

L 11 KA 61/18

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 699/12
Datum
23.05.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 61/18
Datum
27.04.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 23. Mai 2018 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten ist die Höhe des vertragsärztlichen Honorars im Quartal 1/2012.

Bei der Klägerin handelt(e) es sich um ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), das im hier betroffenen Quartal 1/2012 in Köln zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war und in der Rechtsform einer GmbH betrieben wurde. Der Vertragsarztsitz besteht gegenwärtig nicht mehr. Die GmbH ist weiterhin im Handelsregister eingetragen (Amtsgericht Köln, HRB 01). Seit dem 10. August 2011 ist Herr R allein vertretungsberechtigter Geschäftsführer der Klägerin.

Als ärztlicher Leiter der Klägerin waren in der Zeit bis 1. Februar 2012 der Arzt E und in der Zeit vom 1. Februar 2012 bis 31. Dezember 2012 die Ärztin A tätig.

Im Quartal 1/2012 waren folgende (Fach-)Ärzte bei der Klägerin tätig:

Nr. LANR Vorname Name RLV-Arztgruppe

1	02	B	Nervenheilkunde
2	03	E	Innere Medizin - Rheumatologie
3	04	C	Gynäkologie
4	05	A	Orthopädie
5	06	Z	Kinder- und Jugendärzte - Hausärzte
6	07	D	Dermatologie
7	08	F	Orthopädie
8	09	S	Innere Medizin - Pneumologie
9	10	P	Kinder- und Jugendärzte - Hausärzte
10	11	H	Dermatologie
11	12	G	Gynäkologie

Bei den Ärzten B, C, Z, D, P und H handelte es sich zum damaligen Zeitpunkt unstreitig um Ärzte, deren Zulassung noch nicht länger als 12 Quartale zurücklag.

Mit Bescheid vom 25. November 2011 setzte die Beklagte das Regelleistungsvolumen (RLV) sowie die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) für das Quartal 1/2012 fest. Der Bescheid enthielt Hinweise über die Festsetzung des RLV, insbesondere dazu, dass bei neu zugelassenen Ärzten die RLV-relevanten Fallzahlen der aktuellen Abrechnung zugrunde zu legen seien, sowie zur Berechnung der Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), die zur Erhöhung des RLV führten, und des dafür entscheidenden Kooperationsgrades. Die der Zuweisung der arztbezogenen RLV zugrunde liegenden Fallzahlen entsprechen denjenigen im streitigen Honorarbescheid. Der Bescheid enthält folgenden Hinweis:

„Sofern Sie gegen die Honorierung Ihrer Leistungen im Quartal 1/2012 vorgehen wollen, genügt ein Widerspruch gegen den Quartalsabrechnungsbescheid für 1/2012. Wir werden diesen Widerspruch auch als Widerspruch gegen die Festsetzung des RLV/QZV für 1/2012 verstehen. Eines gesonderten Widerspruchs gegen diesen Festsetzungsbescheid bedarf es daher nicht.“

Mit der Gesamtaufstellung (Sammelerklärung) vom 12. April 2012 (eingegangen bei der Beklagten am gleichen Tage) machte die Klägerin folgende Behandlungsfallzahlen geltend:

Abrechnungsgebiete	Anzahl der Behandlungsfälle
Ersatz- und Primärkassen	6.981
KOV-Bundesbehandlung (BVG/BEG), Auslandsabkommen, Grenzgänger, Rheinschiffer -	
Sonstige Kostenträger (...)	16
Gesamt	6.997

Die Erklärung wurde am 12. April 2012 durch die Ärztin A unterzeichnet.

Mit Bescheid vom 24. Juli 2012 setzte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KV) das Honorar der als MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Klägerin für das Quartal 1/2012 auf 308.508,38 Euro fest.

Auf Seite 1 wird in tabellarischer Form ausgeführt:

Buchungstext	Beleg-Nr.	Datum	Bezugsquartal	Fallzahl	Belastungen EUR	Gutschriften EUR
001 VKK Honorar Notfallpraxis			1/2012			524,15
001 VKK Honorar			1/2012	7.369		293.328,53
001 VKK Honorar 0354967 Notfallpraxis			1/2012			4.130,09
001 VKK Honorar 8373753 Notfallpraxis			1/2012			6.830,11
004 VKK Hon. Präventionsvereinb. Kinder			1/2012			50,00
040 SHT Honorar			1/2012	5		470,43
060 PBK Honorar			1/2012	14		1.632,57
060 PBK Honorar 8373753 Notfallpraxis			1/2012			54,95
120 BPOL Honorar			1/2012	2		80,75
220 SVA Honorar			1/2012	7		442,30
220 SVA Honorar 0354967 Notfallpraxis			1/2012	5		52,02
440 POL Honorar			1/2012	10		681,39
460 BW Honorar			1/2012	3		231,09
Gesamthonorar-Saldo				7.415		308.508,38

Unter „Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen“ wird ausgeführt:

1. Feststellung RLV /QZV Über-/Unterschreitung	Punktzahl	EURO
1.1 RLV/QZV Berechnung mit aktueller Fallzahl 7257,93		223.374,23
1.2 abgerechnetes RLV/QZV in EUR (2.1 + 3.1)		325.545,89
1.3 Orientierungs-PW in Cent (OPW)	3,50480	
1.4 Punktwert (in Cent) für die überschreitenden Leistungen (Rest-PW)	0,25405	
1.5 Unterschreitung (wenn 1.1 > 1.2, dann 1.1 minus 1.2)		
1.6 Überschreitung (wenn 1.2 > 1.1, dann (1.2 minus 1.1.) geteilt durch 1.3 x 1.4)	2.915.193,9	7.406,05
2. Angeforderter Leistungsbedarf QZV	Punktzahl	EURO
Bezeichnung		
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	9.065,0	317,71
Leistungen der Akupunktur	320.300,0	11.225,87
Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	7.905,0	277,05
Physikalische Therapie	75.080,0	2.631,40
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	22.790,0	798,74

Sonographie I	16.860,0	590,91
Teilradiologie	500.550,0	17.543,28
2.1 Summe	952.550,0	33.384,97

3. angeforderter Leistungsbedarf RLV Punktzahl	EURO
3.1 RLV	8.336.022,5 292.160,92

4. RLV - Berechnung mit Anrechnung der QZV	EURO
4.1 RLV/QZV in EUR, OPW (1.1 minus 1.5)	223.374,24
4.2 anrechenbare Leistungen über RLV in EUR Rest-PW (aus 1.6)	7.406,05
	gesamt 230.780,29

In der „Anlage zum Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen“ werden die den einzelnen Ärzten zugeordneten RLV-Fallzahlen aufgeführt. Dabei handelt es sich bei den Ärzten E, A, F, S und G um die Fallzahlen des Vorjahresquartals (1/2011). Bei den Ärzten B, C, Z, D, P und H („Jungärzte“) wurden dagegen um die Zahlen des aktuellen Quartals (1/2012) zugrunde gelegt. Insgesamt ergibt sich daraus eine Fallzahl von 7.257,93.

