

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 81/15 B

L 4 KA 46/13 (Schleswig-Holsteinisches LSG)
S 14 KA 184/10 (SG Kiel)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bismarckallee 1 - 6, 23795 Bad Segeberg,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 4. Mai 2016 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter E n g e l h a r d und R a d e m a c k e r sowie die ehrenamtlichen Richter N a c k e und W a l d h e r r beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 20. Oktober 2015 (L 4 KA 46/13) wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert wird für das Beschwerdeverfahren auf 795,25 Euro festgesetzt.



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



Gründe :

I

- 1 Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Therapie und Psychotherapie im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Für das Quartal I/2009 setzte die Beklagte das Regelleistungsvolumen (RLV) des Klägers auf 35 860,55 Euro fest. Eine Honorarstützung oder eine Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten (Härtefallantrag) lehnte die Beklagte ab. Die Widersprüche, die der Kläger gegen die Festsetzungen des RLV, gegen die Ablehnung des Härtefallantrags sowie gegen die Honorarabrechnung für die Quartale I/2009 und II/2009 einlegte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 19.5.2010 zurück. Das SG hat die Verfahren getrennt. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Festsetzung des RLV für das Quartal I/2009. Klage und Berufung des Klägers sind ohne Erfolg geblieben.
- 2 Mit der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG macht der Kläger die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*) sowie einen Verfahrensmangel (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 3 SGG*) geltend.

II

- 3 Die Beschwerde des Klägers hat keinen Erfolg. Soweit die Beschwerde zulässig ist, ist sie unbegründet.
- 4 1. Die Revisionszulassung wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-1500 § 160 Nr 5 RdNr 3*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt dann, wenn die Rechtsfrage bereits geklärt ist und/oder wenn sie sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder aus der bereits vorliegenden Rechtsprechung klar beantworten lässt (*hierzu s zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; vgl auch BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f sowie BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*). Nichts anderes gilt, wenn kein vernünftiger Zweifel an der Richtigkeit der vom LSG dazu gegebenen Auslegung bestehen kann, weil sich die Beantwortung bereits ohne Weiteres aus der streitigen Norm selbst ergibt (*vgl hierzu BSG Beschluss vom 2.4.2003 - B 6 KA 83/02 B - Juris RdNr 4*). Die Bedeutung über den Einzelfall hinaus ist nicht gegeben, wenn die Rechtsfrage aufgrund besonderer Gestaltung des vorliegenden Einzelfalls einer verallgemeinerungsfähigen Beantwortung nicht zugänglich ist



(vgl zB BSG Beschluss vom 6.8.2015 - B 6 KA 7/15 B - Juris RdNr 7; BSG SozR 1500 § 160a Nr 7). Diese Anforderungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich (s die BVerfG-Angaben in BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 sowie BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 160a Nr 16 RdNr 4 f).

- 5 a) Bezogen auf die Fragen, ob
- "psychiatrische Leistungen gemäß den GOP 35140 und 35150 EBM, die für Internisten ohne eine gleichzeitige psychotherapeutische Zulassung nicht berechnungsfähig waren, in die Bildung eines RLV für Fachinternisten bzw. Rheumatologen im Jahr 2009 einbezogen werden" durften,

und ob

"fachgruppenuntypische Leistungen, die aufgrund von Zulassungsstatus oder Genehmigung nur von wenigen Ärzten der Fachgruppe erbracht werden dürfen, in die Bildung eines RLV 2009 einbezogen werden" durften,

ist bereits die Klärungsfähigkeit zweifelhaft, weil es im angestrebten Revisionsverfahren um die Rechtmäßigkeit der Festsetzung des RLV und nicht um die Frage geht, welche Leistungen außerhalb des RLV zu vergüten sind. Jedenfalls sind die Fragen nicht klärungsbedürftig, weil sie sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und der bereits vorliegenden Rechtsprechung klar beantworten lassen.

- 6 Gemäß § 87b Abs 3 Satz 1 SGB V in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG*) vom 26.3.2007 (*BGBI I 378, im Folgenden: aF*) sind die Werte für die RLV differenziert ua nach Arztgruppen festzulegen. Die Beklagte hat den Kläger als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie eingeordnet und ihm das entsprechende RLV zugewiesen. Die in der Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde formulierte Annahme des Klägers, dass er aufgrund der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Psychotherapien einer anderen Arztgruppe hätte zugeordnet werden müssen oder dass es sich bei den psychotherapeutischen Leistungen um "Leistungen einer anderen Arztgruppe" handeln würde, trifft nicht zu.

