

S 3 KA 171/11

Land

Hamburg

Sozialgericht

SG Hamburg (HAM)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

3

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 3 KA 171/11

Datum

31.07.2013

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten selbst tragen.

Tatbestand:

Im Streit ist der Anspruch des Klägers auf höheres Honorar im Quartal III/2010. Der Kläger begehrt die Festsetzung eines höheren Regelleistungsvolumens (RLV).

Der Kläger ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Er ist seit dem 1. Juli 2006 mit dem Vertragsarztsitz H. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Einen (Versorgungs-)Schwerpunkt im Sinne des § 7 Abs. 5 Satz 4 der Anlage A zum Verteilungsmaßstab (VM) hat er nicht ausgeprägt. Nach eigenen Angaben betreffen von seinen vertragsärztlichen kurativen Fällen durchschnittlich 75% bis 80% Kleinkinder bis zum vollendeten 5. Lebensjahr.

Durch bestandskräftigen Bescheid vom 2. Juni 2010 wies die Beklagte dem Kläger sein RLV für das Quartal III/2010 zu. Es betrug 17.390,36 EUR. Dem lagen zugrunde eine Basisfallzahl von 542, ein arztgruppenspezifischer Fallwert von 31,98 EUR, eine Berechnungsfallzahl von 542 und eine Altersstrukturquote von 1,0033. Diese Berechnung knüpfte an die RLV-Behandlungszahl aus dem Quartal III/2009 an. Zudem erhielt der Kläger qualitätsgebundene Zusatzvolumen (QZV) für Allergologie in Höhe von 173,44 EUR, Sonographie I in Höhe von 126,40 EUR und Zuschlag Versichertenpauschale in Höhe von 5.674,74 EUR zugewiesen. Die Summe aus RLV und QZV betrug 23.364,94 EUR.

Durch angefochtenen Bescheid vom 3. März 2011 rechnete die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal III/2010 ab. Er erhielt ein Honorar in Höhe von 39.778,33 EUR. Dem lag eine Honoraranforderung des Klägers für insgesamt 691 Fälle mit einer Vergütung im RLV und QZV in Höhe von 29.046,67 EUR zugrunde. Er überschritt die Summe aus RLV und QZV mithin um 5.681,73 EUR. Diese Überschreitung vergütete die Beklagte abgestaffelt in Höhe von 609,56 EUR. Das Honorar im Bereich des RLV und QZV betrug danach insgesamt 23.974,50 EUR. Dieser Honorarbescheid ordnete die Beträge zwischen RLV und QZV zwar falsch zu, enthielt in der Summe aber insoweit eine rechnerisch zutreffende Umsetzung des Zuweisungsbescheids.

Der Kläger legte am 31. März 2011 Widerspruch ein.

Durch Bescheid vom 24. Mai 2011 rechnete die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal IV/2010 ab. Der Kläger legte insoweit am 30. Mai 2011 Widerspruch ein.

Durch den angefochtenen Widerspruchsbescheid vom 8. September 2011 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die Honorarbescheide für die Quartale III/2010 und IV/2010 zurück. Dieser Widerspruchsbescheid ist, soweit er das Quartal IV/2010 betrifft, aufgrund des Trennungsbeschlusses vom 24. April 2012 Gegenstand des sozialgerichtlichen Verfahrens [S 3 KA 95/12](#).

Im Widerspruchsbescheid wies die Beklagte darauf hin, dass dem Kläger ein zu hohes QZV zugewiesen worden sei. Doch habe es bei dem für das Quartal III/2010 fehlerhaft zur Verfügung gestellten QZV-Zuschlag für Versichertenpauschalen in Höhe von 5.674,74 EUR sein Bewenden; eine Korrektur werde zugunsten des Klägers nicht veranlasst, da diese für das Honorar eine Absenkung zur Folge haben würde. Der Laborwirtschaftlichkeitsbonus sei korrekt berechnet worden. Auch im Übrigen sei die Honorarabrechnung nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen durchgeführt worden; diese seien verbindlich und von ihnen könne nicht abgewichen werden. Mit seiner Zulassung zum 1. Juli 2006 gelte der Kläger auch nicht mehr als "Vertragsarzt in der Anfangsphase". Denn dies seien nach dem VM nur

diejenigen Vertragsärzte, die nach dem 31. Dezember 2006 neu zugelassen worden seien.

Hiergegen hat der Kläger am 7. Oktober 2011 fristgerecht Klage erhoben und unter anderem vorgetragen, dass der Honorarabrechnung zugrunde gelegte RLV sei insoweit rechtswidrig, als der Arztgruppenfallwert im Quartal III/2010 mit 31,98 EUR so niedrig sei, dass er die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 04110 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für Kinder bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (35,048 EUR) nicht abdecke und die Versichertenpauschale nach der GOP 04111 EBM für Kinder ab Beginn des 6. Lebensjahres (31,543 EUR) diesen Wert fast vollständig ausfülle. Der niedrige Arztgruppenfallwert der Kinderärzte verstoße gegen das gesetzliche Gebot des [§ 87b Abs. 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), wonach ab dem 1. Januar 2009 die vertragsärztlichen Leistungen auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) zu vergüten seien und die arzt- und praxisbezogenen RLV nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) lediglich der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis dienen sollten. Ein RLV, das den gesetzlichen Vorgaben des [§ 87b Abs. 1](#) und 2 SGB V entspreche, müsse daher so bemessen sein, dass es zumindest das notwendige Minimum an vertragsärztlichen Leistungen, die bei einem durchschnittlichen Regelbehandlungsfall zu erbringen seien, mindestens aber die Versichertenpauschalen abdecke. Der arztgruppenspezifische Fallwert könne nicht beliebig niedrig sein und in keinem Verhältnis zu dem von der jeweiligen Arztgruppe zu erfüllenden Leistungsbedarf der Versicherten stehen. Bei dem RLV handele es sich nicht nur um eine Rechengröße, die – theoretisch – ins Bodenlose fallen könne, wenn die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) in andere Leistungsbereiche fließe. Dass das RLV etwas mit dem Leistungsbedarf zu tun habe, ergebe sich unmittelbar aus [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V. Dass dies hier nicht mehr der Fall gewesen sei, könne auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung gerechtfertigt werden, da es sich hier um das siebte Quartal nach Einführung der RLV handele.

