

L 11 KA 78/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 33 KA 51/14
Datum

16.08.2017
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 78/17
Datum

18.12.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 16.08.2017 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist eine Ausnahme von der fallzahlbedingten Abstufung der Fallwerte bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) für die Quartale ab IV/2012.

Der Kläger ist als Facharzt für Augenheilkunde in K nieder- und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Unter Hinweis auf die von ihm vorgehaltene Sehschule, die dazu führe, dass er ca. 4.000 Fälle pro Quartal behandle, während die durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl der Augenärzte bei knapp 1.200 Fälle liege, beantragte der Kläger für die Quartale ab IV/2012 auf der Grundlage von § 6 Abs. 2 des ab dem Quartal III/2012 geltenden Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) eine Ausnahme von der fallzahlbedingten Abstufung des RLV-Fallwertes. Da durchschnittlich nahezu 2.000 Fälle lediglich mit 25 % des Fallwertes bewertet würden, führe die Abstufung dazu, dass lediglich knapp über 50 % der erwirtschafteten RLV-relevanten Leistungen tatsächlich vergütet würden. Gründe der Sicherstellung der medizinischen Versorgung sprächen für eine Ausnahmeregelung.

Die Beklagte lehnte den Antrag nach Vorstandsbeschluss vom 19. März 2013 mit Bescheid vom 17. April 2013 ab mit der Begründung, der Kläger rechne zwar die doppelte Fallzahl im Vergleich zur Arztgruppe ab, jedoch seien im Einzugsbereich vier weitere Praxen vorhanden, die weniger als 150 % der Fallzahlen der Fachgruppe liquidierten.

Der Kläger begründete seinen dagegen eingelegten Widerspruch im Wesentlichen damit, dass die Spezialleistungen der Sehschule zwar vereinzelt auch von anderen Augenärzten im Einzugsbereich angeboten würden. Dennoch betreibe er, wie bereits sein Vater als Vorgänger, eine der umfangreichsten Sehschulen im gesamten Einzugsbereich der Beklagten. Tatsächlich seien die weiteren Augenärzte im Einzugsbereich der Beklagten auch in personeller und apparativer Hinsicht nicht in der Lage, seine Patienten zu behandeln. Hierin liege gerade ein Sicherstellungsaspekt, der bislang nicht berücksichtigt worden sei. Die Aussage, dass im Einzugsbereich vier weitere Praxen ansässig seien, die unter 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe abrechneten, sei nicht nachgewiesen. Zudem verstoße dieses von der Beklagten im HVM selbständig bestimmte Kriterium gegen höherrangiges Recht, da es den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletze. Auch sei nicht klar, ob diese Praxen die von ihm, dem Kläger, angebotenen Leistungen erbringen könnten.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 21. Januar 2014 zurück. Zur Begründung führte sie aus, der Kläger rechne zwar die doppelte Fallzahl im Vergleich zur Arztgruppe ab. Eine Erhöhung des RLV aus Sicherstellungsgründen in Form der begehrten Ausnahme von der Abstufung sei jedoch nicht geboten, da im Einzugsbereich des Klägers vier weitere Praxen vorhanden seien, die unter 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe zur Abrechnung brächten. Im Weiteren werde festgestellt, dass ein Zuschlag auf das RLV auf der Grundlage von § 6 Abs. 2 HVM schon deshalb nicht in Betracht komme, weil insbesondere im Hinblick auf die Sehschule die Fallwerte des Klägers den RLV-Fallwert der Arztgruppe nicht um mindestens 30 % überstiegen. Zudem betrage der Versorgungsgrad für die Fachgruppe der Augenärzte im Planungsbereich 110,1 %. Die hohen Fallzahlen des Klägers fänden bei der Ermittlung des RLV dadurch Berücksichtigung, dass eine Abstufung erst nach Überschreiten der durchschnittlichen RLV-relevanten Fallzahl der Arztgruppe um mehr als 150% erfolge.

