

B 6 KA 45/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 4919/11
Datum

25.04.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 3046/12
Datum

24.10.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 45/12 R
Datum
17.07.2013
Kategorie
Urteil

Leitsätze

Der Vertragsarzt hat nach dem ab dem 1.1.2009 geltenden Vergütungsrecht keinen Anspruch, dass diejenigen Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, von jeder Mengensteuerung freigestellt werden.

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 24.10.2012 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Rechtsstreits auch im Revisionsverfahren. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1542,12 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Der als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger wendet sich gegen eine Honorarkürzung in dem Quartal II/2010.

2

Mit dem Honorarbescheid für das Quartal II/2010 reduzierte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) die Honorarforderung des Klägers um ca 1540 Euro. Diese Kürzung beruhte auf einer Quotierung derjenigen Leistungen, die nicht Bestandteil des Regelleistungsvolumens (RLV) des Klägers waren, der sog "freien" Leistungen. Das betraf vor allem die Körperakupunktur (Nr 30790 und 30791 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä)), besondere Inanspruchnahme (Nr 01100 EBM) und dringende Besuche (Nr 01411 und 01412 EBM).

3

Rechtsgrundlage der lediglich anteiligen Vergütung der "freien" Leistungen war § 2 Ziff 10 der Vereinbarung der Beklagten mit den Landesverbänden der Krankenkassen über Verfahrensregelungen zur Vermeidung von überproportionaler Honorarverlusten im Jahr 2010 iVm deren Umsetzung in der Anlage zum Honorarverteilungsvertrag (HVV) für die beiden ersten Quartale des Jahres 2010. Danach wurde für dringende Besuche, besondere Inanspruchnahme des Arztes und Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM-Ä ein separates Honorarvolumen gebildet. Dieses errechnete sich auf der Basis der Abrechnungsergebnisse dieser Leistungen in den entsprechenden Quartalen des Jahres 2008. Die anerkannten Punkte ergaben multipliziert mit dem Punktwert der Euro-Gebührenordnung einen Geldbetrag, der durch die abgerechneten Leistungen im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt wird. Daraus war dann die Quote abzuleiten, mit dem die Leistungen aus diesem Kontingent vergütet werden. Bei dem Kläger schwankte diese Quote zwischen 89 % und 93 %; die garantierte Mindestquote von 80 % wurde damit überschritten.

4

Grundlage für die hier angewandte Regelung in der Konvergenzvereinbarung 2010 war Teil F, Ziff II., 1. des Beschlusses des Bewertungsausschusses (BewA) nach [§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) in seiner 199. Sitzung am 22.9.2009 zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs 2](#) und 3 SGB V mit Wirkung zum 1.1.2010. Danach können Leistungen der

morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (zB durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken.

5

Den Widerspruch des Klägers gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/2010 wies die Beklagte zurück. Das SG hat die Klage abgewiesen. Mit Urteil vom 24.10.2012 hat das LSG die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Mengenausweitungen im Bereich der vorweg zu vergütenden "freien" Leistungen gingen zu Lasten der RLV für alle Arztgruppen. Da jedoch nicht allen Ärzten die Möglichkeit offen stünde, über eine Ausweitung der freien Leistungen von der Vorwegvergütung zu profitieren, erhielten diejenigen Ärzte mit einem hohen Anteil an vorweg zu vergütenden Leistungen zu Lasten der Ärzte anderer Fachgruppen eine höhere Vergütung. Hierin sei zum einen ein Verstoß gegen den aus [Art 12 Abs 1 GG](#) und [Art 3 Abs 1 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu sehen, zum anderen könne der von dem Gesetzgeber in [§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) aF vorgegebene Zweck der Begrenzung einer übermäßigen Leistungsausweitung nur innerhalb der dem RLV unterfallenden Leistungsarten und damit nur partiell erreicht werden. Die Steuerung der freien Leistungen diene dementsprechend der Wahrung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Durch die Mengenbegrenzung bei den "freien Leistungen" werde sichergestellt, dass sich Leistungsausweitungen in diesem Bereich allein auf die Ärzte auswirkten, die Leistungen dieser Leistungsarten erbrächten. Der BewA habe in Ausübung der ihm nach der Rechtsprechung des BSG obliegenden Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht eine Korrektur des Vergütungssystems vorgenommen. Aus [§ 87b Abs 2](#) Sätze 2, [3 SGB V](#) aF könne kein Verbot von Steuerungsmaßnahmen für außerhalb der RLV zu vergütende Leistungen abgeleitet werden. Der besonderen Förderungswürdigkeit der "freien" Leistungen sei ebenfalls Genüge getan. Bereits durch die Herausnahme dieser Leistungen aus dem RLV, welches das typische Leistungsspektrum der Arztgruppe abbilde, sei der Besonderheit dieser Leistungen Rechnung getragen. Würden diese Leistungen in das RLV fallen, läge das Risiko für die Höhe der Vergütung bei dem Vertragsarzt, der im Falle einer Überschreitung des RLV ggf eine erhebliche Abstufung hinzunehmen hätte. Zudem führe die Zuordnung zum RLV zu einem Anstieg des Fallwertes, sodass das RLV schneller ausgeschöpft wäre. Da der Kläger in dem streitgegenständlichen Quartal das RLV überschritten habe, wären, sofern die hier betroffenen freien Leistungen dem RLV unterfielen, diese abgestuft mit nur etwa 50 % der Leistungsanforderung und damit erheblich niedriger als über die vorgenommene Quotierung vergütet worden. Ein Anspruch des Klägers auf eine unquotierte Vergütung der freien Leistungen lasse sich schließlich auch nicht aus einer Zusammenschau von [§ 87a SGB V](#) aF und [§ 87b SGB V](#) aF ableiten.

