt. Eine Ausnahme hiervon sei allenfalls für den Fall denkbar, dass durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet werde. Dafür spricht nichts. Dies wird auch vom Kläger selbst nicht vorgetragen.

Sonstige Ermessensfehler im Widerspruchsverfahren sind nicht ersichtlich. Der Kläger sieht sein besonderes Engagement, das ihn von Kollegen unterscheidet, nicht adäquat honoriert. Nach dem Grundprinzip der Honorierung nach Regelleistungsvolumina, wird aber auf solchen Einsatz in weitem Umfang keine Rücksicht genommen, ohne dass der Kläger als Vertragsarzt in Rechten verletzt wird.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-07-06