Der Bewertungsausschuss habe es zudem in seinem Beschluss vom 26. März 2010 in das pflichtgemäße Ermessen der Partner der Gesamtverträge gestellt, in dem Fall, dass der Fallwert einer Arztgruppe nicht einmal die Versichertenpauschalen abdecke, steuernd einzugreifen. Hier sei dieses eingeräumte Ermessen auf Null reduziert, weil im Fall der H1 Kinderärzte die pädiatrische Versichertenpauschale für Kinder bis zum vollendeten 5. Lebensjahr höher sei als der Arztgruppenfallwert und dieser Umstand auch nicht durch die Behandlung von Patienten ab Beginn des 6. Lebensjahres kompensiert werden könne. Der Bewertungsausschuss sei ersichtlich davon ausgegangen, dass mit den RLV einer Arztgruppe die arztgruppen- und versicherten-spezifischen Grundpauschalen in ausreichendem Umfang vergütet werden können müssten und verlange, wenn dies nicht der Fall sei, eine Abwägung zwischen der Erhöhung der RLV und der Vergütung anderer (spezialisierte) Leistungen. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass die Gesamtvertragspartner eine solche Abwägung vorgenommen hätten. Auch müsse entgegen der Angaben der Beklagten bezweifelt werden, dass eine andere Entscheidung als das Festhalten am status quo ermessensfehlerhaft gewesen wäre. Es sei nicht nachvollziehbar, wie gewährleistet werde, dass der Vertragsarzt die medizinisch erforderlichen Leistungen in der Regel im Rahmen des RLV erbringen könne, wenn es für den Arztgruppenfallwert keinen unteren Interventionswert geben solle.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 3. März 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. September 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, das Honorar des Klägers für das Quartal III/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat unter anderem erwidert, der Kläger habe keinen Anspruch darauf, dass sämtliche abgerechneten Versichertenpauschalen, auch nicht in Höhe der RLV-Basisfallzahl, zum vollen Betrag der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet würden. Arztgruppenspezifischer Fallwert und Versichertenpauschale seien nicht miteinander vergleichbar, der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert sei keine "Fallpauschale". Er sei eine Rechengröße im Rahmen der Berechnung des RLV. Das Gesetz gebe in Bezug auf RLV vor, dass nur die hierdurch bestimmte Menge von Leistungen mit einem festen Preis und die über diese Menge hinausgehenden Leistungen mit einem abgestaffelten Preis vergütet werde. Die Euro-Gebührenordnung entfalte sich grundsätzlich nur innerhalb der RLV. Dies gelte auch für die im EBM vorgesehenen Versichertenpauschalen. Mit der Versichertenpauschale würden die gesamten im Abrechnungszeitraum üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet. Es handele sich um eine Behandlungspauschale, die für eine unbestimmte Menge von Leistungen stehe und unabhängig von der Behandlung im Einzelfall sei. Da die Versichertenpauschale ihrerseits für eine unbestimmte Menge von Leistungen stehe, gelte auch insoweit, dass die Pauschalen im Rahmen einer bestimmten Menge, d. h. in Höhe der RLV, mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung und die über diese Menge hinausgehenden, pauschalierten Leistungen zu abgestaffelten Preisen vergütet würden. Die Höhe des RLV eines Arztes ergebe sich aus der Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwerts und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Die Zahl der Fälle sei ein Faktor, der der Berechnung zugrunde liege, daneben hänge das RLV des Arztes von einer Vielzahl gesetzlich vorgegebener und zunächst zu bestimmender Faktoren ab. Der Arzt könne daher auch keine bestimmte Höhe seines RLV beanspruchen. Es könne dabei der aus rechtlicher Sicht unschädliche Fall eintreten, dass nicht alle zur Abrechnung gelangenden Pauschalen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet würden. Dass die Höhe des RLV-Fallwerts vorliegend unter der Versichertenpauschale GOP 04110 EBM gelegen habe, sei auch in einer Gesamtschau nicht bedenklich, weil der RLV-Fallwert nur zum Teil unter den Versichertenpauschalen gelegen und der Kläger ca. 40% seines Bruttohonorars außerhalb RLV und der MGV erzielt habe. Zudem habe dem Kläger auf der Grundlage der RLV-/QZV-Bezugsgröße von 23.364,94 EUR die Versichertenpauschale GOP 04110 EBM im Umfang der RLV-Basisfallzahl von 542 Fällen zum vollen Preis vergütet werden können.