Unter „Laborpauschalen, Laborkostenbudgetierung und Wirtschaftlichkeitsbonus“ wird unter Nr. 1 „Arztfälle“ Folgendes ausgeführt:

Arztfälle	AV	RV	Gesamt
1.01 Summe kurativ ambulante Behandlungsfälle	5.617	1.697	7.314
1.02 Arztfälle für Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001	6.141	1.805	7.946
1.03 Davon Kap. 32.2 kostenbudgetrelevante Arztfälle	5.767	1.542	7.309
1.04 Davon Kap. 32.3 kostenbudgetrelevante Arztfälle	5.767	1.542	7.309

Im Weiteren wird zunächst der Wirtschaftlichkeitsbonus mit insgesamt 196.203,0 Punkten ermittelt, indem die für die einzelnen bei der Klägerin im Quartal 1/2012 tätigen Ärzte (die mit ihrer LANR bezeichnet werden) errechneten Einzelwerte summiert werden. Sodann werden die veranlassten, selbst erbrachten und nicht abzurechnenden Laboranalysekosten für diese Ärzte aufgeschlüsselt, anschließend die Basiswerte Laborkostenbudget Kap. 32.2 und Kap. 32.3 ebenfalls LANR-bezogen dargestellt und sodann eine Über-/Unterschreitung des Laborkostenbudgets Kap. 32.2 und Kap. 32.3 – allerdings ohne Aufschlüsselung nach LANR – festgestellt. Dem Wirtschaftlichkeitsbonus von 196.203,0 Punkten steht demnach eine Überschreitung des Kostenbudgets von 214.748,9 Punkten gegenüber. Danach verbleibt kein Wirtschaftlichkeitsbonus.

Unter „Gesamtübersicht vor Prüfung“ wird ausgeführt: (Auszug)

	Alle Abr.-Fälle	Fallzahl der Praxis		Mitglieder Fam.-Angeh. Rentner			
		Gesamt. abs.	Mitglieder abs.	%	Angeh. abs.	%	Rentner abs. %
Kurativ		7.314	3.568	48	2.049	28	1.697 23
Sekundärscheine	4.384	2.195	50	755	17	1.434	32
davon Notfälle	444	14	3	418	94	12	2
davon Vertreterfälle							
davon Zuweisungen	56	31	55	10	17	15	26
davon Überweisungen	3.884	2.150	55	327	8	1.407	36
Sonstige	Mutterschaftsvorsorge	34	27	79	7	20	
Früherkennung	651	351	53	251	38	49	7
Empfängnisreg., Steril., Schw.-Abbr.	292	246	84	40	13	6	2

Außerhalb des Honorarbescheides erstellte die Beklagte eine Honorardifferenzierung ohne Datum. In dieser wird für das Quartal 1/2012 Folgendes ausgeführt:

2a. Fallwerte pro LE

LANR	Name, Vorname	Leistungsbedarf	Anzahl Fälle (*)	Durchschn. Leistungsbedarf je Fall
10	P	1029208	853	1206,57

02	B	1592105	825	1929,82
13	J	353720	26	13604,62
08	F	1088362,5	853	1275,92
03	C	334810	232	1443,15
07	D	454660	629	722,83
11	H	194200	234	829,91
12	G	391110	459	852,09
06	Z	720777	715	1008,08
09	S	1570897,5	874	1797,37
05	A	1994577,5	1533	1301,09
03	E	1483645	874	1697,53
Gesamt		11208072,5	7360	1522,84

2b. Fallwerte pro Leistungsort

BSNR/NBSNR	Adresse	Leistungsort	Leistungsbedarf	Anzahl Fälle (*)	Durchschn. Leistungsbedarf je Fall
273882600	K 2, Köln		11208072,5	7360	1522,8
Gesamt			11208072,5	7360	1522,84

Mit Schreiben vom 30. Juli 2012 erhob die Klägerin Widerspruch gegen den Abrechnungsbescheid vom 24. Juli 2012. In ihrer Widerspruchsbegründung vom 13. August 2012 machte sie geltend, dass zwischen den im Abrechnungsbescheid im Rahmen des jeweiligen (arztbezogenen) RLV zugrunde gelegten und den tatsächlich abgerechneten Fallzahlen zum Teil erhebliche Differenzen bestünden.

Bei den Ärzten B, D, Z, P und H handele es sich um „Jungärzte“; bei ihnen seien die Fälle ausgehend vom Fachgruppendurchschnitt anzuerkennen, was nicht geschehen sei. Bei den Ärzten E, A, S und G sei ausgehend vom Vorjahresquartal und dem Fachgruppendurchschnitt jeweils eine höhere Fallzahl anzuerkennen (wird im Einzelnen ausgeführt). Daraus folge eine Nachzahlung von mindestens 26.154,05 Euro.

Unzutreffend sei zudem der von der Beklagten angenommene Kooperationsgrad von 8,81 % im Zusammenhang mit dem BAG-Zuschlag gem. § 5 Abs. 3 HVM. Es sei nicht erkennbar, welche Anzahl von Arzt- und Behandlungsfällen zugrunde gelegt worden sei. Nach der Berechnung der Klägerin errechne sich nach der maßgeblichen Berechnungsregel des HVM für das Quartal 1/2012 ein Kooperationsgrad von 11,27%. Damit würde auf die jeweiligen bei der Abrechnung relevanten RLV ein BAG-Zuschlag von 10% anfallen. Hieraus folge eine Nachzahlung von mindestens 24.952,83 Euro.

Schließlich sei im Rahmen der vergüteten Laborleistungen der Wirtschaftlichkeitsbonus für Laborleistungen unberücksichtigt geblieben, weil bei dem Laborbudget auf das gesamte MVZ abgestellt worden sei. Richtig sei jedoch, auf die einzelnen Ärzte und eine etwaige Überschreitung ihres jeweiligen Budgets abzustellen.

Insgesamt ergebe sich eine Nachzahlung zu Gunsten der Klägerin in Höhe von 57.984,44 Euro.