- 7 Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gilt die Besonderheit, dass die Zuordnung speziell zu dieser Arztgruppe nicht allein mit Bezug auf das Fachgebiet nach der Weiterbildungsordnung, sondern auch tätigkeitsbezogen erfolgt (vgl BSGE 116, 173 = SozR 4-2500 § 103 Nr 14, RdNr 20; BSG SozR 4-2500 § 101 Nr 2 RdNr 19; Engelhard, VSSR 2000, 317, 345). Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Abs 4 Satz 1 SGB V, § 4 Abs 2 Nr 4 Satz 1 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte (in der Fassung vom 15.2.2007 entsprechend § 12 Abs 2 Nr 8 Satz 1 der aktuellen Fassung <nF>) die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeuten



sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind gemäß § 4 Abs 2 Nr 4 Satz 2 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte (aF, entsprechend § 12 Abs 2 Nr 8 Satz 2 der seit dem 1.1.2013 geltenden Neufassung) Ärzte, die als solche gemäß § 95 Abs 13 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind. Nähere Regelungen zum erforderlichen Umfang der Tätigkeit trifft § 5 Abs 6 Nr 1 Satz 3 bis 6 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte (aF, entsprechend § 18 Abs 2 nF). Voraussetzung einer Zuordnung zur Arztgruppe der Psychotherapeuten ist danach, dass zu mehr als 50 % psychotherapeutische Leistungen erbracht werden. Da der Kläger keine der genannten Weiterbildungen abgeschlossen hat und er auch nicht überwiegend psychotherapeutisch tätig ist, gehört er nicht zur Arztgruppe der Psychotherapeuten. Der Umstand, dass er - nach dem Inhalt der Honorarabrechnung für das Quartal I/2009 - 22-mal die (nicht antragspflichtigen) psychotherapeutischen Leistungen nach GOP 35140 Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (<EBM-Ä>; Biographische Anamnese) und 5-mal die (nicht antragspflichtigen) psychotherapeutischen Leistungen nach GOP 35150 EBM-Ä (Probatorische Sitzung) erbracht hat, ändert daran nichts.

- 8 Soweit der Kläger geltend macht, dass kein anderer Arzt seiner Fachgruppe im Bezirk der beklagten KÄV Leistungen nach GOP 35140, 35150 EBM-Ä erbringen würde, so legt er nicht dar, aus welchen Gründen das dafür sprechen sollte, dass diese Leistungen außerhalb seines RLV zu vergüten sein sollen. Welche Leistungen als sog freie Leistungen außerhalb des RLV vergütet werden, richtet sich nicht nach der Häufigkeit der Erbringung durch Angehörige der Fachgruppe oder der Frage, ob das Recht zur Erbringung und Abrechnung der Leistung von der Erteilung einer besonderen Genehmigung abhängig ist. Auch für eine Einschränkung dahin, dass nur fachgruppentypische Leistungen innerhalb des RLV zu vergüten wären, gibt es keine gesetzliche Grundlage. Vielmehr ist das RLV nach § 87b Abs 2 Satz 2 SGB V aF die von einem Arzt oder einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die (im Grundsatz) mit den Preisen nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden.
- 9 Eine Vergütung außerhalb der RLV sieht § 87b Abs 2 Satz 6 SGB V aF für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte vor. Zu der genannten Gruppe von Ärzten gehört der Kläger - wie bereits ausgeführt - nicht, und die Leistungen nach GOP 35140, 35150 EBM-Ä gehören darüber hinaus nicht zu den antragspflichtigen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM-Ä, sondern zu den nicht antragspflichtigen Leistungen nach Abschnitt 35.1 EBM-Ä. Weitere vertragsärztliche Leistungen können nach § 87b Abs 2 Satz 7 SGB V aF außerhalb der RLV vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Für die durch Fachärzte für Innere Medizin erbrachten



psychotherapeutischen Leistungen sehen die vom Bewertungsausschuss in Umsetzung dieser Vorschrift (*vgl § 87b Abs 4 Satz 2 SGB V aF*) getroffenen Regelungen eine Vergütung außerhalb der RLV nicht vor, und nach den vom LSG getroffenen Feststellungen sind entsprechende Regelungen auch nicht von den Gesamtvertragspartnern für den Bezirk der beklagten KÄV vereinbart worden.