Eine andere Bewertung ergebe sich auch nicht aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010, der vielmehr die Möglichkeit voraussetze, dass der arztgruppenspezifische Fallwert unter der Versicherungspauschale liege. Der Beschluss fordere allein eine ausreichende Vergütung der Pauschalen mit den RLV. Das im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 eingeräumte Ermessen hätten die Gesamtvertragspartner auch betätigt und seien zu dem Ergebnis gekommen, dass das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen zu gering gewesen sei, um innerhalb dieses Volumens Maßnahmen zu treffen. Wären die RLV erhöht worden, hätte sich diese Entscheidung zulasten der spezialisierten Leistungen ausgewirkt. Vor diesem Hintergrund wäre jede andere Entscheidung ermessensfehlerhaft gewesen. Im Übrigen könne der Kläger aus diesem, an die Gesamtvertragspartner gerichteten Beschluss des

Bewertungsausschusses keine subjektiven Rechte herleiten. Seine Rechtsschutzposition sei darauf beschränkt, dass er bei der Verteilung der Gesamtvergütung angemessen berücksichtigt werde. Dies sei vorliegend der Fall.

Die mit Beschluss vom 11. Juni 2013 beigeladene Kassenärztliche Bundesvereinigung (Beigeladene zu 2) hat die Auffassung vertreten, dass von vornherein nicht ersichtlich sei, unter welchem Gesichtspunkt der RLV-Fallwert im Hinblick auf die Versichertenpauschale für Versicherte ab dem 6. Lebensjahr rechtswidrig sein sollte, denn diese liege, wenn auch knapp, unter dem RLV-Fallwert. Bedenken gegen die Höhe des RLV könnten nach der Rechtsprechung allenfalls dann bestehen, wenn der RLV-Fallwert substantiell unter die Grundpauschalen der jeweiligen Fachgruppe abfalle, die die notwendigen Leistungen in diesem Bereich abbildeten. Aber auch aus der Überschreitung des RLV-Fallwerts durch die Versichertenpauschale für Versicherte bis zum 5. Lebensjahr folge kein Rechtsverstoß. Zunächst sei zu berücksichtigen, dass es sich bei den Fallwerten für das RLV der klägerischen Fachgruppe um einen gemittelten Wert für alle Altersgruppen handle und der Kläger lediglich für die Versichertenpauschale für Kinder bis zum 5. Lebensjahr eine Überschreitung des Fallwerts vortragen könne. Es müsste auf die gemittelte Grundpauschale insgesamt abgestellt werden. Eine Überschreitung in einem Teilbereich – und zudem unter 10% – werde man kaum als substantielle Unterschreitung im Sinne der Rechtsprechung ansehen können. Zudem machten die RLV nur einen Teil des gesamten Anteils der Fachgruppe an der Gesamtvergütung aus. Dieser werde durch extrabudgetäre Leistungen und um die QZV ergänzt, die im Hinblick auf die Frage der Angemessenheit des klägerischen Anteils an der Gesamtvergütung zu berücksichtigen seien. In der Fachgruppe des Klägers sei die Unterschreitung der Grundpauschale für die Versicherten bis zum 5. Lebensjahr durch den RLV-Fallwert direkte Folge der Möglichkeit, QZV-Vergütungsanteile zu erreichen. Schließlich bleibe festzuhalten, dass in einem Vergütungssystem, in dem eine begrenzte Gesamtvergütung bestehe ([§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)), das RLV des einzelnen Vertragsarztes sachlogisch hiervon abhängig sei. Den besonderen Vergütungsstrukturen und der Vermeidung von existenzbedrohenden Honorarverlusten im Einzelfall sei durch die Regelungen zum Ausgleich von Praxisbesonderheiten, von Fallzahlerhöhungen aus besonderen Gründen und überproportionalen Honorarverlusten ausreichend Rechnung getragen. Im Übrigen habe es sich im Quartal III/2010 noch um eine Anfangs- und Erprobungsregelung im Sinne der Rechtsprechung gehandelt, denn in diesem Quartal seien zur Stabilisierung der RLV die QZV in Kraft getreten. Damit sei ein neues Instrument in die Honorarverteilung eingeführt worden, das seinerseits habe erprobt werden müssen. Dass dabei der Bewertungsausschuss seiner Beobachtungspflicht nicht nachgekommen wäre, werde durch den Kläger nicht vorgetragen und sei auch nicht ersichtlich.

Der mit Beschluss vom 11. Juni 2013 beigeladene Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Beigeladener zu 1) hat sich der Stellungnahme der Beigeladenen zu 2 angeschlossen.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte und der Akte der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung der Kammer gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht erhoben.