Zuvor, mit Schreiben vom 9. August 2012, hatte die Klägerin unter Bezugnahme auf § 6 Abs. 4 HVM (in der Fassung vom 1. Januar 2012) die Auszahlung eines Betrages von 39.451,21 Euro als Ausgleich für einen überproportionalen Honorarverlust im Quartal 1/2012 beantragt. Sie verwies darauf, dass der Gesamtumsatz der Klägerin aus dem Quartal 1/2012 mehr als 10% unter demjenigen des maßgeblichen Vergleichs quartals (Quartal 1/2008) gelegen habe.

Mit Schreiben vom 21. August 2012 nahm die Klägerin Bezug auf „Widersprüche gegen Abrechnungsbescheide seit 1. Quartal 2009“ und führte aus, dass die Abrechnungsbescheide seit dem 1. Quartal 2009 bis zum aktuellen Bescheid für das 1. Quartal 2012 erheblich fehlerbehaftet seien. Daraus folgten Forderungen der Klägerin in Höhe von mindestens 815.055,10 Euro. Auch der Ausgleich des überproportionalen Honorarverlustes stehe noch aus. Die Rückstände daraus beliefen sich auf mindestens 142.620,95 Euro. Es sei nunmehr zu einer wirtschaftlichen Schieflage gekommen. Die Beklagte werde um umgehende Überprüfung und Veranlassung einer Nachzahlung gebeten. Dem Schreiben beigefügt war eine tabellarische Auflistung der nach Auffassung der Klägerin einander widersprechenden „Fallzahlen Kontoauszüge“ und „Fallzahlen Gesamtübersicht vor Prüfung“, die für das hier betroffene Quartal 1/2012 eine Differenz von 59 Fällen ausweist (7.373 zu 7.314).

Mit Schreiben vom 9. Oktober 2012 wiederholte die Klägerin ihre Auffassung hinsichtlich der ihrer Meinung nach unzutreffenden Fallzahlen, zum BAG-Zuschlag und zum Laborbonus. Die Differenzen in den Fallzahlen, die sich aus der Praxissoftware „M1“, dem Abrechnungscontrolling „ACC“ und der differenzierten Honorarabrechnung der Beklagten ergäben, seien nicht abschließend aufgeklärt und die Abrechnung nicht durchschaubar. Sie, die Klägerin, fordere eine Nachvergütung auf der Grundlage der plausiblen und übereinstimmenden Fallzahlen aus der Praxissoftware M1, dem Abrechnungscontrolling ACC und der differenzierten Honorarabrechnung der Beklagten. Im Rahmen des BAG-Zuschlags würden bestimmte Arztgruppen wie die Ärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie willkürlich nicht berücksichtigt.

Die Beklagte wies den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 27. November 2012) und erläuterte die Bildung der RLV und QZV anhand der Regelungen des HVM. Davon ausgehend habe sich nach Prüfung der Abrechnungen der Klägerin ergeben, dass die Fallzahlen ordnungsgemäß ermittelt worden seien. Die für RLV und QZV relevanten Fälle seien die kurativ-ambulant 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 Teil F, Abschnitt I, Ziffer 2.2 bis 2.5 nicht dem RLV und QZV unterliegen, abgerechnet werden. Zur Umsetzung des Arztbezuges gem. Nr. 1.2.2 sei die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen vorgegeben, wobei in Einzelpraxen die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle entspreche. In MVZen entspreche die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis bzw. des MVZ multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztzahl der Praxis bzw. des MVZ. Dies gelte für QZV grundsätzlich entsprechend.

Zum Wirtschaftlichkeitsbonus führte die Beklagte aus, dass dieser die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Laborleistungen honoriere. Es sei sachgerecht, die Berechnung auf Betriebsstättenebene (d.h. für das MVZ und nicht bezogen auf den einzelnen dort tätigen Arzt) durchzuführen.

Schließlich ergäben sich auch keine anderen Fallzahlen aus der im Abrechnungsbescheid enthaltenen Aufstellung „Gesamtübersicht vor Prüfung“. In dieser Tabelle würden nur die abgerechneten Leistungen und Häufigkeiten der gesetzlich versicherten Patienten angezeigt. Die Frequenztafel und die Gesamtübersicht vor Prüfung seien Prüfunterlagen zur Prüfvereinbarung und würden nur für die gesetzlichen Krankenkassen erstellt. Leistungen der sonstigen Kostenträger seien hieraus nicht ersichtlich. Die in der Übersicht enthaltenen Fallzahlen umfassten lediglich die kurativen Fälle (Krankenbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung), nicht aber Maßnahmen der vertragsärztlichen Versorgung wie zum Beispiel die Früherkennungsmaßnahmen, Mutterschaftsvorsorge und sonstige Hilfen.

Hinsichtlich des geltend gemachten überproportionalen Honorarverlusts verwies die Beklagte auf den gesonderten Bescheid der Hauptstelle vom 30. Oktober 2012.

Die Klägerin hat am 27. Dezember 2012 Klage zum Sozialgericht (SG) Düsseldorf erhoben. Zur Begründung hat sie ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und ergänzend geltend gemacht, dass der Bescheid unverständlich und deshalb bereits nicht prüffähig sei. Die grundsätzliche Rechtmäßigkeit der seit dem 1. Januar 2009 geltenden RLV werde nicht in Zweifel gezogen. Die Klage richte sich gegen die von der Beklagten zugrunde gelegten Fallzahlen der einzelnen Ärzte im RLV, den festgestellten Kooperationsgrad für den BAG-Zuschlag sowie den errechneten Wirtschaftlichkeitsbonus für Laborleistungen. Die Klägerin habe für jedes Quartal eine Analyse ihrer Abrechnungen durch die ACC GmbH (ACC) durchführen lassen und die Ergebnisse auch der Beklagten zur Verfügung gestellt. Es gebe jedoch erhebliche Differenzen bei den von der Beklagten für die einzelnen Ärzte zugrunde gelegten Fallzahlen. Auch unterscheide die Beklagte bei den zugrunde zu legenden Fallzahlen nicht zwischen etablierten und Jungärzten, bei denen sich die Bestimmung des zuzuweisenden RLV nach den Fallzahlen des aktuellen Quartals bemesse. Exemplarisch hat die Klägerin die Differenzen zwischen den von ihr zugrunde gelegten Fallzahlen und denen der Beklagten am Beispiel des Arztes B dargelegt und geltend gemacht, dass die von der Beklagten ermittelte, aus der Frequenztafel ersichtliche Häufigkeit der abgerechneten Gebührennummern des Arztes B mit den von ACC ermittelten Werten übereinstimme. Die für den Arzt B zugrunde gelegte Fallzahl sei nicht nachvollziehbar, es müsse eine höhere Fallzahl zugrunde gelegt werden. Im Übrigen habe die Beklagte aufgrund der Einwände der Klägerin eine erneute Überprüfung vornehmen müssen, was sie versäumt habe. Der BAG-Zuschlag werde von der Beklagten falsch berechnet. Nach Analyse durch ACC ergebe sich ein Kooperationsgrad von 12,56%, der einen Zuschlag von 10% auf das RLV begründe. Der Wirtschaftlichkeitsbonus werde von der Beklagten zu Unrecht betriebsstättenbezogen berechnet. Die GOP 32001 EBM gebe jedoch vor, dass auf den kurativ-ambulanten Arztfall abzustellen sei.