10 b) Soweit der Kläger fragt, ob

"fachärztlich zugelassene Internisten (insbes. Rheumatologen) im Vergleich zu hausärztlich zugelassenen Internisten bzw. im Vergleich zu fachärztlich tätigen Kinderärzten in Bezug auf die Gewährung von Fallwertzuschlägen für psychosomatische Leistungen ungleich behandelt werden" durften,

ist die Beschwerde des Klägers bereits unzulässig, weil sie nicht wie erforderlich (*vgl zB BSG Beschluss vom 23.12.2013 - B 14 AS 171/13 B; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 160a RdNr 14d*) auf die umfangreiche Rechtsprechung des Senats zur Normsetzungsbefugnis des Bewertungsausschusses, den daraus folgenden Gestaltungsspielraum des Normgebers (Bewertungsausschuss, KÄVen, Gesamtvertragspartner) ua im Bereich von Regelungen zum RLV (*vgl zB BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 69; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 61*) und dessen Grenzen ua in Gestalt des zu beachtenden Gleichheitssatzes aus Art 3 Abs 1 GG eingeht, sondern sich lediglich auf einen Terminbericht zu einem Urteil des Senats vom 17.2.2016 (*B 6 KA 47/14 R*) zum Ausschluss Psychologischer Psychotherapeuten von der Abrechnung einer Samstagssprechstunde bezieht.

11 Das vom Kläger zur Begründung angeführte Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG fordert, wesentlich Gleiches gleich zu behandeln, während wesentlich Ungleiches ungleich behandelt werden kann (*stRspr, vgl zB BVerfGE 113, 167, 214 = SozR 4-2500 § 266 Nr 8, RdNr 83; vgl auch BVerfGE 98, 365, 385; BVerfGE 112, 368, 404 = SozR 4-2600 § 307a Nr 3 RdNr 62*). Eine Ungleichbehandlung ist mit Art 3 Abs 1 GG vereinbar, wenn Unterschiede solcher Art und solchen Gewichts bestehen, dass sie diese Ungleichbehandlung rechtfertigen können (*s zB BVerfGE 111, 115, 137 = SozR 4-8570 § 6 Nr 3 RdNr 38; BVerfGE 113, 167, 214 f = SozR 4-2500 § 266 Nr 8, RdNr 83*). Soweit der Kläger eine Ungleichbehandlung gegenüber Kinderärzten und gegenüber hausärztlich tätigen Internisten mit der Begründung beanstandet, dass diesen im Gegensatz zu ihm Fallwertzuschläge für die Erbringung psychosomatischer Leistungen zugestanden würden, folgt ein gewichtiger Unterschied zwischen beiden Arztgruppen bereits aus dem Umstand, dass der der Bildung der RLV zugrundeliegende Fallwert der Kinderärzte mit 33,39 Euro und der Hausärzte mit 37,57 Euro im Quartal I/2009 deutlich niedriger war, als der des Klägers (45,33 Euro). Dass für die Erbringung psychosomatischer Leistungen durch Arztgruppen mit niedrigen Fallwerten eher Fallwertzuschläge erforderlich werden, als bei Angehörigen von Arztgruppen, bei denen der Fallwert aufgrund des Spektrums der typischerweise erbrachten Leistungen von vornherein höher festgesetzt worden ist, liegt auf der Hand. Dies bestätigt der Kläger indirekt selbst, indem er geltend macht, dass er die Hürde für die Anerken-



nung von Praxisbesonderheiten angesichts einer durchschnittlichen Honoraranforderung in Höhe von 1584 Punkten je Behandlungsfall in der Vergleichsgruppe durch die Erbringung der mit jeweils 430 Punkten bewerteten psychotherapeutischen Leistungen nach Nr 35100 und 35110 EBM-Ä faktisch nicht erreichen könne.

12 c) Der Kläger fragt ferner:

"Ist die Auftrennung eines Verfahrens gemäß § 202 SGG i.V.m. § 145 ZPO für denselben Abrechnungszeitraum der vertragsärztlichen Honorierung in RLV-Zuweisungsbescheid, Honorarbescheid und Härtefallantrag zulässig, wenn eine KÄV über die erhobenen Widersprüche in einem einheitlichen Widerspruchsbescheid entschieden hat und eine einheitliche Klage erhoben wurde?"