6

Mit seiner Revision stellt der Kläger zunächst in Frage, ob es sich bei den streitgegenständlichen Leistungen um solche der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) handele. Sofern dies nicht der Fall sei, sondern Leistungen betroffen seien, für die die Beklagte nach [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) aF besondere Vereinbarungen mit den Kassen getroffen habe, seien die Leistungen nach der Rechtsprechung des BSG ungekürzt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Gleiches gelte im Ergebnis für den Fall, dass es sich um Leistungen innerhalb der MGV handele. Denn entgegen der Auffassung des SG und des LSG gebe es für die vorgenommene Mengensteuerung und Quotierung der freien Leistungen keine wirksame Rechtsgrundlage, da das Gesetz den BewA nicht zu der getroffenen Regelung ermächtige; folglich seien auch die entsprechenden Regelungen des HVV unwirksam. Der BewA dürfe nach der Rechtsprechung des BSG zwar Kriterien zur Bestimmung der außerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen nach [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF bestimmen, jedoch nicht die Preise dieser Leistungen. Durch die Zulassung der Quotierung in diesem Bereiche greife der BewA indes indirekt in die Preise ein. Zudem habe der Gesetzgeber, wie das BSG bestätigt habe, in [§ 87b Abs 1 Satz 7 SGB V](#) aF vorgegeben, dass die freien Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien. Anders als [§ 87a Abs 3 Satz 5 SGB V](#) aF enthalte [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF zwar nicht ausdrücklich eine dahin gehende Formulierung. Hieraus könne jedoch nicht abgeleitet werden, dass die Euro-Gebührenordnung nur eine Berechnungsgrundlage für die Vergütung sei. Dagegen spreche die Stellung von [§ 87b Abs 1 SGB V](#) aF als Eingangsnorm und die Verwendung des Begriffs "Euro-Gebührenordnung", welcher verdeutliche, dass die in dieser Gebührenordnung genannten Preise maßgeblich sein sollten. Eine Ausnahme von dieser Grundregel finde sich allein in [§ 87b Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF im Hinblick auf die das RLV übersteigenden Leistungen. Anders als in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung des [§ 85 Abs 4 Satz 6 SGB V](#) und der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung des [§ 87b Abs 2 SGB V](#), die jeweils eine allgemein gefasste Ermächtigungsgrundlage zur Begrenzung der vertragsärztlichen Vergütung enthielten, habe [§ 87b SGB V](#) aF in dem hier maßgeblichen Quartal II/2010 demnach gerade keine allgemeine Ermächtigungsgrundlage für eine Mengensteuerung enthalten. Wäre eine Quotierung bereits auf der Grundlage von [§ 87b Abs 1 SGB V](#) aF möglich, könnten im Übrigen die Regelungen in [§ 87b Abs 2](#) Sätze 1 bis [3 SGB V](#) aF ausgehebelt werden. Denn der BewA könne über die Definition der freien Leistungen diese ausdehnen und praktisch sämtliche Leistungen diesem Bereich zuordnen, sodass nur noch in geringem Umfang Leistungen unter das RLV fielen und damit der Vergütungsanspruch der Ärzte nach [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) aF ins Leere liefe. Zudem hätte in diesem Fall in [§ 87b Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF nicht auf [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF, sondern auf [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) aF verwiesen werden müssen. Eine Quotierung der freien Leistungen laufe schließlich dem Willen des Gesetzgebers zuwider, diese Leistungen besonders zu fördern, und konterkariere folglich auch den Sinn und Zweck von [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF, da die besonders förderungswürdigen Leistungen uU schlechter vergütet würden als die unter das RLV fallenden Leistungen.

7

Der Kläger beantragt, die Urteile des LSG Baden-Württemberg vom 24.10.2012 und des SG Stuttgart vom 25.04.2012 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 15.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.08.2011 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger zusätzlich 1542,12 Euro für Leistungen aus dem Quartal II/2010 zu zahlen.

8

Die Beklagte beantragt die Revision zurückzuweisen.

9

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend. Es handele sich bei den quotierten freien Leistungen um Leistungen innerhalb der MGV. Der BewA habe den ihm nach der Rechtsprechung des BSG zustehenden weiten Gestaltungsspielraum nicht überschritten,

insbesondere habe er nicht die Preise der besonders förderungswürdigen Leistungen festgelegt. Dies ergebe sich bereits daraus, dass die Quotierung der freien Leistungen nicht zwingend vorgegeben sei, sondern den Vertragspartnern auf Landesebene nur eine entsprechende Möglichkeit eröffnet worden sei. Zudem sei die Frage, wie sich die Quotierung auswirke, eine solche der tatsächlichen Verhältnisse, sodass im Falle des Klägers trotz der Quotierung einige freie Leistungen sogar vollständig vergütet worden seien. Das BSG habe auch bereits entschieden, dass die Bildung von Honorartöpfen nicht gegen die Bewertungsvorgaben des EBM-Ä verstoße. Soweit der Kläger der Rechtsprechung des BSG entnehmen wolle, dass die freien Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien, treffe diese Einschätzung nicht zu. Das BSG habe vielmehr ausgeführt, dass jedenfalls dann, wenn die besonders förderungswürdigen Leistungen zugleich außerhalb der Gesamtvergütungen vergütet würden, diese Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien. Im Umkehrschluss könne dies bei einer Vergütung innerhalb der MGV anders sein.