Hiergegen hat der Kläger am 24. Februar 2014 Klage erhoben, zu deren Begründung er im Wesentlichen das Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren wiederholt und vertieft hat. Ergänzend hat er vorgetragen, seine Fallzahl liege durchschnittlich 320 % über derjenigen der Vergleichsgruppe der Augenärzte. Grund hierfür sei das Betreiben einer der größten Sehschulen im Bereich der Beklagten. Nahezu 80 % der Patienten würden durch ihn und seine Angestellten, insbesondere zwei Orthoptistinnen, auf Überweisung anderer Augenärzte behandelt. Der Leistungsumfang der insoweit maßgeblichen Gebührenordnungspositionen (GOP) 06320 und 06321 bzw. 06333 mache mit einer durchschnittlichen Fallzahl von 1.131,50 (bzw. der doppelten Anzahl für die Augenhintergrunduntersuchung) fast 27,8 % des Gesamtumsatzes im RLV-relevanten Bereich aus. Darüber hinaus fehle für die von der Beklagten im HVM vorgenommene Abstufungsregelung eine Rechtsgrundlage. Es handele sich um eine willkürliche Regelung der Honorarbegrenzung, die entgegen der gesetzlichen Zwecksetzung in [§ 87b Abs. 2 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) als globaler Honorarverteilungsmechanismus wirke. Die Regelung sei zudem nicht mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar. Hiermit sei lediglich eine Abstufung der Punktwerte, die das RLV überschritten, vereinbar. Die HVM-Regelung beschränke schon die Wertigkeit der tatsächlich angefallenen Fälle bei der Ermittlung des RLV. Unabhängig davon habe die Beklagte auch ermessenfehlerhaft keine honorarrelevante Ausnahme zugelassen. Seine Spezialisierung und der Schwerpunkt der Praxis führten zu einem weitaus höheren Umfang der Leistungen und der Fallzahlen als bei anderen augenärztlichen Praxen. Es liege ein unabwiesbarer Versorgungsbedarf an Leistungen der Sehschule vor. Für eine angemessene Vergütung reiche es nicht aus, nur die tatsächlichen Fallzahlen bei der Berechnung des RLV zu berücksichtigen oder einen Zuschlag auf den RLV-Fallwert zu gewähren.

Der Kläger hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 17. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Januar 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über die vom Kläger beantragte Ausnahme von der fallzahlbedingten Abstufung des Fallwertes unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat den angefochtenen Bescheid verteidigt. Die Begrifflichkeit "aus Sicherstellungsgründen" sei dahingehend zu interpretieren, dass es zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht ausreiche, ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die sog. Sehschulziffern seien aber für Augenärzte absolut fachgruppentypisch. Nur die Abrechnungsbescheide für die Quartale IV/2012, II und III/2013 und I und II/2014 seien noch nicht bestandskräftig.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage durch Urteil vom 16. August 2017 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Voraussetzungen von [§ 6 Abs. 2 HVM](#) seien nicht erfüllt, da nach den Feststellungen der Beklagten im Einzugsbereich mehr als zwei weitere Praxen vorhanden seien, die unter 150 % der durchschnittlichen Fallzahlen der Arztgruppe abrechneten. Einen Anlass, diese Feststellungen der Beklagten zu hinterfragen, bestehe nicht. Eine Überschreitung des dem Normgeber zustehenden Gestaltungsspielraumes sei nicht ersichtlich. Vielmehr erscheine eine fallzahlbedingte Abstufung der Fallwerte, die in gleicher Weise auch in den Regelungen der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vorgesehen gewesen sei, durchaus sachgerecht. Nicht entscheidungserheblich sei die Frage, ob dem Kläger konkret eine übermäßige Ausdehnung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit vorzuhalten sei. Das Bundessozialgericht (BSG; Urteil vom 11. Dezember 2013 - [B 6 KA 6/13 R](#) -) habe bereits klargestellt, dass die übermäßige Ausdehnung nicht allein arztindividuell, sondern auch fachgruppenbezogen zu betrachten sei. Ein Anspruch des Klägers auf eine Ausnahme von der fallzahlbedingten Abstufung lasse sich auch nicht darauf stützen, dass die hierfür im HVM bestimmten Kriterien gegen höherrangiges Recht verstießen. Selbst wenn Bedenken gegen die Vereinbarkeit der Regelungen über Ausnahmen von der fallzahlbedingten Abstufung mit höherrangigem Recht bestünden, seien diese nicht durch das Gericht durch nach seinem Dafürhalten sachgerechtere Regelungen zu ersetzen.

