

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 24/13 B

L 24 KA 45/11 (LSG Berlin-Brandenburg)
S 1 KA 50/08 (SG Potsdam)

1.,

2.,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte zu 1. und 2.:

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg,
Gregor-Mendel-Straße 10/11, 14469 Potsdam,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 28. August 2013 durch den
Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richterinnen Dr. D ü r i n g und
den Richter E n g e l h a r d sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. E i s e n k e i l
und Dr. K r ä m e r
beschlossen:

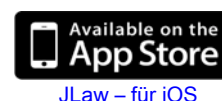
Die Beschwerde der Kläger gegen die Nichtzulassung der Revision im Beschluss des
Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 4. März 2013 wird zurückgewiesen.

Die Kläger tragen auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 25 000 Euro festgesetzt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe :

I

- 1 Die Kläger, Fachärzte für Allgemeinmedizin, wenden sich gegen die Honorarbescheide für die Quartale II/2006 sowie IV/2006 bis III/2007. Dabei geht es im Wesentlichen um eine Erhöhung der Grenzfallpunktzahl unter Berücksichtigung der chirotherapeutischen und schmerztherapeutischen Leistungen als Praxisbesonderheit. Die Kläger waren sowohl im Widerspruchsverfahren als auch im Klage- und Berufungsverfahren erfolglos. Weder der Versorgungsbereich der Chirotherapie noch der Versorgungsbereich der Schmerztherapie überschreite in den streitbefangenen Quartalen einen Anteil am Gesamtleistungsbedarf von 15 %, wie er für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit in den Richtlinien zum Honorarverteilungsvertrag (HVV) gefordert werde. Eine Addition beider Bereiche komme nicht in Betracht, weil dies dem Sinn und Zweck der Regelleistungsvolumina zuwider laufen würde.
- 2 Dagegen richtet sich die Nichtzulassungsbeschwerde der Kläger, zu deren Begründung sie eine grundsätzliche Bedeutung, § 160 Abs 2 Nr 1 SGG, sowie eine Divergenz, § 160 Abs 2 Nr 2 SGG, geltend machen.

II

- 3 Die Beschwerde der Kläger hat keinen Erfolg. Soweit ihr Vorbringen den Darlegungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG genügt, ist die Beschwerde jedenfalls unbegründet.
- 4 1. Hinsichtlich der Frage,
 "ob in Anwendung der Regelungen der Nr. 8.1 der Richtlinie zum HVV i.V.m. § 12 HVV in der hier jeweils gültigen Fassung unter dem Gesichtspunkt typisierter Praxisbesonderheiten eine Anhebung der für die Honorarberechnung maßgeblichen Grenzfallpunktzahl auch dann geboten - oder zumindest nicht ausgeschlossen - ist, wenn der Anteil spezialisierter im Regelleistungsvolumen enthaltener Leistungen gemessen am HVV relevanten Gesamtleistungsbedarf größer als 15 % ist und diese Größe lediglich durch Addition einzelner arztgruppenübergreifender spezifischer Leistungen aus unterschiedlichen speziellen Versorgungsbereichen erreicht wird"
 ist zweifelhaft, ob damit eine Rechtsfrage iS des § 160 Abs 2 Nr 1 SGG bezeichnet ist, die in einem Revisionsverfahren klärungsbedürftig wäre, weil insofern ausschließlich auf Landesrecht Bezug genommen wird. Grundsätzlich ist das BSG an die Feststellung des Inhalts des Landesrechts und an dessen Auslegung durch das LSG gebunden (§ 162 SGG; näher BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 3 RdNr 18). Soweit man zugunsten der Kläger die Frage dahin interpretiert, dass sie auch eine Verletzung von Bundesrecht rügen, fehlt es an konkreten Darlegungen