10

Der Quotierung stünden auch nicht Sinn und Zweck des [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF entgegen, da bereits durch die Herausnahme dieser Leistungen aus dem RLV deren Besonderheit Rechnung getragen sei. Bei Vergütung innerhalb des RLV habe der Vertragsarzt ggf eine erheblich niedrigere Vergütung dieser Leistungen hinzunehmen; ein Verfall der Vergütung der freien Leistungen werde durch die Mindestquote von 80 vH verhindert. Ein Verbot der Quotierung der freien Leistungen nach [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF lasse sich schließlich auch nicht aus [§ 87a Abs 3 Satz 5 SGB V](#) aF ableiten, da unterschiedliche Rechtskreise und Regelungsbereiche betroffen seien.

11

Das Gericht hat dem GKV-Spitzenverband Bund und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) als Trägerorganisationen des BewA Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Der GKV-Spitzenverband Bund und die KÄBV halten die den angefochtenen Entscheidungen zu Grunde liegenden normativen Vorgaben für rechtmäßig.

II

12

Die Revision des Klägers ist unbegründet. Das SG und das LSG haben einen Anspruch des Klägers auf eine nicht quotierte Vergütung der streitgegenständlichen Leistungen zu Recht verneint. Die Quotierung der "freien" Leistungen im Quartal II/2010 beruht auf gesamtvertraglichen Regelungen für den Bereich der beklagten KÄV, die wiederum auf Vorgaben des BewA zurückgehen. Die maßgeblichen Normen auf beiden Regelungsebenen sind mit höherrangigem Recht vereinbar.

13

1. a) Der BewA hat zunächst in seiner 7. Sitzung am 27./28.8.2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß [§ 87b Abs 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina nach [§ 87b Abs 2](#) und 3 SGB V gefasst (DÄBl 2008, A-1988). Nach Teil F, Nr 1.2.1 des vorgenannten Beschlusses werden die Regelleistungsvolumina nach Maßgabe von Nr 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Gemäß Nr 2.2 des genannten Beschlusses, der insoweit auf der Ermächtigung des [§ 87b Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF beruht, unterliegen die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr 2 in Beschluss Teil F sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach [§ 87a Abs 3 Satz 5 SGB V](#) oder [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) ergeben, nicht dem Regelleistungsvolumen. Nach Nr 1.3 Beschluss Teil B sind danach Leistungen gemäß Punkt 1.2 in Beschluss Teil A und die Substitutionsbehandlung nicht in das Regelleistungsvolumen einzubeziehen. Anlage 2 Nr 2b zu dem vorgenannten Beschluss benennt ua folgende Leistungen, die damit nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen:

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)

- Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)

- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3.

14

Mit einer Vielzahl von Beschlüssen vom 15.1.2009 (DÄ 2009, A-308), 27.2.2009 (DÄ 2009, 574) und 20.4.2009 (DÄ 2009 A-942) reagierte der BewA auf befürchtete und sich nach ersten Hochrechnungen teilweise schon abzeichnende Auswirkungen der grundlegenden Umgestaltung des Vergütungssystems (vgl näher Senatsurteil vom 5.6.2013 - [B 6 KA 47/12 R](#) -). Kernelemente dieser Beschlüsse waren die Einführung einer sog Konvergenzphase für die Umsetzung der RLV, Vorgaben zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste sowie die hier betroffene Ermächtigung an die Gesamtvertragspartner zur Vereinbarung von mengensteuernden Regelungen für Leistungen und Kostenerstattungen außerhalb der RLV. Diese Ermächtigung verlängerte der BewA mit Beschluss vom 22.9.2009 (DÄ 2009, A-2103) auf das gesamte Jahr 2010. Diese Regelungen zur Zulassung einer Mengensteuerung stehen mit [§ 87b Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF in Einklang.

15

b) Der BewA war zum Erlass der Regelung in Teil F, Ziff II., 1. des Beschlusses vom 22.9.2009 (DÄBl 2009, A-2103), mit der den Vertragspartnern die Möglichkeit einer Mengensteuerung der "freien" Leistungen ermöglicht wird, befugt. Die gesetzliche Ermächtigung ergibt sich aus [§ 87b Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF, wonach der BewA erstmalig zum 31.8.2008 ua Vorgaben zur Umsetzung von Abs 2 Satz 7 zu bestimmen hatte. Nach dieser Vorschrift können weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina 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. Diese Vorschriften sind Bestandteil der Vergütungsregelungen im vertragsärztlichen Bereich für die Jahre ab 2009.

16

Gemäß [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF werden die vertragsärztlichen Leistungen abweichend von § 85 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs 2 vergütet. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind gemäß [§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) aF arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Dabei definiert [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) aF ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 als die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend von Abs 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden ([§ 87b Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF).

17

c) Der Senat hat bereits entschieden, dass der Begriff "Vorgaben" in [§ 87b Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF prinzipiell weit zu verstehen ist und insbesondere auch Detailregelungen ermöglicht ([BSGE 111, 114](#) (119) = SozR 4-2500 § 87 Nr 26 RdNr 36 mwN). Nach dem Sachzusammenhang liegt es nahe, dass sich die Vorgaben des BewA nach [§ 87b Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF auf die Kriterien beziehen, anhand derer sich bestimmen lässt, welche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden sollen ([BSGE 111, 114](#) (120) = SozR 4-2500 § 87 Nr 26 RdNr 38). In diesem Rahmen ist der BewA insoweit berechtigt, konkrete Regelungen zu treffen, als er einzelne Leistungen bezeichnen darf, die er in jedem Fall als förderungswürdig ansieht ([BSGE 111, 114](#) (119) = SozR 4-2500 § 87 Nr 26 RdNr 37 mwN). Der Rahmen der "Vorgaben" wird demnach jedenfalls noch nicht verlassen, sofern lediglich festgelegt wird, welche Leistungen für eine entsprechende vertragliche Vereinbarung in Frage kommen, aber keine Verpflichtung der Vertragspartner normiert wird, eine solche Vereinbarung abzuschließen ([BSGE 111, 114](#) (119 f) = SozR 4-2500 § 87 Nr 26 RdNr 37). Nicht mehr dem Bereich der "Vorgaben" zuzuordnen ist nach der Rechtsprechung des Senats hingegen die Verpflichtung zur Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen im Sinne von [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF, da hierdurch die Ebene der Gesamtvergütung im Sinne des [§ 87a SGB V](#) betroffen ist, deren Regelung jedoch nicht dem (E)BewA obliegt. Dieser ist vielmehr nur zum Erlass von "Vorgaben" auf der Ebene der Honorarverteilung im Sinne von [§ 87b SGB V](#) befugt ([BSGE 111, 114](#) (120 f) = SozR 4-2500 § 87 Nr 26 RdNr 39).