Der Zulässigkeit steht vorliegend nicht entgegen, dass der gesondert anfechtbare Bescheid über die Zuweisung des RLV für das Quartal III/2010 vom 2. Juni 2010, die hier der Sache nach im Streit ist, vom Kläger nicht angefochten und bestandskräftig geworden ist. Angefochten und Streitgegenstand ist der Honorarbescheid vom 3. März 2011, der (nur) rechnerisch zutreffend das zuvor zugewiesene RLV (und QZV) berücksichtigt hat. Doch führen vorliegend Vertrauensschutzgesichtspunkte dazu, dass im Klageverfahren gegen den isoliert angefochtenen Honorarbescheid die bestandskräftige Festsetzung und Zuweisung des RLV zu überprüfen ist. Denn die Beklagte hat in ihrer ständigen Verwaltungspraxis – seit 2009 und auch im streitbefangenen Quartal – die Prüfung der Festsetzung des RLV im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid nicht von der Anfechtung des Bescheides über die Zuweisung des RLV abhängig gemacht und so auf die Einrede der Bestandskraft des Bescheides über die Zuweisung des RLV verzichtet. Der Streit um die Rechtmäßigkeit der Höhe des durch gesonderten und bestandskräftig gewordenen Bescheid festgesetzten RLV kann deshalb hier im Streit um die Rechtmäßigkeit der Höhe des durch gesonderten und hier streitbefangenen Bescheid abgerechneten Honorars geführt werden.

Die somit zulässige Anfechtungs- und Neubeschiedungsklage ist jedoch unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 3. März 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. September 2011 ist – soweit er in diesem Klageverfahren zu überprüfen ist – rechtlich nicht zu beanstanden und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Diese Bescheide stehen in Einklang mit dem ihnen zugrunde liegenden VM nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2](#) in Verbindung mit [§ 87b SGB V](#) vom 23. April 2010, der im Quartal III/2010 galt, den diesem VM zugrunde liegenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 und den gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung.

Nach [§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der vom 1. Juli 2008 bis 22. September 2011 geltenden und deshalb im streitbefangenen Quartal III/2010 anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 26. März 2007 werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) vergütet. Dieser Vergütung zugrunde liegt die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden MGW für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ([§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Nach [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der genannten Fassung sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Ein RLV in diesem Sinne ist nach [§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend von [§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten ([§ 87b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V](#)). Nach [§ 87b Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) in der genannten Fassung sind die Werte für die RLV nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen. Der Bewertungsausschuss bestimmt nach [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) in der genannten Fassung erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach [§ 87b Abs. 2](#) und [§ 3 SGB V](#) sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten.

Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist nach diesen gesetzlichen Vorgaben die für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung entrichtete MGV nach [§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Sie ist eine von vornherein begrenzte Ausgangsgröße für die Vergütung der Ärzte auf Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung. RLV werden innerhalb der MGV gebildet. Das quartalsbezogene RLV ist nach diesen Vorgaben die Leistungsmenge, für die der Vertragsarzt die "vollen" Preise nach der regionalen Euro-Gebührenordnung erhält; es ist der Leistungsbedarf, der in dem Quartal erwirtschaftet werden darf, ohne eine niedrigere Honorierung als in der Euro-Gebührenordnung vorgesehen hinnehmen zu müssen. Mit der Zuweisung eines festen RLV und der Zusage fester Preise für die Vergütung der innerhalb des RLV erbrachten Leistungen soll ein möglichst hohes Maß an Kalkulationssicherheit für die Leistungserbringer ermöglicht werden (vgl. Freudenberg, jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 87b Rn. 28, 31). Überschreitet der Vertragsarzt den durch das RLV abgedeckten Leistungsbedarf, so wird nach den gesetzlichen Vorgaben die überschreitende Leistungsmenge nur mit abgestaffelten Preisen vergütet und soll damit eine übermäßige Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit verhindert werden (vgl. Freudenberg, jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 87b Rn. 34). Bei wirtschaftlicher Betrachtung führt die Abstufung dazu, dass der gesamte Leistungsbedarf mit einem den Regelpunktwert – je nach dem Grad der Mehranforderung – unterschreitenden Punktwert vergütet wird (Freudenberg, jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 87b Rn. 37).

Ersichtlich hängt die Höhe des Honoraranspruchs danach von der Höhe des RLV ab. Bei der Bestimmung des RLV sind nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) zahlreiche Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die bereits nahe legen, dass feste Mindestvergütungsbeträge nicht beansprucht werden können. Ohnehin ist auf der Grundlage der gesetzlichen und in Übereinstimmung auch mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes grundsätzlich begrenzt auf die angemessene und leistungsgerechte Teilhabe an den von den Krankenkassen an seine Kassenärztliche Vereinigung entrichteten MGV entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im VM. Ein fester Betrag des Vergütungsanspruchs oder ein bestimmtes Vergütungsniveau folgt hieraus nicht (vgl. BSG 11.3.2009 – [B 6 KA 31/08 B](#), juris Rn. 11, 30; BSG 23.3.2011 – [B 6 KA 6/10 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 63, juris Rn. 13, 25).

Wie im Einzelnen das RLV festzulegen und wie insbesondere in seinem Rahmen der arztgruppenspezifische Fallwert zu bemessen ist, ergibt sich nach Maßgabe der Regelungen in [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) aus den Beschlüssen des Bewertungsausschusses.

Der Bewertungsausschuss ist seinem hierauf gründenden Regelungsauftrag für den streitbefangenen Zeitraum durch Beschluss nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung vom 1. Juli 2010 nachgekommen. Teil F enthält den Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2010. Abschnitt I des Teils F enthält Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV. Diese Regelungen des Bewertungsausschusses stehen – soweit sie hier relevant sind, d. h. die Bemessung des arztgruppenspezifischen Fallwerts betreffen – im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben. Sie setzen sie unter Wahrung des dem Bewertungsausschuss zukommenden Gestaltungsspielraums um (zum Spielraum des Bewertungsausschusses vgl. BSG 21.3.2012 – [B 6 KA 21/11 R](#), SozR 4-2500 § 87a Nr. 1, juris Rn. 40). Sie sind – vermittelt durch die ihrerseits im Einklang mit höherrangigem Recht stehenden Vorschriften des VM (dazu näher unten) – vorliegend auch zutreffend auf den Kläger angewandt worden.