Die Klägerin hat beantragt,

unter Aufhebung des Abrechnungsbescheides vom 24.07.2012 für das Quartal 1/2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.11.2012 die Beklagte zu verpflichten, über die Honoraransprüche der Klägerin für das Quartal 1/2012 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu bescheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat geltend gemacht, dass der angefochtene Honorarabrechnungsbescheid nicht zu beanstanden sei. Die Klägerin müsse konkret vortragen, in welcher Weise die zugrunde gelegten Fallzahlen unzutreffend seien bzw. welche Fallzahlen richtigerweise zugrunde zu legen gewesen wären. Ohne substantiierten Vortrag laufe dies sonst auf eine unzulässige Ausforschung hinaus. Der Vortrag der Klägerin lasse einen Bezug zu den Vorschriften des HVM vermissen und offenbare ein fehlendes Verständnis der Honorarabrechnungsregeln.

Das SG hat die Beklagte zu einer näheren Darstellung der im Honorarabrechnungsbescheid vorgenommenen Berechnungen - insbesondere hinsichtlich der Fallzahl - bezogen auf den Arzt B aufgefordert, sowie hinsichtlich der Berechnung des zu berücksichtigenden Kooperationsgrades und des Wirtschaftlichkeitsbonus. Die Beklagte hat sodann ergänzend vorgetragen: Die Nichtberücksichtigung von 68 Fällen bei dem Arzt B beruhe nicht darauf, dass es sich nicht um RLV-relevante Fälle gehandelt habe. Dies könne nur für einen der von dem Arzt B behandelten 815 Patienten festgestellt werden.

Für den Arzt B ergebe sich folgende Berechnung:

1	2	3	4	5
RLV-Behandlungsfälle der Praxis gesamt	Arztfälle der Praxis gesamt	Prozentuale Differenz zwischen 1 und 2	Arztfälle pro Arzt	Ergebnis nach Umrechnung lt. HVM (3 x 4)
6.813	7.413	0,9190611	814	748,12

Für den Kooperationsgrad sei ebenfalls die Summe der RLV-relevanten Arztfälle relevant, die durch die Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Praxis zu teilen sei, was hier zu einer Quote von 8,81 % führe. Sie ergebe sich aus der Summe der auf die einzelnen

Ärzte entfallenden RLV-relevanten Arztfälle (7.413), die durch die Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Praxis (6.813) zu teilen sei. Dazu legte die Beklagte eine Übersicht vor, in der die RLV-relevanten Behandlungs- und Arztfälle der einzelnen Ärzte aufgeführt werden, die summiert 6.813 bzw. 7.413 ergeben.

Die Klägerin hat daraufhin geltend gemacht (Schriftsatz vom 4. August 2016), dass die Ausführungen weiterhin nicht nachvollziehbar seien. Die Fallzahlen seien jedoch im Übrigen weiterhin nicht stimmig (wird näher ausgeführt). Die Berechnung des Kooperationsgrades sei schon deswegen falsch, weil die zugrundeliegende Ermittlung der Zahl der RLV-relevanten Behandlungs- und Arztfälle unzutreffend sei. Hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsbonus für Laborleistungen übersehe die Beklagte weiterhin, dass dieser vor dem 1. April 2013 arztfallbezogen zu berechnen gewesen sei. Dass die von der Beklagten erläuterte arztgruppenbezogene RLV-Festsetzung nicht richtig sein könne, ergebe sich im Übrigen schon daraus, dass sich aus den Berechnungen entnehmen lasse, dass für einzelne Fachgruppen wie die Pneumologen die Zahl der Behandlungsfälle (durchschnittliche Behandlungsfälle nach KBV-Kennzahlen für das Quartal 1/2012) die Zahl der Arztfälle übersteige. Das sei jedoch ausgeschlossen. Da ein Behandlungsfall mindestens einen Arztfall auslöse, könne die Zahl der Arztfälle nicht unterhalb der Zahl der Behandlungsfälle liegen.

Das SG hat die Streitsache am 6. Dezember 2017 mit den Beteiligten erörtert und der Beklagten weitere Darlegungen zu der Differenz zwischen der Zahl der RLV-Behandlungsfälle von 6.813 (Stellungnahme vom 24. Mai 2016) und 7.369 (streitbefangener Honorarabrechnungsbescheid) und zur Frage der sich aus den mitgeteilten Berechnungsgrundlagen des Kooperationsgrades ergebenden geringeren Zahl der Arzt- gegenüber der Zahl der Behandlungsfälle aufgegeben. Zudem hat es der Beklagten aufgegeben, eine neue Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus bei Laborleistungen zu veranlassen, da die vorliegende Berechnung zwar arztbezogen, aber zugleich auf Betriebsstätten bezogen sei.

Die Beklagte hat sodann Stellung genommen (Schriftsatz vom 2. Februar 2018) und erläutert, dass der Quartalskonto/Abrechnungsbescheid die aktuelle Fallzahl der Praxis enthalte, die jedoch nicht nur die RLV-relevanten, sondern vielmehr alle Abrechnungsfälle erfasse. Die Zahl der RLV-relevanten Fälle betrage im Quartal 1/2012 6.813. Die Klägerin weise zu Recht darauf hin, dass die Zahl der Behandlungsfälle eines Arztes stets geringer sei als die Zahl seiner Arztfälle. Dass in dem Bescheid für einzelne Ärzte die Zahl der Arztfälle die Zahl der Behandlungsfälle übersteige, liege daran, dass es sich um fachgleiche Ärzte mit einem unterschiedlichen Tätigkeitsumfang handle. Für fachgleiche Ärzte sei zunächst eine Gesamtsumme gebildet worden, von der dann ein nach dem Tätigkeitsumfang berechneter arztbezogener Wert errechnet worden sei.

Hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsbonus für Laborleistungen seien die Vorgaben des Kapitels 32 des EBM korrekt umgesetzt worden. Zu berücksichtigen sei, dass die Klägerin als an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmendes MVZ Adressatin der Vergütungsregelungen sei. Allerdings sei die Berechnung der Über- und Unterschreitung ausschließlich arztbezogen anhand der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle der in der Einrichtung tätigen Ärzte erfolgt.