18

Der BewA hat vorliegend mit den Streitgegenständlichen Beschlüssen und der hierin vorgesehenen Quotierung der freien Leistungen weder die Ebene der Honorarverteilung verlassen noch den Rahmen der "Vorgaben". Durch die in Teil F, Ziff II. 1. des Beschlusses vom 22.9.2009 (DÁ 2009, A-2103) enthaltene Regelung eröffnet der BewA den Vertragspartnern die Möglichkeit ("können"), die Leistungen der MGV, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina vergütet werden, einer Steuerung zu unterziehen. Ausdrücklich klargestellt wird durch diese Formulierung, dass gerade nicht die außerhalb der MGV zu vergütenden Leistungen im Sinne von [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) betroffen sind. Soweit die Revision pauschal in Frage stellt, ob die hier betroffenen Leistungen (Besuche, Inanspruchnahme zur "Unzeit" und Akupunktur) aus der MGV vergütet werden, besteht für diese Zweifel keine Grundlage. Der Beschluss des BewA vom 22.9.2009 lässt in Teil F, Ziff II., 1. hinreichend deutlich erkennen, dass "Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung", die außerhalb der RLV vergütet werden, einer Steuerung unterzogen werden können. Allein vor diesem Hintergrund konnte es demnach auch zu der ausweislich der Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes Bund und der KÄBV im Laufe des Jahres 2009 sich abzeichnenden Mengenausweitung im Bereich der zu vergütenden "freien" Leistungen mit der Folge nachteiliger Auswirkungen auf die innerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen kommen. Diese nachteilige Wechselwirkung wäre von vornherein ausgeschlossen, wenn die hier Streitgegenständlichen Leistungen außerhalb der MGV honoriert würden. [§ 87a SGB V](#) aF und [§ 87b SGB V](#) aF betreffen unterschiedliche Ebenen mit unterschiedlichen Normgebern, sodass aus [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) aF kein Anspruch auf eine bestimmte Honorierung der hier Streitgegenständlichen Leistungen abgeleitet werden kann. Zutreffend hat das LSG in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass kein gesondertes Budget für die Vergütung der freien Leistungen im Verhältnis der Vertragsärzte gegenüber den KVen gebildet wird, sodass es auch den seitens des Klägers angeführten Restbetrag bestehend aus der Differenz zwischen der Vergütung der Kassen an die KVen nach den Sätzen der Euro-Gebührenordnung und den an die Vertragsärzte weitergegebenen quotierten Vergütungen dieser Leistungen nicht geben kann.

19

d) Soweit der BewA in seinem Beschluss vom 22.9.2009 den regionalen Vertragspartnern die Befugnis eingeräumt hat, Steuerungsmaßnahmen für solche Leistungen innerhalb des MGV vorzuschreiben, die außerhalb der RLV vergütet werden, ist höherrangiges Recht dadurch nicht verletzt. Soweit das anders gesehen wird (zB Vießmann, in: Spickhoff, Medizinrecht, 2011, § 87b/§ 87c RdNr 29), wird der Gestaltungsspielraum des BewA (dazu [BSGE 105, 236](#) (241 f) = SozR 4-2500 § 85 Nr 52, RdNr 26 ua; zuletzt: [BSGE 111, 114](#) (117 f) = SozR 4-2500 § 87 Nr 26 RdNr 28) nicht hinreichend beachtet. Allein der Umstand, dass der BewA mittelbar Einfluss auf die Höhe der dem Vertragsarzt für die "freien" Leistungen zustehende Vergütung nimmt, führt nicht zu einem Verstoß gegen [§ 87b Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF; die gesamte Tätigkeit des BewA ist auf die Beschreibung und Bewertung vertragsärztlicher Leistungen und damit immer auch auf deren Vergütung bezogen. Im Übrigen hat der BewA weder eine verbindliche Vorgabe dahingehend beschlossen, dass Steuerungsmaßnahmen vorgesehen werden müssten, noch ist die Ausgestaltung der Steuerungsmaßnahmen selbst vorgegeben, sodass die Konkretisierung im Einzelnen den Vertragspartnern der HVV vorbehalten ist.