Im Einzelnen: Nach Ziffer 2.1 des Abschnitts I und der Anlage 2 und 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses kommen für die Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin RLV und QZV zur Anwendung. Der Kläger gehört dieser Arztgruppe an.

Ziffer 2.6 des Abschnitts I betrifft die für RLV und QZV relevanten Fälle. Dort ist bestimmt:

"Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß 2.2 bis 2.5 nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen, abgerechnet werden. Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Nr. 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen vorgegeben. a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1. b) (...) Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis."

In Übereinstimmung hiermit und vom Kläger nicht angegriffen setzte die Beklagte diese RLV-Fallzahl für das Quartal III/2010 auf 542 fest.

Ziffer 3 des Abschnitts I betrifft die Festsetzung der RLV und QZV. Nr. 3.1.1 und 3.1.2 regeln als Ausgangsgrößen das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen und das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen. Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird auf die entsprechenden Arztgruppen verteilt und es entsteht hieraus das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen, das Nr. 3.1.3 regelt. Dieses arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird auf die arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und der QZV aufgeteilt (Nr. 3.1.4). Die Ermittlung der RLV je Arzt ist Regelungsgegenstand von Ziffer 3.2. Nr. 3.2.1 lautet:

"Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 2 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FWAG) gemäß Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß 2.6 im Vorjahresquartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe gemäß 2.3 hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert: - um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe, - um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe, - um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe. Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Die Partner der Gesamtverträge können abweichend von der Vorgabe eines einheitlichen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß Anlage 7 eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2008 der in dem Regelleistungsvolumen enthaltenen Leistungen vornehmen. Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren geeignete Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahl."

Entsprechende Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahl sieht § 2 der Anlage A zum VM vor. Sie waren vorliegend für das RLV des Klägers

jedoch nicht relevant. Maßgeblich ist nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses für die Höhe des RLV eines Arztes die Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FWAG) gemäß Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß Ziffer 2.6 im Vorjahresquartal. Anlage 7 gibt in Ziffer 1 zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes (FWAG) insoweit vor:

"FWAG = RLVAG./ FZAG RLVAG: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 6, Ziffer 1. FZAG: Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt I., Ziffer 2.6 einer Arztgruppe in 2009"

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gibt Anlage 6 in Ziffer 1 vor:

"Zur Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie des sich aus den Anpassungsfaktoren in Anlage 5, Ziffer 2 für die entsprechende Arztgruppe ergebenden Punktzahlvolumens. LBAG: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß Anlage 5, Ziffer 2. einer Arztgruppe VVAG: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3 AG: Arztgruppen gemäß Anlage 2 Der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLVAG) ist maximal in der Höhe des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3 festzulegen."

Nach Abschnitt III Ziffer 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses erfolgt die konkrete Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallwerte für die Festlegung der arzt- und praxisbezogenen RLV, deren arzt- und praxisbezogene Zuweisung und die praxisbezogene Zuweisung der QZV in den Spalten 2 der Tabellen 1, 2A (hausärztlicher Versorgungsbereich) und 2B, 3 bis 5 der Tabelle 3A, 3 bis 6 der Tabelle 3B und 1 bis 7 der Tabelle 4 der Anlage 9 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010. Dort sind detaillierte Vorgaben für die einzelnen Berechnungselemente enthalten.

Der vorliegend streitige arztgruppenspezifische Fallwert ist nach all diesen Vorgaben eine – komplizierte – Rechenoperation. Dass diese hier mit Blick auf den Kläger nicht im Einklang mit den dargestellten Vorgaben steht oder sonst rechnerisch falsch durchgeführt worden ist, ist weder vorgetragen noch ersichtlich. Doch können sich aus dem Ergebnis dieser Rechenoperation unter Umständen Korrekturbedarfe ergeben.

Hierzu heißt es am Ende der Anlage 6 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in Teil F, Abschnitt I:

"Stellen die Partner der Gesamtverträge bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumen fest, dass mit den praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen nicht in ausreichendem Umfang vergütet werden können, können sie innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen einvernehmlich geeignete Maßnahmen treffen, um dies sicherzustellen. Abschnitt I., 2. Absatz gilt entsprechend."