Gegen das am 16. Oktober 2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 14. November 2017 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt er vor, Grundlage seines Antrags sei [§ 6 Abs. 2](#) des ab dem Quartal III/2012 geltenden HVM. Ab dem Quartal IV/2012 habe in seiner Praxis immer eine RLV-relevante Fallzahl von über 4.000 Fällen vorgelegen. Daher seien immer über 2.000 Fälle mit 25% oder weniger bezogen auf den Fallwert vergütet worden. Ab dem Quartal II/2015 sei diese Abstufungsregelung ersatzlos aus dem HVM der Beklagten gestrichen worden. Die Abstufungsregelung in [§ 6 Abs. 2 HVM](#) i.V.m. Anlage B3 Schritt 6 sei nicht mit höherrangigem Recht vereinbar. Er sei trotz einer enormen Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und daraus resultierenden fast 325 % höheren Fallzahlen gegenüber der mit ihm zu vergleichenden Gruppe der Augenärzte über die Regelung des [§ 6 Abs. 2](#) in Verbindung mit Anlage B3, Schritt 6 HVM dazu gezwungen, eine Vielzahl der Leistungen weit unter den durch die Beklagte bestimmten Fallwerten zu erbringen. Schließlich seien alle Fälle, die über 200 % des Fallzahlendurchschnitts der Vergleichspraxen lägen, lediglich mit 75 % des Fallwertes bei der Berechnung des RLV zu berücksichtigen. Es handele sich um eine willkürliche Regelung der Honorarverteilung, die entgegen der beschränkten gesetzlichen Zwecksetzung in [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) als überschießender Honorarverteilungsmechanismus wirke. Die Regelung sei zudem nicht mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar. Hiermit sei lediglich eine Abstufung der Punktwerte, die das RLV überschreiten, vereinbar. Die hier herangezogene Regelung setze jedoch vor dieser in [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) normierten Abstufung an und beschränke schon die Wertigkeit der tatsächlich angefallenen Fälle bei der Ermittlung des RLV.

Darüber hinaus habe die Beklagte ermessenfehlerhaft keine honorarrelevante Ausnahme zugelassen. Der unabwiesbare Versorgungsbedarf an Leistungen aus dem Bereich der Sehschule - die nahezu ausschließlich auf Überweisung der niedergelassenen augenärztlichen Kollegen angefordert würden - mache es erforderlich, eine angemessene Vergütung dieser Leistungen im Rahmen des RLV zu gewährleisten. Würden seine Leistungen aus dem Bereich der Sehschule von den anderen augenärztlichen Kollegen übernommen werden, würden diese zwar höhere Fallzahlen im Quartal ausweisen. Aufgrund der Verteilung der Leistungen entstünden daraus aber bei nahezu allen Augenärzten keine Fallzahlen, die über 150 % der durchschnittlichen Fallzahlen lägen. Damit käme es dann bei den Augenärzten zu keinerlei Abstufung bezüglich des Fallwertes. Lediglich die RLV der Augenärzte würden insgesamt steigen und damit auch die Höhe der Vergütung aller Augenärzte. Insoweit werde er durch die Heranziehung der Abstufungsregelung ohne sachlichen Grund benachteiligt. Die zum Quartal IV/2012 neu geschaffene Regelung in [§ 6 Abs. 2 HVM](#) der Beklagten zeige gerade in diesem konkreten Fall die Honorarverteilungsungerechtigkeit auf. Die Beklagte nehme als Ausschluss-Voraussetzung auf, dass andere Augenärzte keine ausreichende