20

Der Ermächtigung der regionalen Vertragspartner zur Einführung weiterer Steuerungsinstrumente für die Leistungen nach [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF steht der Wortlaut von [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF nicht entgegen. Danach werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1.1.2009 auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs 2 SGB V](#) vergütet. Bereits die Formulierung "auf der Grundlage" legt nahe, dass [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF nicht bestimmen will, dass grundsätzlich sämtliche Leistungen nach den Preisen der geltenden Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Bestätigt wird dieses Verständnis durch einen Vergleich mit [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#), der ausdrücklich von "den Preisen der Euro-Gebührenordnung" spricht und durch diese Formulierung verdeutlicht, dass in den dort genannten Fällen die vertragsärztlichen Leistungen jeweils mit den Euro-Preisen vergütet werden müssen (auch Sproll, in:

Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand: September 2008, [§ 87a SGB V](#), RdNr 14). Dass der Gesetzgeber durch die abweichenden Formulierungen in [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) aF und [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF tatsächlich unterschiedliche Vorgaben machen wollte, ergibt sich zudem aus der Gesetzesbegründung zu [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) aF, wonach die dort genannten Leistungen von den Krankenkassen ohne Mengenbegrenzung mit den Euro-Preisen vergütet werden ([BT-Drucks 16/4247 S 41](#)). Dem Wortlaut des [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF lässt sich demnach nicht entnehmen, dass die freien Leistungen mit [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF einer Steuerungsmaßnahme nicht zugänglich wären.

21

Nichts anderes ergibt eine Analyse des Wortlauts von [§ 87b Abs 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V](#) aF. Danach ist abweichend von [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten. Durch den Verweis auf Abs 1 Satz 1 der Norm wird zwar eine Ausnahme von der Honorierung auf der Grundlage der Euro-Gebührenordnung normiert. Indes ist [§ 87b Abs 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V](#) aF im Zusammenhang mit der vorangehenden Regelung in Satz 2 zu sehen, wonach die in das RLV fallenden Leistungen mit den in der Euro-Gebührenordnung genannten Preisen zu honorieren sind. Ausdrücklich bestimmt wird durch diesen - insoweit mit [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) aF identischen - Normtext, dass dem Grunde nach eine Honorierung zu den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung zu erfolgen hat. Aus dem Zusammenspiel von [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF und [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) aF und der Formulierung "mit abgestaffelten Preisen" in Abs 2 Satz 3 der Norm ergibt sich, dass diese Ausnahme keine solche von der Honorierung auf der Grundlage der Euro-Gebührenordnung sein soll, sondern vielmehr eine Ausnahme von der Honorierung nach den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung normiert wird. Die insoweit bestehende Unschärfe durch den alleinigen Verweis in [§ 87b Abs 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V](#) aF auf [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF kann daher vor dem Hintergrund der dargestellten Systematik und dem Sinn der Regelung nicht zu der Annahme führen, dass außerhalb des Anwendungsbereichs von [§ 87b Abs 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V](#) aF sämtliche Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten wären.

22

e) Bestätigung findet diese Annahme durch die Entstehungsgeschichte des [§ 87b Abs 2 SGB V](#) aF. [§ 87b SGB V](#) wurde durch Art 1 Nr 57b des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.3.2007 ([BGBl I 378](#)) mit Wirkung vom 1.4.2007 in das Gesetz eingefügt; der Gesetzentwurf der Bundesregierung hatte den Inhalt der Norm zunächst in § 85b vorgesehen ([BT-Drucks 16/3100 S 19](#)). [§ 85b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) idF des Gesetzentwurfs hatte zum Inhalt, dass die vertragsärztlichen Leistungen "im Rahmen von arztbezogenen Regelleistungsvolumina auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung (§ 85a Abs 2) vergütet" werden, während [§ 85 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) (Entwurf) eine Honorierung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung und [§ 85b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) (Entwurf) eine Honorierung der das arztbezogene RLV überschreitenden Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen nach Maßgabe von Vorgaben des Bewertungsausschusses vorsahen. Da die Regelungen des § 85b idF des ursprünglichen Gesetzesentwurfs zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu [§ 87 SGB V](#) aufbauten, wurde die Systematik verändert und [§ 87b SGB V](#) als Standort bestimmt. Durch diese Änderung des Standortes im Gesetz im Zuge der parlamentarischen Beratungen sollte jedoch keine sachliche Änderung erfolgen. Vielmehr ergibt sich aus der Gesetzesbegründung, dass die Regelungen des neuen [§ 87b Abs 2 SGB V](#) idF des GKV-WSG § 85b Abs 2 idF des Gesetzesentwurfs entsprechen und - ebenso wie im Hinblick auf die Sätze 1 bis 5 in [§ 87b Abs 1 SGB V](#) im Verhältnis zu § 85b Abs 1 idF des Gesetzesentwurfs - im Wesentlichen nur redaktionelle Anpassungen erfolgen sollten ([BT-Drucks 16/4247 S 42](#)). Keine Änderung sollte demnach im Hinblick auf das zunächst in [§ 85b Abs 1 Satz 1, Abs 2 Satz 1, 2 SGB V](#) idF des Gesetzesentwurfs zum Ausdruck kommende Regel-Ausnahme-Prinzip erfolgen, wonach die in das RLV fallenden Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung und die darüber hinausgehenden Leistungen zu abgestaffelten Preisen honoriert werden. Ebenso ergibt sich aus dieser Entwicklung, dass kein Grundsatz dahingehend normiert werden sollte, dass generell alle vertragsärztlichen Leistungen nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu honorieren wären und ausschließlich bei den das RLV übersteigenden Leistungen eine Abstufung zugelassen werden sollte.