Diese Ermächtigung der Gesamtvertragspartner erlaubt diesen Korrekturen für den – hier nach Auffassung des Klägers vorliegenden – Fall, dass mit den RLV in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen nicht in ausreichendem Umfang vergütet werden können. Mit dieser Ermächtigung ist zum einen anerkannt, dass es in der Binnenlogik der RLV rechnerisch zutreffend den Fall geben kann, dass die RLV in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen unterschreiten. Zum anderen ist damit zum Ausdruck gebracht, dass eben nicht vorgegeben ist, dass mit den RLV in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen immer und zwingend zu 100% vergütet werden müssen. Denn nur für den Fall, dass mit den RLV in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen "nicht in ausreichendem Umfang" vergütet werden können, ist die Ermächtigung eingeräumt; eine Korrekturverpflichtung ist nicht vorgesehen. Dies macht deutlich, dass es einer Wertung durch die Gesamtvertragspartner bedarf, wann diese Schwelle erreicht und unterschritten ist, wann Maßnahmen geboten sind und welche geeignet sind. Nicht jede Unterschreitung der arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen lässt diese Schwelle erreicht sein. Ist sie erreicht, "können" die Gesamtvertragspartner innerhalb des betroffenen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen einvernehmlich geeignete Maßnahmen treffen, um sicherzustellen, dass mit den RLV in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen in ausreichendem Umfang vergütet werden können. Die Gesamtvertragsparteien können dies tun, sie müssen es aber nicht in jedem Fall. Das Gebrauchmachen von der Ermächtigung ist in ihr Ermessen gestellt. Das leuchtet angesichts der Vielzahl der zu beachtenden Umstände auch ein.

Die Optionen der Gesamtvertragspartner sind zudem beschränkt durch den Hinweis auf die entsprechende Geltung von Abschnitt I., 2. Absatz. Dort ist geregelt:

"Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V. Die mit diesem Beschluss erfolgende Anpassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 42 vom 16. Oktober 2009, Seiten A 2103 bis A 2112), geändert durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 215. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 9 vom 5. März 2010, Seite A 408) und in seiner 219. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 12 vom 26. März 2010, Seiten A 568f.) kann daher keine Nachschusspflicht der Krankenkassen begründen."

Bei den in das Ermessen der Gesamtvertragspartner gestellten Maßnahmen gilt danach der Grundsatz entsprechend, dass es bei der für das Abrechnungsquartal entrichteten MGV bleibt und auch dann, wenn mit den RLV in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen nicht in ausreichendem Umfang vergütet werden können, es nicht zu einer Nachschusspflicht der Krankenkassen kommen kann. Der Spielraum möglicher Maßnahme ist dadurch ersichtlich erheblich verengt.

Die Beklagte hat vorgetragen, dass die Gesamtvertragspartner in Hamburg erwogen haben, ob sie Maßnahmen treffen, und dass und mit welchen mit Gründen sie sich dagegen entschieden haben. Zwar ist der Vortrag zur Beratung und Beschlussfassung der Gesamtvertragspartner insoweit wenig konkret geblieben. Aber dass den Gesamtvertragspartnern bei ihrer Ablehnung von Korrekturen insoweit rechtlich relevante Ermessensfehler vorzuwerfen sind, ist zum einen nicht ersichtlich. Denn es trifft zu, dass eine Korrektur notwendig zulasten Dritter gegangen wäre. Zum anderen ist darauf hinzuweisen, dass dem Kläger insoweit ohnehin kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung zusteht. Denn nicht ihm gegenüber ergeht eine Ermessensentscheidung der Gesamtvertragspartner, sondern diese sind im Rahmen der Vereinbarung und Umsetzung des VM gesondert zu einer Ermessensentscheidung ermächtigt und aufgerufen. Für den Kläger aber erweitert dies nicht seinen auf angemessene und leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung gerichteten und begrenzten Anspruch, der hier mit der Klage gegen den Honorarbescheid verfolgt werden kann.

Nach Abschnitt I Ziffer 3.6. des Beschlusses des Bewertungsausschusses beschließen die Partner der Gesamtverträge für Neuzulassungen von Vertragsärzten, Praxen in der Anfangsphase und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

Die vorbeschriebenen gesetzlichen Vorgaben und Regelungen des Bewertungsausschusses sind vorliegend umgesetzt worden durch den zwischen der Beklagten und den H1 Gesamtvertragspartnern auf Krankenkassenseite geschlossenen VM. Auch danach ist Ausgangsgröße der Honorarverteilung die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende MGW (§ 2 Abs. 1 Satz 1). Diese Ausgangsgröße wird unter Abzug im Einzelnen genannter Vergütungsbereiche auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt (§ 2 Abs. 1 Satz 2). Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Größe nach § 2 Abs. 2 unter Berücksichtigung im Einzelnen genannter Abzugsposten das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet. Dieses wird unter anderem auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß der Arztgruppenliste der Beklagten aufgeteilt und es entsteht so jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (§ 2 Abs. 3). Dieses wird auf die arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und innerhalb des QZV aufgeteilt (§ 2 Abs. 7). Für die Vergütung von Leistungen, die den zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 87b SGB V) zu ermittelnden RLV und/oder den QZV unterliegen, gilt nach § 2 Abs. 8 VM dessen Anlage A. Bezug genommen wird in § 2 VM jeweils auf die Maßgabe der Beschlüsse des EBA, d. h. nach § 1 Abs. 2 VM die jeweils aktuellen Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gemäß §§ 87 und 87a bis 87c SGB V. In der Anlage A zum VM enthält § 7 die Grundsätze der Ermittlung und Abrechnung von RLV und QZV. Die Ausgangsgröße für RLV und QZV ist nach § 7 Abs. 1 Satz 2 die vorhersehbare MGW des jeweiligen Quartals gemäß der jeweils gültigen Honorarvereinbarung. Diese Umsetzungen auf regionaler Ebene stimmen mit den dargelegten bundesrechtlichen Vorgaben überein.