Auslastung (150%-Kriterium) vorwiesen. Die anderen Augenärzte nahmen Patienten, die Sehschulleistungen benötigten, jedoch gar nicht in einem erheblichen Umfang auf. Sie überwiesen diese Fälle gerade an ihn. Dadurch sei es nachvollziehbar, dass es möglicherweise Praxen gebe, die keine ausreichende Auslastung vorzuweisen hätten. Hinzu komme, dass ein solcher Vergleich nur dann angestellt werden könne, wenn die anderen unter dem Kriterium abrechnenden Augenarztpraxen überhaupt apparativ und personell dazu in der Lage seien, Leistungen der Sehschule zu erbringen. Nur dann könnten diese Praxen zumindest theoretisch auch die Sicherstellung der Versorgung mit diesen Leistungen gewährleisten. Eine Vielzahl der Augenärzte könne oder wolle diese Leistungen aber gerade nicht erbringen. Insoweit hätte die Beklagte zumindest Sicherstellungsaspekte im Umfeld seiner Praxis analog der Bedarfsprüfungen im Bereich von Ermächtigungen oder Sonderbedarfszulassungen prüfen müssen. Das sei nicht erfolgt.

Die Frage der "Sicherstellungsgründe", die in diesem Verfahren maßgeblich sei, sei im Rahmen seines vormaligen Verfahrens unter dem Aktenzeichen L 11 KA 114/13 nicht abschließend bewertet worden. Dass auch andere Ärzte im Planungsbereich der klagenden Praxis die entsprechenden Leistungen erbringen könnten, reiche zum Verneinen von Sicherstellungsgründen nicht aus. Im Hinblick auf eine zum Ausdruck kommende Spezialisierung reiche es aus, dass - wie vorliegend betreffend die Sehschule - im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliege. Aufgrund der erforderlichen personellen und apparativen Ausstattungen werde diese Leistung in einem vermehrten Umfang nicht von allen Augenärzten erbracht. Dies zeige sich im Übrigen auch in den entsprechenden Frequenztabellen, die im Rahmen der Häufigkeit der Vergleichsgruppe auf 100 Fälle bei den betroffenen Sehschulen-GOP des EBM (GOP 06320 und 06321 EBM) lediglich Ansätze zwischen 2 % und 7 % ausmachten. Insoweit handele es sich sehr wohl um eine spezielle Leistung innerhalb der Fachgruppe der Augenärzte. Diese Tatsache habe in dem vormaligen Verfahren keine ausreichende Würdigung erfahren.

Er gehe nicht davon aus, dass die Beklagte bei der Ermittlung der Praxen, die unter 150% gelegen hätten, falsche Angaben gemacht habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 16. August 2017 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 17. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Januar 2014 zu verurteilen, ihn bezüglich der Festsetzung der Regelleistungsvolumina für die Quartale IV/2012, II und III/2013 sowie I und II/2014 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. Die Kriterien, die auch unter Geltung der RLV geeignet seien, das Merkmal der Sicherstellung der Versorgung zu konkretisieren, habe das BSG bereits im Urteil vom 29. Juni 2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - näher beschrieben. Danach reiche es zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht aus, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Bei den "Sehschulziffern" handele es sich in diesem Sinne nicht um spezielle Leistungen. Dementsprechend habe der Kläger die Berufung im Verfahren L 11 KA 114/13 zurückgenommen. Der Begriff Sicherstellung werde im Zulassungs- und Vergütungsrecht gerade nicht einheitlich verwendet. Was in Bezug auf den Begriff der Sicherstellungsgründe im Verfahren L 11 KA 114/13 offen geblieben sein sollte, erschließe sich ihr nicht.