23

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass bereits vor Inkrafttreten des GKV-WSG nach der Rechtsprechung des Senats der Formulierung "insbesondere" in [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) idF des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#)) zu entnehmen war, dass eine Steuerung nicht nur durch die Implementierung von RLV möglich war, sondern darüber hinaus noch weitere Steuerungsinstrumente vorgesehen werden konnten, die allerdings das System aus RLV und abgestaffelten Punktwerten nicht schwächen, sondern nur ergänzen durften ([BSGE 106, 56](#) (58) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54 RdNr 15 aE; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 19; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 16; zuletzt BSG, Urteile vom 6.2.2013 - [B 6 KA 13/12 R](#) - RdNr 17 sowie vom 5.6.2013 - [B 6 KA 32/12 R](#) - jeweils zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Zwar wurde das Vergütungssystem durch das GKV-WSG geändert, jedoch blieb auch unter Geltung der Euro-Gebührenordnung das arztbezogene RLV als Instrument zur Mengensteuerung im neuen Vergütungssystem erhalten (vgl. [BT-Drucks 16/3100 S 123](#)). Hieraus ergibt sich, dass der Gesetzgeber insoweit das auf den RLV aufbauende Vergütungssystem nur modifizieren wollte; hätte er weitere Steuerungsinstrumente neben oder zur Absicherung von RLV ausschließen wollen, hätte vielmehr eine ausdrückliche Regelung nahegelegt.

24

f) Einer Quotierung der "freien" Leistungen steht auch der Zweck des [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF nicht entgegen. Durch diese Regelung sollte eine Förderung bestimmter Leistungen durch die Nicht-Einbeziehung in die RLV ermöglicht werden ([BT-Drucks 16/4247 S 42](#)). Eine Förderung der freien Leistungen wird indes nicht nur dann erreicht, wenn diese zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert werden, sondern auch dann, wenn diese außerhalb des RLV zu quotierten Preisen vergütet werden (so auch: Rompf, in: Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, 6. Aufl., Stand: Dezember 2012, § 87b RdNr C 87b-9). Denn eine Honorierung außerhalb des RLV bedeutet, dass die Leistungen nicht der durch das RLV vorgegebenen Mengenbegrenzung unterliegen und damit zusätzlich zu einem ggf vom Vertragsarzt schon ausgeschöpften RLV honoriert werden. Dass die freien Leistungen dabei nicht zwingend mit den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert werden, steht dieser Annahme nicht entgegen, da sich bei begrenzter Gesamtvergütung eine isolierte Betrachtung der Honorierung der freien Leistungen verbietet. Vielmehr ist in diese Betrachtung, wie die KÄBV dargelegt hat, einzubeziehen, dass Leistungen, die nur von einer geringen Anzahl von Leistungserbringern oder selten erbracht werden, bei Einbeziehung in das RLV nur

einen geringen Anteil an diesem ausmachen würden, jedoch durch die Division mit allen RLV-relevanten Fällen auf alle Ärzte einer Arztgruppe aufgeteilt würden. Folge hiervon wäre, dass der Fallwert uU nicht oder nur in geringem Umfang für alle Ärzte stiege und folglich die Ärzte, die diese Leistungen erbringen, hierfür nur eine möglicherweise unzureichende Vergütung erhielten. Ein derartiges Ergebnis wird durch die Herausnahme dieser Leistungen aus dem RLV vermieden, und genau darin liegt die vom Gesetz betonte "Förderung". Ob eine Regelung rechtmäßig wäre, die nicht sicherstellt, dass die freien Leistungen mindestens entsprechend der abgestaffelten Honorierung für über das RLV hinausgehende Leistungen oder jedenfalls mit einer Mindestquote honoriert werden, kann an dieser Stelle offen bleiben, da dies die konkrete Ausgestaltung der HVV und damit nicht die grundsätzliche Zulässigkeit der Mengensteuerung im Bereich der freien Leistungen betrifft. Zutreffend hat das LSG in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen, dass bei einer Vergütung der freien Leistungen innerhalb des RLV das Risiko für die Höhe der Vergütung bei dem Vertragsarzt läge, da er, sofern sein RLV bereits ausgeschöpft ist, ggf eine erheblich niedrigere Vergütung dieser Leistungen hinnehmen musste und aufgrund der Zuordnung zum RLV ein Anstieg des Fallwertes mit der Folge der schnelleren Ausschöpfung des RLV eintreten würde. Die Zielsetzung des [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF wird damit auch dann nicht verfehlt, wenn die nicht vom RLV erfassten Leistungen nur quotiert vergütet werden.

25

g) Eine Mengensteuerung im Bereich der freien Leistungen ist auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Vergütung von weiteren vertragsärztlichen Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) aF erfolgen kann, wenn diese besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei der Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist (vgl zu dem Begriff förderungswürdige Leistungen in [§ 87a SGB V: BSGE 110, 258](#) (266) = SozR 4-2500 § 87a Nr 1, RdNr 36 f). Ein Rückschluss von [§ 87a Abs 3 Satz 5 SGB V](#) aF auf die Honorierung der entsprechenden Leistungen nach [§ 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) aF verbietet sich, da beide Normen verschiedene Ebenen betreffen: [§ 87a Abs 3 SGB V](#) aF regelt die Vereinbarung der Gesamtvergütungen, [§ 87b Abs 2 SGB V](#) aF hingegen die Honorarverteilung. [§ 87a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) aF ermächtigt die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der KÄV die mit befreiender Wirkung an die jeweilige KÄV zu zahlende MGV zu vereinbaren. Dies hat zur Folge, dass der einzelne Vertragsarzt keinen Anspruch auf ein Honorar in einer bestimmten Höhe, sondern nur auf einen angemessenen Anteil an der Gesamtvergütung hat (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 30](#) S 229). [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) aF sieht hinsichtlich der dort genannten Leistungen zwar die Möglichkeit einer Ausnahme von der Koppelung der Gesamtvergütung an den Morbiditätsbedarf vor und ermächtigt die vorgenannten Vertragspartner, zu einer Regelung dahingehend, dass diese Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden (vgl auch [BSGE 111, 114](#) (120 f) = SozR 4-2500, § 87 Nr 26 RdNr 39). Das betrifft jedoch die Rechtsbeziehungen zwischen den Partnern der Gesamtverträge, die auf diese Weise ein Vergütungsvolumen zusätzlich zum MGV betragsmäßig vereinbaren können. Ein unmittelbarer Rechtsanspruch des Vertragsarztes gegen die KÄV, die Leistungen, deren Finanzierung außerhalb der MGV erfolgt, ohne Mengensteuerung genau zu den Preisen honoriert zu erhalten, die der gesamtvertraglichen Vereinbarung zugrunde lagen, besteht nicht. Im Übrigen bedarf die Frage, wie im HVV die Honorierung solcher Leistungen geregelt wird, für die die KÄV Vergütungsanteile zusätzlich zur MGV erhält, keiner Klärung. Die hier betroffenen Leistungen sind Bestandteil der MGV, und schon deshalb findet [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) aF keine Anwendung.