Die Klägerin hat daraufhin geltend gemacht, dass die Ausführungen widersprüchlich seien (Schriftsatz vom 14. März 2018). In Widerspruch stünden die im Klageverfahren genannte Fallzahl von 6.813 und die unter Ziffer 1.1. des Bescheides genannte Fallzahl von 7.257,93. Diese Differenz von knapp 400 Fällen könne insbesondere nicht auf die Erbringung von freien Leistungen zurückgehen, da die die Klägerin an keinem der Verträge teilgenommen habe, aus denen sich eine Erbringung dieser Leistungen ergebe. Es sei festzustellen, dass sich aus dem Bescheid und der im Gerichtsverfahren abgegebenen Stellungnahme verschiedene Fallzahlwerte ergäben, jedoch nicht der im Klageverfahren genannte Wert von 6.813. Die Beklagte verweise dazu auf ihre EDV. Diese könne jedoch falsch programmiert sein.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage mit Urteil vom 23. Mai 2018 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die grundsätzliche Rechtmäßigkeit der Honorarverteilung nach RLV im Bezirk der Beklagten höchstrichterlich geklärt sei (Verweis auf BSG, Urteil vom 11.12.2013 - [B 6 KA 4/13 R](#) -). Die Beklagte habe die Vorgaben des HVM zutreffend umgesetzt. Insbesondere habe sie für die „Jungärzte“ das RLV nachträglich auf Basis des aktuellen Quartals (1/2012) ermittelt und für etablierte Ärzte den Wert des Vorjahresquartals zugrunde gelegt. Die Höhe des RLV der Arztpraxis ergebe sich aus der Addition der RLV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Die Fallzahl für „Jungärzte“ habe die Beklagte exemplarisch für Dr. B mit 748,12 berechnet. Rechtsgrundlage hierfür sei Schritt 4 der Anlage B 3 zum HVM in Verbindung mit Teil F, Abschnitt I., Ziffer 2.6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010. Danach seien die für die RLV relevanten Fälle einer Arztpraxis deren kurativ-ambulante Behandlungsfälle. In MVZen seien die RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß dem Verhältnis der Häufigkeiten der abgerechneten arztgruppenspezifischen Grundpauschalen im Vorjahresquartal auf die jeweiligen Arztgruppen aufzuteilen und anschließend zu gleichen Anteilen, unter Berücksichtigung des Umfangs der Tätigkeit des einzelnen Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, auf die der jeweiligen Arztgruppe zugehörigen Ärzte zu verteilen. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspreche damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis. Hierzu sei exemplarisch auf die Berechnung für den Arzt B zu verweisen. Für diesen – einen „Jungarzt“ – ergebe sich die Fallzahl von 748,12 aus einer Rechenoperation, in der ein Quotient aus der Zahl der RLV-Behandlungsfälle der Praxis gesamt (6.813) und der Zahl der Arztfälle der Praxis gesamt (7.413) gebildet worden sei (0,9190611) und dieser auf die Arztfälle des Arztes B (814) übertragen wurde. Das Ergebnis sei mathematisch zutreffend.

Die Zahl der Arztfälle der Praxis (7.413) ergebe sich aus dem Quartalskonto/Abrechnungsbescheid (7.415 abzüglich zwei Fälle BPOL). Die von der Beklagten im gerichtlichen Verfahren mitgeteilte Anzahl von 6.813 RLV-Behandlungsfällen finde hingegen keinen Niederschlag im Abrechnungsbescheid und seinen Anlagen (wird ausgeführt). Diese Zahl sei allerdings von der Beklagten nach ihrem Vortrag EDV-gestützt ermittelt worden. Die Kammer gehe von ihrer Richtigkeit aus. Die Beklagte unterliege als Körperschaft des öffentlichen Rechts der Rechtsaufsicht durch das zuständige Ministerium, was die Einhaltung der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und der Honorarverteilungsregelungen umfasse. Für eine bewusste Nichtbeachtung dieser Regeln bestehe kein Anhaltspunkt. Für die Richtigkeit der RLV-Fallzahl von 6.813 spreche im Übrigen, dass das daraus folgende Verhältnis zu den RLV-Arztfällen (7.413) von 91,90611 in einem MVZ mit 11 Ärzten „prima facie“ ohne Weiteres dem üblichen Umfang der Mehrfachbehandlung von Patienten durch mehrere Ärzte des MVZ entspreche. Für eine fehlerhafte Programmierung der EDV der Beklagten sei nichts ersichtlich, weitere Ermittlungen „ins Blaue hinein“ seien nicht geboten. Gleiches gilt auch für die RLV-Fallwerte.

Die Beklagte habe rechtsfehlerfrei die Gewährung eines BAG-Zuschlages abgelehnt, da der hierfür erforderliche Kooperationsgrad nicht erreicht worden sei. Zutreffend habe die Beklagte die RLV-Arztfälle der Praxis gesamt (7.413) durch die RLV-Behandlungsfälle der Praxis gesamt (6.813) dividiert und sei hierbei zu einem Quotienten von 1,08806 gelangt. Aufgerundet ergebe dies einen Kooperationsgrad von 8,81 %. Dabei kommt es auf eine Binnendifferenzierung nicht an.

Im Ergebnis rechtmäßig sei schließlich auch die Ablehnung der Gewährung eines Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM). Dieser sei zunächst arzt- und arztfallzahlbezogen zu berechnen gewesen. Erst mit Wirkung ab 1. April 2013 und damit nach dem hier streitbefangenen Quartal 1/2012 sei die Bezugsgröße für die Berechnung der GOP 32001 EBM der Behandlungsfall (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung ohne Datum). Allerdings verbleibe in keinem einzigen Fall ein Wirtschaftlichkeitsbonus (wird ausgeführt anhand Beispielsberechnungen für den Arzt E).