13 Auch insoweit ist die Nichtzulassungsbeschwerde unzulässig, weil sich der Kläger mit der einschlägigen Rechtsprechung zu den Voraussetzungen einer Trennung von Verfahren (*vgl zB BSG SozR 4-5408 Art 14 Nr 1 mwN; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 113 RdNr 5 mwN*) nicht befasst. Allein der Umstand, dass sich die Klage gegen einen einheitlichen Widerspruchsbescheid richtet, schließt eine Trennung danach jedenfalls nicht von vornherein aus, weil eine Mehrheit von Streitgegenständen Gegenstand eines Widerspruchsbescheides sein kann und weil als sachlicher Grund für die Ausübung des gerichtlichen Ermessens im Sinne einer Verfahrenstrennung ua die Förderung der Übersichtlichkeit des Prozessstoffs in Betracht kommt (*vgl BSG SozR 4-5408 Art 14 Nr 1 RdNr 17*). Insofern kommt es auf den Regelungsgehalt des mit der Klage angefochtenen Widerspruchsbescheides im jeweiligen Einzelfall an. Die formulierte Rechtsfrage kann daher auch nicht mit einer verallgemeinerungsfähigen Aussage beantwortet werden (*zu dieser Anforderung vgl zB BSG Beschluss vom 6.8.2015 - B 6 KA 7/15 B - Juris RdNr 7; BSG SozR 1500 § 160a Nr 7*).

14 Die Rüge, die Voraussetzungen des § 202 SGG iVm § 145 Abs 1 ZPO für eine Abtrennung hätten nicht vorgelegen, kann die Zulassung der Revision im Übrigen schon deshalb nicht rechtfertigen, weil der Kläger die Entscheidungserheblichkeit nicht dargelegt hat. Zwar ändert die Unanfechtbarkeit der Entscheidung des SG über die Verfahrenstrennung (§ 172 Abs 2 SGG) nichts daran, dass die Folgerungen, die die Vorinstanz aus der durch die Trennung geschaffenen Prozesslage für die mit der Revision angefochtene Endentscheidung getroffen hat, der Prüfung durch das Revisionsgericht unterliegen (*BVerwG Beschluss vom 31.1.2011 - 8 B 32/10 - Juris RdNr 19; BVerwG Urteil vom 17.2.1972 - VIII C 84.70 - BVerwGE 39, 319, 324; BVerwG Beschluss vom 6.12.2007 - BVerwG 9 B 53.07 - Buchholz 310 § 132 Abs 2 Ziff 3 VwGO Nr 43, Juris RdNr 4; vgl Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 113 RdNr 3, 5a; zur Frage der Unzulässigkeit einer Klage als Folge einer wirksamen Abtrennung vgl BSG SozR 4-5408 Art 14 Nr 1 RdNr 16 ff*). Einen entsprechenden Mangel, der als Folge der beanstandeten Trennung dem angefochtenen Urteil selbst anhaftet, hat der Kläger indes nicht dargelegt. Soweit es sich allein um die Kosten des Verfahrens handelt, ist die



Revision gemäß § 144 Abs 4, § 165 SGG ausgeschlossen (vgl. BSG SozR 1500 § 160 Nr 54; BSG Beschluss vom 18.6.1993 - 6 BKa 25/92; BSG Beschluss vom 26.7.2000 - B 9 V 41/00 B; BSG Beschluss vom 1.7.2004 - B 9 SB 33/03 B).

- 15 d) Der Kläger fragt ferner:
- "ist eine kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, die für die Berechnung der RLV-Fallwerte maßgeblichen Berechnungsparameter zumindest in allgemein zugänglichen Quellen offenzulegen? Muss die Zusammenlegung von Arztgruppen für die Bildung von RLV nach der Differenzierung durch den erweiterten Bewertungsausschuss unter Darlegung der Abrechnungsweise der zusammen gelegten Gruppen substantiiert begründet werden?"
- 16 Die Beschwerde des Klägers ist insoweit jedenfalls nicht begründet.
- 17 Die in der Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde vertretene Annahme des Klägers, nach der sich der Senat bisher allein in mehreren Urteilen vom 9.12.2004 (B 6 KA 44/03 R ua) mit der "Reichweite der Begründungspflicht gemäß § 35 SGB X" befasst habe, trifft nicht zu (zu den an die Begründung von Honorarbescheiden zu stellenden Anforderungen vgl. zB auch BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 71). Bereits in dem vom Kläger in Auszügen wiedergegebenen Urteil des Senats werden weitere Entscheidungen genannt und auch zahlreiche Entscheidungen anderer Senate des BSG haben die Reichweite der Begründungspflicht nach § 35 SGB X zum Gegenstand. Mit dieser Rechtsprechung des BSG befasst sich der Kläger in der Begründung seiner Beschwerde nicht, sodass Zweifel an der Zulässigkeit bestehen.
- 18 Jedenfalls ist die Beschwerde auch insoweit nicht begründet. Soweit der Kläger geltend macht, der Senat habe sich bisher nicht mit Fragen der "Darlegung der einzelnen Berechnungsfaktoren für die Bildung der RLV und Erläuterungen zum Abrechnungsverhalten zusammengeführter Arztgruppen" befasst und nicht geklärt, "welche Berechnungsparameter für die Bildung von RLV zumindest in allgemein zugänglichen Quellen veröffentlicht sein müssen", handelt es sich entgegen der Annahme des Klägers jedenfalls nicht in erster Linie um eine Frage der "Reichweite der Begründungspflicht gemäß § 35 SGB X", sodass es an der Klärungsfähigkeit (Entscheidungserheblichkeit) der formulierten Rechtsfrage fehlt. Die Berechnungsfaktoren für die Bildung von RLV und die Bildung der Arztgruppen waren für das Jahr 2009 Gegenstand der Normsetzung durch den (erweiterten) Bewertungsausschuss sowie die Partner der Gesamtverträge. An deren rechtmäßige Vorgaben war die Beklagte beim Erlass des angefochtenen Bescheides gebunden, sodass Ermessen insoweit nicht auszuüben und dem entsprechend auch nicht zu begründen war. Im Übrigen kann die Aufhebung eines Verwaltungsakts, der nicht nach § 40 SGB X nichtig ist, gemäß § 42 Satz 1 SGB X nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der