26

h) Schließlich dient die vom BewA den Gesamtvertragspartnern ermöglichte Mengensteuerung der nicht vom RLV erfassten Leistungen der Sicherung einer insgesamt "angemessenen" Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen ([§ 72 Abs 2 SGB V](#)). Eine feste, begrenzte Gesamtvergütung schließt die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus. Mengenbegrenzungen oder Quotierungen sind unvermeidlich, und jeder Garantiep Preis für bestimmte, mengenmäßig nicht begrenzte Leistungen führt bei entsprechender Mengenentwicklung zwangsläufig zu einer Absenkung der Vergütung anderer Leistungen. Diese Beurteilung liegt der Rechtsprechung des Senats zu den festen Punktwerten im Sinne von [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF zugrunde, wonach die Festlegung von "absolut" festen Punktwerten von vornherein ausgeschlossen ist, weil bei gedeckelter Gesamtvergütung die Vorgabe fester Punktwerte nur dadurch ermöglicht wird, dass entweder die RLV bzw Grenzwerte so (niedrig) bemessen werden, dass die gezahlten Gesamtvergütungen ausreichen, um alle erfassten Leistungen mit dem vorgesehenen Punktwert zu vergüten, oder dass dies zu Lasten der "freien Leistungen" geht (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 40; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 33). Daher ist auch ein gewisses Floaten der Punktwerte nicht zu vermeiden; das System der RLV bei begrenzter Gesamtvergütung setzt vielmehr eine Quotierung voraus (BSG SozR 4-2500, § 85 Nr 68 RdNr 40 unter Hinweis auf BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 61 RdNr 16; ebenso BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 33). Würden die "freien Leistungen" ohne Quotierung vergütet, hätte dies zur Folge, dass der auf diesen Teil der Leistungen entfallende Anteil der Gesamtvergütung für die innerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen nicht mehr zur Verfügung steht. Innerhalb des RLV werden jedoch die typischen und speziellen Leistungen einer Arztgruppe (Senatsurteil vom 29.6.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - [MedR 2012, 413](#) RdNr 16 mit Hinweis auf die Rechtsprechung zu den Praxisbudgets) honoriert, und über den festen Punktwert soll den Ärzten Kalkulationssicherheit gegeben werden (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 31 mwN; BSG Urteil vom 9.5.2012 - [B 6 KA 30/11 R](#) - RdNr 25; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 25; vgl auch BSG, Urteile vom 6.2.2013 - [B 6 KA 13/12 R](#) - RdNr 32 und vom 5.6.2013 - [B 6 KA 47/12 R](#), jeweils zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Weder eine angemessene Honorierung dieser in das RLV fallenden Leistungen noch eine gewisse Kalkulationssicherheit wären jedoch gewährleistet, wenn die freien Leistungen vorab unbegrenzt vergütet würden, sodass im Extremfall, also bei zu geringen RLV auch die Funktionsfähigkeit des Systems der RLV insgesamt beeinträchtigt sein könnte. Entgegen der Ansicht des Klägers war dieser Gefahr nicht durch die Bildung von sogenannten qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV), Fallwertzuschlägen oder dadurch entgegenzuwirken, dass die streitgegenständlichen Leistungen innerhalb des RLV vergütet werden. Die QZV hat der BewA erst durch Beschluss vom 26.3.2010 Teil F des Beschlusses gemäß [§ 87b Abs 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs 2](#) und 3 SGB V mit Wirkung zum 1.7.2010 und damit nach dem hier streitgegenständlichen Quartal normiert. Bei einem Fallwertzuschlag handelt es sich hingegen um ein aliud, welches für die freien Leistungen gesetzlich nicht vorgesehen ist. Gleiches gilt im Ergebnis für die Honorierung innerhalb der RLV, weil der BewA aufgrund sachgerechter Gewährungen die hier betroffenen speziellen Leistungen gerade von den RLV ausgenommen hat.

27

2. Nicht zu beanstanden sind auch die auf der Grundlage der vorgenannten Beschlüsse des BewA ergangenen Regelungen, die die Beklagte mit ihren Vertragspartnern vereinbart hat.

28

Gemäß § 2 Ziff 10 der von den Gesamtvertragspartnern geschlossenen Konvergenzvereinbarung 2010 wurden im Jahr 2010 ua Leistungen der MGV, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, einer Steuerung unterzogen, um einer nachteiligen Auswirkung auf die MGV zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen entgegenzuwirken: Für diese Leistungsbereiche wurde jeweils ein separates Honorarvolumen auf der Basis der Abrechnungsergebnisse der jeweiligen Quartale des Jahres 2008, unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren gemäß Teil A § 4 Abs 3 Satz 9 und der Honorarverteilungsquote gemäß Teil A § 4 Abs 4 multipliziert mit dem Punktwert der baden-württembergischen Euro-Gebührenordnung (Teil A § 2), gebildet. Dieses Honorarvolumen wurde durch die abgerechneten und anerkannten Honorarforderungen im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergab sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen, die Quote durfte 80 vH nicht unterschreiten. Diese Regelung ist nicht zu beanstanden.