Die Beteiligten haben übereinstimmend erklärt, dass Gegenstand des Verfahrens nur ein Antrag auf Abweichung von der Regelung zur Anwendung der Fallzahlabstaffelung beim Regelleistungsvolumen im Sinne von § 6 Abs. 2 des hier maßgeblichen HVM sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

I. Streitgegenstand ist allein ein Antrag auf Abweichung von der Regelung zur Anwendung der Fallzahlabstaffelung beim Regelleistungsvolumen im Sinne von § 6 Abs. 2 HVM in der Fassung ab dem Quartal III/2012. Der Kläger begehrt keinen Fallwertzuschlag aufgrund von Praxisbesonderheiten (§ 6a HVM) und macht keinen Stützungsbedarf aufgrund eines Härtefalls geltend.

II. Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen; der Bescheid der Beklagten vom 17. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. Januar 2014 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)). Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Ausnahme von der Abstaffelung nach § 6 Abs. 2 HVM in der ab III/2012 gültigen Fassung. Danach gilt:

"Auf Antrag kann im Einzelfall von der Regelung zur Anwendung der Fallzahlabstaffelung beim RLV (Anlage B3 Schritt 6 Abs. 1) ausschließlich dann abgewichen werden, wenn dies aus Gründen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung notwendig ist. Letzteres wird angenommen, wenn mindestens die doppelte Fallzahl der Arztgruppe zur Abrechnung gebracht wird und im Einzugsbereich nicht mehr als zwei weitere Praxen vorhanden sind, die unter 150% der durchschnittlichen Fallzahlen der Arztgruppe zur Abrechnung bringen. Bei Vorliegen der Voraussetzung beginnt die Abstaffelung erst bei der doppelten Fallzahl."

1. Die Regelungen über die Abstaffelung in Anlage 3 Schritt 6 HVM, die den jedenfalls bis 31. Dezember 2011 gültigen Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 Teil F 3.2.1 letzter Satz entsprechen, stehen mit höherrangigem Recht in Einklang.

Die genannte Abstaffelungsregelung sieht vor, dass sich die Höhe des RLV eines Arztes einer der in Anlage B2 zum HVM benannten Fallgruppen aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal ergibt. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen

RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall gemindert, und zwar abhängig vom Prozentsatz der Überschreitung: über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe um 25 %, über 170 % bis 200 % um 50 % sowie über 200 % um 75 %. Das hält gerichtlicher Überprüfung stand.

Seit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 enthält das SGB V keine Vorgaben mehr, dass und wie RLV zu bilden sind. [§ 87b SGB V](#) sah lediglich noch in Abs. 2 Satz 1 vor: "Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden."