Eine Steigerung der RLV und/oder QZV sieht § 11 Abs. 3 der Anlage A zum VM für Vertragsärzte vor, die nach dem 31. Dezember 2006 neu zugelassen wurden (Vertragsärzte in der Anfangsphase). Hierunter fiel der bereits zum 1. Juli 2006 zugelassene Kläger im hier streitbefangenen Quartal III/2010 nicht mehr. Es bestehen auch keine rechtlichen Bedenken dagegen, die Anfangsphase einer sog. Aufbaupraxis entsprechend zu begrenzen. Ein Zeitraum von drei bis fünf Jahren entspricht den üblichen Gestaltungen. Hier sah der VM dreieinhalb Jahre vor und war der Kläger im Quartal III/2010 seit vier Jahren zugelassen.

Nach allem bleibt, dass der Kläger aus dem dargestellten Normengeflecht, genauer: aus den hieraus folgenden Ergebnissen, ein Teilelement angreift: die sich rechnerisch ergebende Höhe des arztgruppenspezifischen Fallwerts. Diese greift er nicht als rechtlich fehlerhafte Umsetzung der aufgeführten Normen an, sondern er hält die aus diesen Normen sich ergebende Höhe für ihn und seine Arztgruppe für rechtswidrig, weil sie – teilweise – die für ihn und seine Arztgruppe relevanten Versichertenpauschalen unterschreitet.

Doch folgt schon aus dem dargestellten Normengeflecht, dass es zu einem solchen Unterschreiten kommen kann, es also nicht per se gegen die aus diesen Normen sich ergebenden Vorgaben verstößt. Auch folgt aus einem Vergleich von arztgruppenspezifischem Fallwert und Versichertenpauschale, dass zwischen beiden Unterschiede von solchem Gewicht bestehen, die es rechtfertigen, vom arztgruppenspezifischen Fallwert nicht zu fordern, dieser müsse mindestens die Versichertenpauschalen abdecken.

Entgegen der Auffassung des Klägers stehen Versicherten- und Grundpauschalen einerseits und arztgruppenspezifischer Fallwert andererseits nicht in dem Verhältnis zueinander, dass der Fallwert seiner Höhe nach zumindest den Pauschalen entsprechen muss. Die Versicherten- und Grundpauschalen sind nach I. 4.1 EBM von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Leistungserbringern beim ersten kurativ-ambulant persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall zu berechnen. Dabei ist der Behandlungsfall nach I. 3.1 EBM die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse. Die Versicherten- und Grundpauschalen sind nach I. 4.1 EBM nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztpraxisübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechnungsfähig (kurativ-ambulant) und umfassen die in Anhang 1 aufgeführten Leistungen entsprechend der tabellarischen Gliederung. Alle diese in Betracht kommenden Leistungen sind damit mit der Pauschale für ein Quartal abgegolten.

Zur hier relevanten pädiatrischen Versichertenpauschale gehört nach IIIa. 4.2.1 EBM (Kapitel 4 EBM) als obligater Leistungsinhalt ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und gehören als fakultative Leistungsinhalte - allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes, - Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten, - Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen, - Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt, - Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, - weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, - in Anhang 1 aufgeführte Leistungen, einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant oder kurativ-stationär). Im umfangreichen Anhang 1 des EBM sind die Leistungen aufgeführt, die – sofern sie nicht als GOP im EBM verzeichnet sind – Teilleistungen von GOP des EBM und als solche nicht eigenständig berechnungsfähig sind. Die GOP für die hier einschlägigen Pauschalen sind wie folgt mit Punkten bewertet: - 04110 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr 1190, - 04111 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr 880.

Mit den Versichertenpauschalen sind danach jeweils alle wesentlichen Leistungen in einem Behandlungsfall erfasst und abgegolten. Es handelt sich bei den jeweiligen Versichertenpauschalen für den Vertragsarzt ersichtlich um eine Mischkalkulation, denn nicht immer fallen in einem Behandlungsfall alle die von der Pauschale erfassten Leistungen an; mal sind es mehr, mal sind es weniger. Auch deshalb leuchtet es ein, dass mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert im Rahmen des RLV nicht die Höhe der Gebühr für die Versichertenpauschale auch nur für alle RLV-Fälle zwingend zumindest punktgenau getroffen oder gar notwendig immer überschritten werden müsste. Denn auch bei einem leichten Unterschreiten – wie teilweise, mit Blick auf die Pauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, hier – ist durch die Vergütungshöhe im Rahmen des RLV der Kinderarzt nicht notwendig über alle seine Behandlungsfälle hinweg unzureichend vergütet.

Hinzu kommt, dass eine Mischkalkulation auch mit Blick darauf rechtlich angezeigt ist, dass vorliegend sowohl die Versichertenpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr als auch die für Versicherte ab Beginn des 6. Lebensjahres einschlägig sind. Im streitbefangenen Quartal III/2010 unterschritt aber nur die Versichertenpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr und nicht auch die für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr den arztgruppenspezifischen Fallwert. Zwar hat der Kläger vorgetragen, die Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr machten ca. 75% bis 80% seines Klientels aus; das ändert aber nichts daran, dass hier beide Versichertenpauschalen zur Abrechnung kamen und der Fallwert nur die eine von ihnen unterschritt, eine Mischkalkulation also auch tatsächlich angezeigt war.