29

a) Das vom Kläger in diesem Zusammenhang angeführte Senatsurteil vom 18.8.2010 zu den RLV im Jahr 2005 ergibt nichts für die hier zu beurteilenden Vorschriften. Der Senat hat dort ausgeführt, dass die in Teil A des Beschlusses des BewA vom 15.1.2009 den Partnern der Gesamtverträge eingeräumte Möglichkeit einer schrittweisen Anpassung der RLV im Rahmen eines sogenannten "Konvergenzverfahrens" inhaltlich allein die sich aus der gesetzlichen Umgestaltung des vertragsärztlichen Vergütungsrechts (§§ 87a ff SGB V idF des GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBI I 378](#)) zum 1.1.2009 sowie den hierzu ergangenen Beschlüssen des BewA ergebenden Konsequenzen betrifft und sich die Ermächtigung zu einer "schrittweisen Anpassung" auf die RLV selbst bezieht, nicht hingegen die Normierung von Ausgleichsregelungen außerhalb der Vergütung nach RLV erlaubt (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 43). Das steht der Regelung in Ziff 2 der Anlage 4 zu Teil B HVV 2010 nicht entgegen. Hier ist der Rechtszustand des Jahres 2010 maßgeblich, und der BewA hat den Beschluss vom 15.1.2009 durch Teil B des Beschlusses des BewA vom 20.4.2009 gerade um die Option der Vereinbarung mengensteuernder Maßnahmen für Leistungen, die außerhalb der RLV zu vergüten sind, ergänzt und diese Regelungen durch Teil F, Ziff II., 1. des Beschlusses vom 22.9.2009 fortgeführt.

30

b) Die Partner des HVV durften weiterhin zur Bildung des Vergütungskontingents für die freien Leistungen im Jahr 2010 an die Abrechnungswerte des Jahres 2008 anknüpfen. Dem stehen entgegen der Auffassung des Klägers die Grundsätze nicht entgegen, die der Senat im Urteil vom 5.6.2013 - [B 6 KA 47/12 R](#) - zu § 2 Ziff 7a der auch hier anzuwendenden Konvergenzvereinbarung für den Bezirk der Beklagten entwickelt hat. Die in dieser Vorschrift normierten Verteilungsgrundsätze hatten zur Folge, dass sich das Honorar einer Praxis trotz formeller Geltung von RLV real viel stärker an dem von dieser Praxis im Referenzzeitraum erwirtschafteten Honorar als an arztgruppenspezifischen Grenzwerten ausgerichtet hat. Das hat der Senat in der Sache und im Hinblick auf eine fehlende normative Grundlage in Beschlüssen des BewA beanstandet. Ein solcher expliziter Beschluss des BewA liegt hier für das streitbefangene Quartal vor, und die Quotierung der "freien" Leistungen hat schon im Ansatz keinen Bezug zu einem auf die einzelne Praxis bezogenen Individualbudget.

31

Für die Quote der Honorierung der Beratungs-, Besuchs- und Akupunkturleistungen des Klägers hat die Vergütung, die seine Praxis 2008 für die entsprechenden Leistungen erzielt hat, keine messbare Bedeutung. In der Sache bewirkt die Quotierungsvorschrift die Bildung eines leistungsbezogenen Honorarkontingentes, und vergleichbare Steuerungsinstrumente hat das BSG sowohl für einzelne Fachgruppen und Leistungsbereiche als auch für Mischsysteme - teilweise nach Arztgruppen und teilweise nach Leistungsbereichen - als rechtmäßig angesehen (stRSpr des BSG, grundlegend [BSGE 83, 1](#) (2 f) = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#) S 183 f; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 63 RdNr 15 mwN), jedoch eine sachliche Rechtfertigung gefordert (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 31](#) S 237; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 408 mwN). Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann auch an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden (stRSpr; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 40](#) RdNr 18; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 24; [BSGE 94, 50](#) (67) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#) RdNr 50; [BSGE 93, 258](#) (262) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#) RdNr 15; [BSGE 90, 111](#) (117 f) = [SozR 3-2500 § 85 Nr 49](#) S 421; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 409; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 63 RdNr 16). Diese Grundsätze gelten entgegen der Ansicht des Klägers auch für die geänderte Rechtslage ab dem Jahr 2009, soweit ärztliche Leistungen nicht Bestandteil der RLV sind, sondern andere steuernde Mechanismen eingreifen (vgl SG Marburg, Urteil vom 18.4.2012 - [S 12 KA 780/10](#), [S 12 KA 781/10](#), [S 12 KA 158/11](#) - Juris RdNr 74 f). Sogenannte Honorartöpfe begrenzen die Auswirkungen der Leistungsdynamik auf einzelne Arztgruppen und bestimmte Leistungen. Sie setzen über ein absinkendes Vergütungsniveau potenziell Anreize zu zurückhaltender Leistungserbringung, schützen aber vorrangig Ärzte oder Arztgruppen vor einem Absinken der für die Honorierung ihrer Leistungen zur Verfügung stehenden Anteile der Gesamtvergütung. Dieser Zusammenhang besteht auch im Verhältnis der vorab zu vergütenden "freien" und den vom RLV erfassten Leistungen.

32

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 54 ff VwGO](#). Danach hat der Kläger die Kosten des erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)).

33

4. Die Festsetzung des Streitwerts hat ihre Grundlage in [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs 1](#), [§ 47 Abs 1 GKG](#). Seine Bemessung entspricht dem von den Vorinstanzen festgesetzten Streitwert.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2014-04-11