Gegen das ihr am 25. Juli 2018 zugestellte Urteil richtet sich die am 27. August 2018 (Montag) eingelegte Berufung der Klägerin, zu deren Begründung sie ihr erstinstanzliches Vorbringen wiederholt. Ergänzend macht sie geltend, dass der angefochtene Bescheid unbestimmt sei. Die Honorarberechnungsfaktoren seien widersprüchlich und nicht nachzuvollziehen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 23. Mai 2018 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 24. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. November 2012 zu verpflichten, über die Honoraransprüche der Klägerin für das Quartal 1/2012 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung weiterhin für zutreffend. Ergänzend macht sie geltend, dass angesichts eines Bescheidumfangs von 80 Seiten von einer Unbestimmtheit nicht auszugehen sei. Eine weitere Vergrößerung des Bescheidumfangs, wie ihn die Klägerin offenbar fordere, sei nicht vertretbar. Im Übrigen richte sich der Bescheid an einen fachkundigen Personenkreis. Deshalb reiche die Mitteilung der wesentlichen Berechnungsfaktoren aus, während sich der Rechenvorgang aus dem HVM ergebe. Dem Adressatenkreis sei auch bekannt, dass für die RLV-Festsetzung nicht die abgerechnete Arztfallzahl relevant sei.

Die von der Klägerin angeführten Widersprüchlichkeiten lägen nicht vor. So habe die Beklagte bezogen auf die Ärztin P im Klageverfahren keine Fallzahl von 900 angegeben. Die Ziffer 900 beschreibe die Arztgruppe, der die Ärztin P angehöre (Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin).

Hinsichtlich des Kooperationszuschlages verbleibe es dabei, dass die aktuellen RLV-relevanten Fallzahlen maßgeblich seien. Es komme nicht auf die allgemeine Behandlungsfallzahl an, wie die Klägerin meine, die im Übrigen Arztfall und Behandlungsfall vertausche. Hinsichtlich der Ärztinnen F und A seien insgesamt 2.361 Arztfälle abgerechnet worden (844 + 1.517). Ausgehend von dem Faktor 91,906110 % errechne sich eine gemeinsame Behandlungsfallzahl von 2.169,9 bzw. 1.084,95 je Ärztin. Eine arztbezogene Berechnung führe zum selben Ergebnis.

Hinsichtlich der RLV-Behandlungsfälle übersehe die Klägerin weiterhin die Unterscheidung zwischen etablierten und Jungärzten.

Für die Ärztinnen P und Z, die beide derselben Arztgruppe angehörten, seien die RLV-relevanten Fallzahlen einheitlich unter Berücksichtigung ihres Anstellungsfaktors ermittelt worden. Aus 1.042 gemeinsamen RLV-relevanten Arztfällen ergebe sich unter Berücksichtigung des Faktors von 91,90611 eine RLV-relevante Arztfallzahl von 957,66. Diese werde anhand des jeweiligen Anstellungsfaktors (P (1,0): 4/7, Z (0,75): 3/7) verteilt.

Die Abweichung der Fallzahl der Praxis in dem Quartalskonto/Abrechnungsbescheid von den Frequenztabellen und der Gesamtübersicht vor Prüfung beruhe darauf, dass die Frequenztable und die Gesamtübersicht vor Prüfung zu Beginn der Abrechnung zu Prüfzwecken nach den Vorgaben der Prüfvereinbarung, Anlage 4, erstellt würden. Sie differenziere ersichtlich zwischen kurativen Behandlungsfällen und sonstigen (Mutterschaftsvorsorge, Früherkennung, Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch). Der Wert „Alle Abrechnungsfälle“ (7.314) beschreibe deshalb nur die Anzahl der kurativen Behandlungsfälle, erfasse aber auch Notfallscheine oder andere kurative Fälle, in denen die Praxis keine RLV-relevanten Leistungen abgerechnet habe. Der Quartalskonto/Abrechnungsbescheid werde dagegen im letzten Schritt der Abrechnung erstellt. Er unterscheide nicht zwischen kurativen und sonstigen Leistungen, sondern beschreibe, welche Behandlungsfälle zulasten des jeweiligen Kostenträgers vergütet worden seien. Die Fallzahl „VVK Honorar“ (7.369) beinhalte somit alle Fälle, in denen anerkannt Leistungen zulasten der Vertragskrankenkassen abgerechnet worden seien, was auch Fälle erfasse, in denen ausschließlich (nicht RLV-relevante) Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, Früherkennung etc. vergütet worden seien.

Es sei allerdings zutreffend, dass die aktuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl der Praxis in den Abrechnungsunterlagen nicht benannt sei, da sie nur ein Rechenfaktor auf dem Weg zur Ermittlung der individuellen Behandlungsfallzahl des Arztes sei, aber nichts darüber aussage, wie viele RLV-Fälle tatsächlich im Quartal 1/2012 bei der RLV-Berechnung erfasst worden seien.

Im Verhandlungstermin hat die Vertreterin der Beklagten ausgeführt, dass in dem Bescheid eine Gesamt-Arztfallzahl von 7.413 zugrunde gelegt worden sei, die sich nicht aus dem Bescheid ergebe. Sie könne anders als vom SG angenommen nicht errechnet werden, indem von der im Titelblatt des Bescheides genannten Zahl von 7.415 zwei Fälle „BPOL“ abgezogen würden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf die Gerichtsakte, insbesondere die Niederschrift der mündlichen Verhandlung, sowie die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat keinen Erfolg.

A. Die am 27. August 2018 schriftlich eingelegte Berufung der Klägerin gegen das ihr am 25. Juli 2018 zugestellte Urteil des SG Düsseldorf vom 23. Mai 2018 ist zulässig, insbesondere ohne Zulassung statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)) sowie form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 Abs. 1, Abs. 3, § 64 Abs. 1, Abs. 2, § 63 SGG](#)).

B. Die Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

I. Die Klage ist zulässig.

Die Klägerin verfolgt ihr Begehren auf höheres Honorar zutreffend mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz <SGG>) in der Sonderform einer Bescheidungsklage, die auf den Erlass eines neuen Honorarbescheids gerichtet ist, mit dem ein höheres Honorar in noch näher zu klärender Höhe nach Maßgabe der Rechtsauffassung des Gerichts zugesprochen wird (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2008 – [B 6 KA 45/07 R](#) –, [SozR 4-2500 § 106a Nr. 5](#), juris-Rn. 11).

Ihre Klage hat die Klägerin nach Durchführung des Vorverfahrens (§ 78 Abs. 1 SGG) unter Einhaltung der einmonatigen Klagefrist (§ 87 Abs. 2, § 64 Abs. 1, Abs. 2 SGG) fristgerecht erhoben.

II. Die Klage ist jedoch unbegründet. Der Abrechnungsbescheid vom 24. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. November 2012 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG).

1. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist der Bescheid nicht schon deshalb rechtswidrig und aufzuheben, weil er unbestimmt wäre.