Sache nicht beeinflusst hat (*bezogen auf Honorarbescheide vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 71 RdNr 19*).

- 19 Soweit der Kläger sinngemäß eine grundsätzliche Bedeutung bezogen auf die Frage geltend macht, welche Anforderungen an die Begründung von Normen des Bewertungsausschusses und der Gesamtvertragspartner zu stellen sind, fehlt es an der Klärungsbedürftigkeit. Nach ständiger Rechtsprechung hängt die Rechtmäßigkeit von Normen und damit auch der hier maßgebenden Normsetzungsverträge, die die Bildung der Arztgruppen zum Gegenstand haben, grundsätzlich nicht vom Vorliegen einer Begründung ab (*vgl BSGE 112, 15 = SozR 4-2500 § 137 Nr 1, RdNr 63, mwN; BSGE 112, 257 = SozR 4-2500 § 137 Nr 2, RdNr 23; BSGE 114, 217 = SozR 4-2500 § 35 Nr 7, RdNr 24; BSGE 115, 131 = SozR 4-2500 § 135 Nr 20, RdNr 39 mwN; vgl auch Steiner, GesR 2013, 193; Wenner, GuP 2013, 41, 48 f; zum Gestaltungsspielraum bezogen auf die Bildung einer einheitlichen Fallpunktzahl im Rahmen von RLV für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 69*). Die heute in § 87 Abs 6 Satz 9 SGB V geregelte Verpflichtung, Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses und die entscheidungserheblichen Gründe im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen, ist erst mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 (*BGBI I 2983*) mWv 1.1.2012 eingeführt worden und deshalb bezogen auf die hier maßgebenden, vor dem 1.1.2012 ergangenen Beschlüsse nicht von Bedeutung.
- 20 2. Soweit der Kläger einen Verfahrensmangel mit der Begründung geltend macht, dass das LSG abgelehnt habe, über die Frage Beweis zu erheben, "wie sich die Arztgruppe des Klägers im Hinblick auf die drei Untergruppen zusammensetzt und in welchem Umfang in dieser Arztgruppe extrabudgetäre Leistungen vergütet werden", ist die Beschwerde ebenfalls nicht begründet. Eine Verletzung der dem LSG nach § 103 SGG obliegenden Aufklärungspflicht setzt voraus, dass das LSG dem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist, sich das LSG also zu der beantragten Beweiserhebung hätte gedrängt fühlen müssen (*vgl Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 160a RdNr 16f, § 160 RdNr 18d mwN*). Dabei ist von der Rechtsauffassung des LSG auszugehen (*BSG SozR 3-1500 § 103 Nr 9; BSG SozR 1500 § 160 Nr 5*). Nach der - in den Entscheidungsgründen (S 13 f) dargelegten - Rechtsauffassung des LSG kam es für die Entscheidung nicht auf die genaue Zusammensetzung der gebildeten Arztgruppe und die Frage der Abrechnung extrabudgetärer Leistungen durch deren Mitglieder an. Daher liegt der geltend gemachte Verfahrensfehler nicht vor.
- 21 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm §§ 154 ff VwGO. Danach hat der Kläger auch die Kosten des von ihm ohne Erfolg durchgeführten Rechtsmittels zu tragen (§ 154 Abs 2 VwGO).
- 22



4. Die Festsetzung des Streitwerts entspricht der Festsetzung der Vorinstanz (§ 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](#)