Mit den seit 1. Januar 2012 geltenden, vergleichsweise minimalen Vorgaben ist die angegriffene Abstufungsregelung vereinbar. Da das RLV vor Quartalsbeginn festgesetzt wird, dient es der Kalkulationssicherheit. Zugleich bewirkt die Abstufung der Fallwerte, dass der Vertragsarzt nicht von einer übermäßigen Ausdehnung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit im Aufsatzquartal dadurch profitiert, dass seine weit überdurchschnittliche Fallzahl ohne Korrektur bei der RLV-Berechnung im Folgejahr berücksichtigt wird. Dabei ist - entgegen dem Verständnis des Klägers - unter einer übermäßigen Ausdehnung nicht nur eine Ausweitung der vertragsärztlichen Tätigkeit eines Arztes gegenüber einem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt zu verstehen, sondern auch die Vergrößerung des Umfangs der Tätigkeit gegenüber vergleichbaren Praxen (vgl. z.B. bereits BSG, Urteil vom 30. März 1977 - [6 Rka 13/76](#) - [SozR 2200 § 368f Nr. 6](#) - Rn. 20). Schon begrifflich beschreibt das Wort "Ausdehnung" eine Vergrößerung des Umfangs der Praxistätigkeit gegenüber einer oder mehreren vergleichbaren anderen Praxen. Für das Verständnis des Klägers, dass es allein auf die Ausweitung der eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit des jeweils betroffenen Arztes gegenüber einem bestimmten, in der Vergangenheit liegenden Zeitraum ankommt, bestehen keine Anhaltspunkte. In der noch auf die Regelung des § 368f Abs. 1 Satz 5 RVO zurückgehenden Rechtsprechung des BSG zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der kassen- bzw. vertragsärztlichen Tätigkeit ist stets als ein wichtiger Zweck der maßgeblichen Vorschriften (später [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)) herausgestellt worden, dass eine sorgfältige und gründliche Behandlung der Patienten durch eine persönliche Tätigkeit des Arztes gewährleistet werden soll (hierzu und zum Folgenden statt aller vgl. zuletzt BSG, Beschluss vom 21. März 2018 - [B 6 KA 71/17 B](#) - m.w.N.). Schon mit dieser Zielsetzung wäre es unvereinbar, zwischen Ärzten, die seit langem übermäßig große Praxen führen, und solchen Ärzten zu differenzieren, die erstmals ihre Praxistätigkeit so ausweiten, dass Honorarkürzungsmaßnahmen getroffen werden. Dass das weder mit der Intention der Vorschrift noch mit dem Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) vereinbar wäre, liegt auf der Hand. Für eine generelle Freistellung solcher Ärzte, die seit Jahren oder Jahrzehnten übergroße Praxen führen, von den RLV mit einer mengenbegrenzenden Komponente besteht keine Rechtfertigung. Den Vertrauensschutz im Zusammenhang mit Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit hat das BSG von Anfang an nur darauf bezogen, dass der Arzt im Vorhinein wissen können muss, ab wann er mit Vergütungsmininderungen im Zuge der Führung bzw. Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis rechnen muss. Dieses Problem stellt sich hier von vornherein nicht, weil dem Kläger rechtzeitig vor Beginn des Quartals IV/2012 das RLV zugewiesen war; aus dessen Berechnung konnte er ersehen, inwieweit anknüpfend an seine Vorjahresquartalswerte eine Abstufung durchgeführt worden ist. Welche Konsequenzen er daraus ziehen würde, ist für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der normativen Vorgaben ohne Bedeutung.

Der Kläger dringt auch mit seinem Einwand, die Abstufung der Fallwerte verstoße gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit, nicht durch.

Mit dem sich aus [Art. 12](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ergebenden Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist die Abstufung des Fallwerts für Leistungsmengen, die die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe um mehr als 150% überschreiten, vereinbar. Die Regelungen über das RLV sollen - ähnlich wie die Praxisbudgets im EBM 1996 oder die Individualbudgets in verschiedenen Honorarverteilungsmaßstäben - über stabile Punktwerte eine verlässliche Kalkulationsgrundlage schaffen und gleichzeitig die Anreize für unwirtschaftliche Leistungsausweitungen verhindern ([§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Damit dienen sie dem hohen Gemeinschaftsgut der Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Es kommt hinzu, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen nicht etwa unvergütet bleiben. Bei wirtschaftlicher Betrachtung führt sowohl die Abstufung nach § 6 Abs. 2 i.V.m. Anlage B3 Schritt 6 HVM als auch die Abstufung nach § 7 Abs. 1 Unterabsatz 2 HVM vielmehr dazu, dass der gesamte Leistungsbedarf mit einem den Regelpunktwert - je nach dem Grad der Mehranforderung - unterschreitenden Punktwert vergütet wird (vgl. Freudenberg in: [jurisPK-SGB V](#), 3. Auflage, 2016, [§ 87b SGB V](#), Rn. 83).