Rechtlich relevante Bedenken gegen die Höhe des RLV-Fallwerts könnten danach allenfalls dann bestehen, wenn der arztgruppenspezifische Fallwert substanziell unter die Grundpauschalen der jeweiligen Arztgruppe abfällt, die die notwendigen Leistungen in diesem Bereich abbilden (so bereits SG Berlin 19.9.2012 – [S 83 KA 399/11](#), juris Rn. 43). Davon aber kann vorliegend keine Rede sein, denn weder sind beide für Kinderärzte relevante Versicherungspauschalen unterschritten noch ist das Unterschreiten der Pauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr durch den RLV-Fallwert im Quartal III/2010 substanziell. Dabei kann hier offenbleiben, wann diese Erheblichkeitsschwelle jedenfalls erreicht wäre; bei einem Unterschreiten von weniger als 10% wie hier ist dies jedoch noch nicht der Fall. Ohnehin kennt das vertragsärztliche Vergütungsrecht kein subjektives Recht des einzelnen Arztes auf Vergütung einzelner Leistungen in einer bestimmten oder auch nur jeweils kostendeckenden Höhe (vgl. BSG 11.3.2009 – [B 6 KA 31/08 B](#), juris Rn. 30).

In dem von der Rechtsprechung formulierten substanziellen Unterschreiten der Grundpauschalen durch den Fallwert lässt sich auch der vom Kläger eingeforderte untere Interventionswert sehen, ab dem ein korrigierendes Einschreiten geboten sein kann. Nur ist dieser Interventionswert vorliegend nicht erreicht.

In Rechnung zu stellen ist in einer weiteren Perspektive zudem, dass, soweit der RLV-Fallwert die Versicherten- und Grundpauschalen der jeweiligen Arztgruppe in den Jahren 2009 und 2010 teilweise unterschritten hatte, der (erweiterte) Bewertungsausschuss zunächst mit den Konvergenzbeschlüssen vom 15. Januar 2009 und vom 27. Februar 2009 und sodann mit der Einführung der QZV ab dem hier streitbefangenen Quartal III/2010 mit Beschluss vom 26. März 2010 Korrekturen vorgenommen hat und dadurch seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht ausreichend nachgekommen ist (vgl. SG Marburg 6.10.2010 – [S 11 KA 340/09](#), ZMGR 2010, 362, juris Rn. 148 ff.; SG Berlin 19.9.2012 – [S 83 KA 399/11](#), juris Rn. 43; SG Marburg 30.1.2013 – [S 12 KA 416/11](#), juris Rn. 48, mit weiteren Nachweisen). Von der Zurverfügungstellung von QZV hat im Quartal III/2010 auch der Kläger profitiert, in diesem Quartal sogar mehr, als dies rechtlich angezeigt war, was zu seinen Gunsten durch die Beklagte nachträglich nicht korrigiert worden ist.

Zu Recht hat auch die Beklagte auf eine gebotene Gesamtschau hingewiesen. Bei dieser ergibt sich zum einen, dass der Kläger sein vertragsärztliches Bruttohonorar zu ca. 40% außerhalb von RLV und MGV erzielte, und zum anderen, dass ihm mit der zugewiesenen RLV-/QZV-Bezugsgröße von 23.364,94 EUR die Versichertenpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr bei einer RLV-Basisfallzahl von 542 im Ergebnis in allen Fällen zum vollen Preis vergütet werden konnte, obwohl der RLV-Fallwert unter der Gebühr für die GOP 04110 EBM lag. Beides spricht vorliegend dagegen, eine unangemessene bzw. nicht mehr leistungsgerechte Teilhabe des Klägers an der Gesamtvergütung anzunehmen.

Hinzu kommt schließlich, dass sich aus den gesetzlichen Vorgaben, den Beschlüssen des Bewertungsausschusses und dem einschlägigen VM genügend Möglichkeiten ergeben, die Wirkungen für den Kläger abzumildern, die daraus haben entstehen können, dass vorliegend der arztgruppenspezifische Fallwert die Versichertenpauschale für Patienten bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres unterschritten hat.

Korrekturmöglichkeiten sehen die Regelungen des VM bei Fallzahlerhöhungen aus besonderen Gründen, zur Anpassung des RLV in Fällen von Praxisbesonderheiten und zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste vor (§ 8 der Anlage A zum VM). Der VM bietet so Raum auch für eine abweichende Anwendung seiner honorarbegrenzend wirkenden Regelungen in den benannten Fällen; die durch die Rechtsprechung anerkannte Möglichkeit zur Reaktion auch auf unbenannte Härten in Ausnahmefällen kommt noch hinzu (vgl. dazu BSG 8.2.2012 – [B 6 KA 14/11 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 69, juris Rn. 25; BSG 29.6.2011 – [B 6 KA 17/10 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 66, juris Rn. 29). Ein Antrag auf Fallzahlerhöhung ist vom Kläger auch gestellt worden, die hierauf ergangene Ablehnungsentscheidung der Beklagten ist jedoch nicht Gegenstand dieses Klageverfahrens. Vielmehr ist insoweit noch ein gesondertes Widerspruchsverfahren offen.

Nach allem kamen eine Verpflichtung der Beklagten zur Neufestsetzung des arztgruppenspezifischen Fallwerts zugunsten des Klägers im Rahmen des RLV und damit auch ein höheres Honorar nicht in Betracht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Eine Erstattung außergerichtlicher Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, weil diese keinen Antrag gestellt haben (vgl. [§ 162 Abs. 3 VwGO](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2017-04-04