hierzu. Es ist aber auch nicht ersichtlich, dass das LSG bei seiner Auslegung Bundesrecht verletzt hat. Der Senat hat in seinen Entscheidungen vom 29.6.2011 (*ua B 6 KA 17/10 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 66*) ausgeführt, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zur Anpassung von Regelleistungsvolumina (RLV) unter Sicherstellungsgesichtspunkten ermächtigt. Rückschlüsse auf einen besonderen Versorgungsbedarf erlaube ein besonders hoher Anteil der in einem speziellen Leistungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl. Als überdurchschnittlich in diesem Sinne hat der Senat einen Anteil der Spezialleistungen von mindestens 20 % angesehen. Hiervon weicht der HVV der Beklagten zugunsten der Vertragsärzte ab. Zur Frage einer möglichen Addition hat der Senat sich in den genannten Entscheidungen nicht ausdrücklich geäußert. Die Ausführungen machen aber deutlich, dass die Deckung eines besonderen Versorgungsbedarfs berücksichtigt werden soll, der zu einer Verengung des Leistungsspektrums infolge einer Spezialisierung geführt hat. Eine solche Praxisausrichtung, bei der nicht mehr davon ausgegangen werden kann, dass die am Durchschnitt orientierte Fallpunktzahl das Leistungsgeschehen adäquat abbildet, kann nur bei einer überdurchschnittlichen Konzentration auf einen speziellen Leistungsbereich vorliegen. Da in die Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen auch die speziellen Leistungen eingeflossen sind (*vgl BSG aaO RdNr 22*), ist nicht zu beanstanden, dass die - ohnehin niedrige - Grenze für die Anerkennung einer RLV-relevanten Praxisbesonderheit für jeden Leistungsbereich gesondert bestimmt wird. Werden spezielle Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen erbracht, führt dies gerade nicht zu einer im Vergleich zum Durchschnitt signifikant anderen Ausrichtung der Praxis mit der Folge, dass sie in besonderem Maße von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern in Anspruch genommen wird. Ansonsten wäre infolge einer Addition verschiedener Leistungsbereiche in vielen Fällen eine Praxisbesonderheit anzunehmen, die tatsächlich nur aus der besonders häufigen - möglicherweise aber auch nur durchschnittlichen - Erbringung von arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen bestehen würde. Da diese Leistungen aber nicht notwendig in einem versorgungsrelevanten Zusammenhang stehen, wäre ein Rückschluss auf einen besonderen Versorgungsbedarf nicht gerechtfertigt. Das gilt auch für die hier betroffenen Leistungsbereiche, die, wie das SG zutreffend ausgeführt hat, zwar bei Behandlungen von Erkrankungen des Bewegungsapparates nebeneinander zur Anwendung gelangen können, aber nicht notwendig eine Einheit bilden. Das zeigt sich auch in den unterschiedlichen Anteilen dieser Leistungsbereiche an den Gesamtleistungen der Kläger.

- 5 2. Soweit die Kläger eine Divergenz der angefochtenen Entscheidung zu der Entscheidung des Senats vom 29.6.2011 rügen, ist die Beschwerde unzulässig. Für die Zulassung einer Revision wegen einer Rechtsprechungsabweichung ist Voraussetzung, dass Rechtssätze aus einem LSG-Urteil und aus einer höchstrichterlichen Entscheidung des BSG, des GmSOGb oder des BVerfG miteinander unvereinbar sind und das Berufungsurteil auf dieser Abweichung beruht (*vgl BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 26 S 44*). Für eine Divergenz iS des § 160 Abs 2 Nr 2 SGG reicht nicht aus, aus dem Berufungsurteil inhaltliche Schlussfolgerungen abzuleiten, die einem höchstrichterlich aufgestellten Rechtssatz widersprechen. Das LSG-Urteil einerseits und die höchst-



richterliche Entscheidung andererseits müssen vielmehr jeweils abstrakte Rechtssätze enthalten, die einander widersprechen. Eine solche Divergenz haben die Kläger hier nicht aufgezeigt.

- 6 3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff VwGO. Danach tragen die Kläger die Kosten des von ihnen erfolglos geführten Rechtsmittels (§ 154 Abs 2 VwGO).
- 7 4. Die Festsetzung des Streitwertes entspricht der von keinem der Beteiligten angegriffenen Festsetzung des LSG (§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1, § 47 Abs 1 und 3 GKG).



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)