Der aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit bedeutet nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen. Von dem Grundsatz kann aus sachlichem Grund abgewichen werden. In ständiger Rechtsprechung hat das BSG die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen als rechtmäßig angesehen (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die in [§ 85 Abs. 3 bis 3c SGB V](#) a.F. normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können. Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)). Die gleichen Überlegungen rechtfertigen auch die Abstufung bei der Berechnung des RLV: Der durch [Art. 12 GG](#) gewährte Schutz auf Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit kann gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen der [§§ 72 Abs. 2](#), [85 Abs. 3](#), [87b SGB V](#) erfolgt ist (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, [a.a.O.](#)). Die als verfassungskonform zu bewertenden gesetzlichen Grundstrukturen über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfordern einen Ausgleich u.a. zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung. Dieser Ausgleich ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, [a.a.O.](#)). Dass eine mit vollem persönlichem Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübte vertragsärztliche Tätigkeit als Augenarzt keine existenzfähige Praxisführung mehr ermöglichte, will der Kläger angesichts des ihm gezahlten Honorars wohl nicht behaupten. Für die Prüfung einer Verletzung von [Art. 12 GG](#) ist nicht nur auf die Vergütung der Fälle, die über 200% des

RLV liegen, abzustellen, sondern auf die durchschnittliche Vergütung insgesamt. Der Kläger hat jedoch beispielsweise im Quartal IV/2012 mit einer Fallzahl von 3.902 einen anerkannten Leistungsbedarf von 3.353.960,00 Punkten bzw. 71.148,74 EUR erzielt. Dies entspricht einem gewogenen Falldurchschnitt von 872,00. Damit liegt er über dem Fachgruppendurchschnitt (832,00). Eine Existenzgefährdung ist weder vorgetragen noch ersichtlich.

2. Der Kläger erfüllt die Voraussetzungen für eine Ausnahme von der Abstufung nach § 6 Abs. 2 HVM nicht. Dabei ist inzwischen unstreitig, dass die Voraussetzungen von § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM nicht erfüllt waren, weil im Einzugsbereich der klägerischen Praxis mehr als zwei weitere Praxen vorhanden waren, die unter 150% der durchschnittlichen Fallzahlen der Arztgruppe zur Abrechnung brachten. Daher kann dahinstehen, ob es sich bei § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM um ein Regelbeispiel oder eine Definition von Sicherstellungsgründen oder von der Notwendigkeit der Abweichung handelt.

Auch bei Außerachtlassen von Satz 2 lagen keine Sicherstellungsgründe vor, aufgrund derer ein Abweichen von der Abstufung notwendig war. § 6 Abs. 2 Satz 1 HVM enthält keinen allgemeinen Auffangtatbestand für alle möglichen Ausnahmefälle, sondern lässt Anpassungen nur zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu.

Dabei kann es im Rahmen der Honorarfestsetzung nicht auf detaillierte Feststellungen wie bei der Sonderbedarfszulassung (welche Praxen erbringen welche Leistungen und wären sie bereit, bestimmte Leistungen häufiger/zusätzlich zu erbringen ...) ankommen (vgl. BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66). Eine Prüfung analog der Bedarfsprüfungen im Bereich von Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen kann im Rahmen eines Antrags nach § 6 Abs. 2 HVM nicht erfolgen.

Das Merkmal der Sicherstellung der Versorgung unter Geltung der RLV hat das BSG dahingehend konkretisiert, dass eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung, die Rückschlüsse auf einen Versorgungsbedarf erlaubt, sich in einem besonders hohen Anteil der in einem speziellen Leistungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl zeigen kann. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es allerdings nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen (BSG, Urteile vom 29. Juni 2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - a.a.O., [B 6 KA 19/10 R](#) und [B 6 KA 20/10 R](#) - jeweils juris). 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 (BSG, Urteil vom 26. Juni 2019 - [B 6 KA 1/18 R](#) - m.w.N.). Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM-Ä. Besonderheiten einer Praxis streiten dann für eine Ausnahme von den RLV im Interesse der Sicherstellung, wenn der Anteil der Spezialleistungen am Gesamtpunktzahlvolumen überdurchschnittlich hoch ist. Dies wird in der Regel mit einem überdurchschnittlichen Gesamtpunktzahlvolumen einhergehen. Als überdurchschnittlich ist jeweils eine Überschreitung des Durchschnitts bzw. ein Anteil der Spezialleistungen von mindestens 20 % anzusehen. Um einerseits von einem dauerhaften Versorgungsbedarf ausgehen zu können, andererseits aber auch Schwankungen zwischen den Quartalen aufzufangen, ist nicht auf jedes einzelne Quartal abzustellen. Ausreichend ist, dass sich die Überschreitungen als Durchschnittswert in einem Gesamtzeitraum von vier aufeinander folgenden Quartalen ergeben (BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) -).

Bei den Leistungen, aufgrund derer der Kläger die Ausnahme von der Abstufung begehrt, handelt es sich um fachgruppentypische Leistungen. Es handelt sich nicht um arztgruppenübergreifende spezifische Gebührenordnungspositionen, sondern diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen für Augenärzte. Eine besondere (Zusatz-)Qualifikation ist für die Erbringung der streitbefangenen Leistungen nicht erforderlich. Dass eine besondere Praxisausstattung erforderlich wäre, hat der Kläger zwar angedeutet, aber nicht substantiiert dargelegt. Nach der Stellung im EBM und der Leistungslegende ist davon auszugehen, dass es sich um eine arztgruppentypische Leistung handelt. Zudem ergibt sich aus den von der Beklagten vorgelegten Zahlen, dass über 300 Betriebsstätten im Bezirk der Beklagten die GOP 06320 und 06321 abrechnen. Selbst wenn diese Leistungen nur von einer relativ geringen Zahl von Augenärzten abgerechnet worden wären, folgt hieraus nichts anderes. Denn es kann insbesondere nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Ärzte einer Fachgruppe auf unterschiedliche Leistungen spezialisieren. Das kann zur Folge haben, dass Leistungen, die ausschließlich von Ärzten der Fachgruppe erbracht und abgerechnet werden dürfen, dennoch jeweils z.B. von weniger als 50 % der Fachgruppe erbracht werden. Wenn allein dieses Kriterium der Häufigkeit der Leistungserbringung innerhalb der Fachgruppe für die Bestimmung einer Praxisbesonderheit herangezogen werden dürfte, müssten in einer solchen Konstellation alle Ärzte der Fachgruppe Praxisbesonderheiten geltend machen können (BSG, Urteil vom 26. Juni 2019 - [B 6 KA 1/18 R](#) -; Beschluss vom 21. März 2018 - [B 6 KA 70/17 B](#) -).

Maßgeblich scheidet die Anerkennung einer Ausnahme nach § 6 Abs. 2 HVV jedenfalls daran, dass der Anteil der für die GOP 06320 und 06321 EBM abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl nicht überdurchschnittlich hoch (mind. 20%) ist. Die für die GOP 06320 und 06321 EBM abgerechneten Punkte (zwischen 560.100 und 696.960) machen weder in den vier Quartalen vor dem streitigen Zeitraum noch während des streitbefangenen Zeitraums (insges. bis II/2014) 20% der Gesamtpunktzahl des Klägers (zwischen 2.932.930 und 4.122.695) aus. Das Erfordernis ist erst recht nicht für vier aufeinander folgende Quartale erfüllt. Die GOP 06333 ist bei der Berechnung nicht zu berücksichtigen, da sie nicht Teil der Sehschule ist und weder der Kläger behauptet noch sonst ersichtlich ist, dass diese Leistung eine Spezialisierung des Klägers darstellt und sie von den anderen Augenärzten nicht (so häufig) erbracht wird.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2020-06-18