Nach § 33 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X) muss ein Verwaltungsakt inhaltlich hinreichend bestimmt sein. Dem genügt es, wenn der Verfügungssatz nach seinem Regelungsgehalt in sich widerspruchsfrei ist und der davon Betroffene bei Zugrundelegung der Erkenntnismöglichkeiten eines verständigen Empfängers in der Lage ist, sein Verhalten daran auszurichten (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) – [BSGE 94, 50](#), Rn. 31). Dabei können die Begründung des Bescheids und auch diejenige im Widerspruchsbescheid zur Auslegung herangezogen werden (BSG, Urteil vom 3. Juli 2020 – [B 8 SO 2/19 R](#) – [BSGE 130, 258](#), [SozR 4-3500 § 103 Nr. 1](#), juris-Rn. 15).

Diesen Anforderungen genügt der angefochtene Honorarbescheid. Aus ihm geht hervor, in welcher Höhe die Beklagte den Honoraranspruch der Klägerin für die jeweiligen Quartale festgestellt hat.

Keine Frage der Bestimmtheit des Bescheides, sondern seiner Begründung (§ 35 SGB X) ist dagegen, ob die der festgestellten Honorarsumme zu Grunde liegenden Rechenschritte in dem Honorarbescheid verständlich dargestellt sind (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) – a.a.O., juris-Rn. 31). Allerdings ist die Begründung des Honorarabrechnungsbescheides nicht zu beanstanden. § 35 Abs. 1 SGB X verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind nach § 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinanderzusetzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann (BSG, Urteil vom 27. Juni 2012 – [B 6 KA 37/11 R](#) – [SozR 4-2500 § 85 Nr. 71](#), juris-Rn. 16). Dabei dürfen bei Honorarbescheiden die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen (BSG, Urteil vom 27. Juni 2012 – [B 6 KA 37/11 R](#) – a.a.O., juris-Rn. 17, m.w.N.).

Davon ausgehend ist die Begründung des Bescheides nicht zu beanstanden. Soweit die Klägerin auf die Nennung verschiedener Fallzahlen an verschiedenen Stellen des Bescheides bzw. seiner Anlagen abhebt, handelt es sich dabei nicht um einen Begründungsmangel. Vielmehr stellen diese Zahlen die wesentlichen Umstände dar, die der Entscheidung zugrunde liegen und die der Klägerin – wie ihr Vorbringen im Widerspruchs- und Klageverfahren zeigt – die Möglichkeit geben, ihre Rechte wahrzunehmen und die Honorarberechnung anzugreifen. Im Übrigen könnte die Klägerin selbst bei einer unzureichenden Begründung nicht allein deswegen die Aufhebung angefochtenen Honorarbescheides verlangen. Denn gem. § 42 Satz 1 SGB X rechtfertigen bei rechtsgebundenen Verwaltungsakten bloße Begründungsmängel grundsätzlich nicht deren Aufhebung. Eine solche gebundene Entscheidung liegt bei der Feststellung des dem Vertragsarzt zustehenden Honorars jedoch vor. Es ist nicht ersichtlich, dass ein etwaiger Begründungsmangel die Entscheidung in der Sache beeinflusst hätte (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2012 – [B 6 KA 37/11 R](#) – a.a.O., juris-Rn. 19).

2. Der Bescheid ist im Übrigen auch materiell rechtmäßig.

Dabei ist im Berufungsverfahren nur noch streitig, welche Fallzahlen für das Quartal 1/2012 (im Rahmen der RLV-Festsetzung) zugrunde zu legen sind, ob ein Kooperationszuschlag im Rahmen der RLV-Vergütung zu berücksichtigen sowie der Wirtschaftlichkeitsbonus nach GOP 32001 EBM anzusetzen ist. Diese Beschränkung des Streitgegenstands, der den Prüfungsumfang des angefochtenen Bescheides bestimmt, ergibt sich aus dem Schriftsatz der Klägerin vom 25. November 2014. Die Beschränkung des Streitgegenstands auf einzelne abgrenzbare Punkte im Rahmen der Anfechtung von Honorarbescheiden ist im Sinne einer teilweisen Anfechtung des Honorarbescheides rechtlich zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2018 – [B 6 KA 17/17 R](#) – juris-Rn. 16 mit Verweis auf Urteil vom 23. Februar 2005 – [SozR 4-1500 § 92 Nr. 2](#), juris-Rn. 8 ff., 13).

Bezogen auf diesen Prüfungsumfang erweist sich der Bescheid als rechtmäßig.

a) Die Beklagte ist im Rahmen der Honorarberechnung von einer zutreffenden Fallzahl ausgegangen.

aa) Gesetzliche Grundlage der hier anzuwendenden Verteilungsregelungen ist § 87b Abs. 1 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 ([BGBl I 2983](#)). Nach dieser Vorschrift verteilt die KV die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, MVZen sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V hat der Verteilungsmaßstab Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 SGB V oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.

Die nähere Ausgestaltung ist für das hier betroffene Quartal im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) erfolgt. Zu beachten sind überdies die Vorgaben in Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses (BewA) vom 27./28. August 2008 in Gestalt der letztgültigen Fassung vom 26. März 2010 (DÄ 2010 Beilage zu Heft 16; im Folgenden: Beschluss BewA), die Bestandteil des HVM werden, soweit auf den Beschluss oder Teile davon verwiesen wird (vgl. Vorbemerkung zu Teil B).

Die Berechnung der RLV und QZV erfolgt gem. § 5 HVM (arzt- und praxisbezogene RLV und QZV) für die RLV-relevanten Arztgruppen, zu denen auch die bei der Klägerin tätigen Fachärzte verschiedener Fachrichtungen gehören. Dementsprechend sind die RLV und QZV für das jeweilige Abrechnungsquartal je Arzt für die in der Anlage B2 benannten Arztgruppen zu ermitteln und festzusetzen (§ 5 Ziff. 1 HVM) und praxisbezogen zuzuweisen (§ 5 Ziff. 2 Buchst. a HVM). Die Höhe des praxisbezogenen RLV ergibt sich durch Addition aller arztindividuellen RLV der in einer Praxis tätigen Ärzte (§ 5 Ziff. 2 Buchst. a HVM). Überdies kommen Zuschläge in Betracht, die das RLV erhöhen (§ 5 Ziff. 2 Buchst. a HVM). Insbesondere wird in fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, das RLV der Praxis unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung ggf. um Anpassungsfaktoren erhöht. Der bei der Ermittlung und Festsetzung des RLV zu beachtende Arztbezug wird bei den fachgleichen Ärzten einer BAG, einem MVZ und einer Praxis mit angestellten Ärzten durch die Anteile gemäß Zulassungsstatus hergestellt. Hierbei, wie auch bei den QZV, ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Arztes in der Regel laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen (§ 5 Ziff. 1 HVM). Ausnahmeregelungen zur RLV-Festsetzung werden in § 6 Ziff. 1 bis 3 HVM bestimmt (Zuschläge auf das RLV, RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform, Zuschläge aufgrund von Praxisbesonderheiten).

Dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV sowie ggf. zugewiesenen QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber, die mit dem jeweiligen Punktwert vergütet wird. Überschreiten die abgerechneten Leistungen das insgesamt zugewiesene RLV und die ggf. zugewiesenen QZV einer Arztpraxis, werden diese nur noch mit einem abgestaffelten Preis vergütet (§ 7 Abs. 1 HVM).

Die weiteren Einzelheiten der Bildung der RLV und QZV ergeben sich aus der Anlage B3 zum HVM (§ 5 Ziff. 2 HVM). Wie der Senat bereits entschieden hat, steht das in Anlage B3 des HVM der Beklagten geregelte System der Berechnung arzt- und praxisbezogener RLV und QZV mit höherrangigem Recht in Einklang (vgl. Senat, Urteil vom 17. Februar 2021 - [L 11 KA 48/18](#) - juris-Rn. 30, mit Verweis auf Senat, Urteil vom 18. Dezember 2019 - [L 11 KA 78/17](#) - juris-Rn., 28 ff.). Die Abstufung der Vergütung ist vor dem Hintergrund der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit mit höherrangigem Recht zu vereinbaren (vgl. Senat, Urteil vom 18. Dezember 2019 - [L 11 KA 78/17](#) -). Auch die Klägerin geht von der grundsätzlichen Rechtmäßigkeit der RLV- und QZV-bezogenen Vergütungssystematik aus.

bb) Unbeachtlich ist dabei zunächst, dass die Klägerin gegen den RLV-Zuweisungsbescheid vom 25. November 2011 keinen Widerspruch erhoben hat.

Die Zuweisung des RLV erfolgt durch eine eigenständige Regelung. Sie stellt einen gesondert anfechtbaren Verwaltungsakt dar, mit der Regelungen zur Leistungshonorierung aus Gründen der Kalkulationssicherheit vorab getroffen werden. Aus ihrer gesonderten Anfechtbarkeit folgt für den hier gegebenen Fall der Bestandskraft der Zuweisung eines RLV, dass der Vertragsarzt an diese Festsetzung gebunden ist und im nachfolgenden Honorarstreitverfahren nicht mehr deren Fehlerhaftigkeit geltend machen kann (vgl. BSG, Urteil vom 15. August 2012 - [B 6 KA 38/11 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1, juris-Rn. 10 f.). Die Bindungswirkung des RLV-Zuweisungsbescheids steht daher in anderen Verfahren vorgebrachten Einwänden gegen die Höhe des RLV jedenfalls insoweit entgegen, als diese die Berechnungsfaktoren des RLV betreffen und schon zum Zeitpunkt von dessen Zuweisung sachgerecht hätten geltend gemacht werden können (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12. Dezember 2018 - [L 7 KA 2/15](#) - juris-Rn. 27).

Eine derartige Bindungswirkung folgt aus dem RLV-Zuweisungsbescheid jedoch nicht. Denn die Beklagte hat in den RLV-Zuweisungsbescheid den Hinweis aufgenommen, dass ein gesonderter Widerspruch entbehrlich sei und Einwände zusammen mit Einwänden gegen den Honorarabrechnungsbescheid geltend gemacht werden können, wobei ein Widerspruch gegen den Honorarbescheid auch als Widerspruch gegen den RLV-Zuweisungsbescheid aufgefasst würde. Davon ausgehend ist die RLV-Festsetzung im Widerspruchs- und Klageverfahren gegen den Honorarabrechnungsbescheid vollumfänglich überprüfbar.

cc) Die Beklagte ist im Rahmen der Honorarfestsetzung von zutreffenden RLV ausgegangen. Die Ermittlung und Festsetzung der RLV-Fallzahlen ist nicht zu beanstanden.

(1) Die Höhe des praxisbezogenen RLV ist durch Addition aller arztindividuellen RLV der in einer Praxis tätigen Ärzte (§ 5 Ziffer 2 Buchstabe a) HVM) zu ermitteln und festzusetzen.

Dazu wird in Schritt 6 der Anlage B3 zum HVM bestimmt, dass sich die Höhe des RLV eines Arztes einer der in Anlage B2 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal ergibt.

Bei neu zugelassenen Ärzten wird diese Regelung nach § 6 Ziff. 2 HVM dahingehend modifiziert, dass bei Ärzten, die erstmalig zugelassen sind, für die Dauer von 12 Quartalen das RLV nachträglich berechnet und bei der Abrechnung zugrunde gelegt wird, wobei die aktuellen Fallzahlen mit dem entsprechenden Fallwert der Arztgruppe - unter Berücksichtigung der allgemeinen Berechnungsvorschriften - multipliziert werden. Diese Regelung berücksichtigt die Rechtsprechung des BSG zur „Aufbaupraxis“, wonach umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben müssen, zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dem Vertragsarzt muss - wegen seines Rechts auf berufliche Entfaltung unter Berücksichtigung der sog Honorarverteilungsgerechtigkeit - die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Daher ist allen Praxen mit unterdurchschnittlichen Umsätzen die Möglichkeit einzuräumen, durch Umsatzsteigerung jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe aufzuschließen und damit ihre Praxis zu einer solchen mit typischen Umsätzen auszubauen, wobei die Aufbauphase in dem HVM der KV grundsätzlich auf einen Zeitraum von drei, vier oder fünf Jahren bemessen werden kann (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 - [B 6 KA 44/12 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 2, juris-Rn. 17, 18; Urteil vom 24. Januar 2018 - [B 6 KA 23/16 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 16, juris-Rn. 21). Soweit ein in einem MVZ tätiger Arzt betroffen ist, setzt die Annahme einer Aufbauphase voraus, dass der Aufbaustatus für das MVZ und den Arzt gilt, da bei der RLV-Berechnung an den einzelnen Arzt angeknüpft wird (BSG, Urteil vom 24. Januar 2018 - [B 6 KA 23/16 R](#) - a.a.O., juris-Rn. 25).

Hinsichtlich der Berechnung der arztindividuellen Fallzahl in MVZen ist überdies Schritt 4 der Anlage B 3 zum HVM in Verbindung mit Teil F, Abschnitt I, Ziffer 2.6 Beschluss BewA zu beachten. Danach entspricht in MVZen die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis (d.h. 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 sowie und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen), multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden.

(2) Diesen Vorgaben des HVM entspricht die Berechnungsweise der Beklagten.

(a) Soweit etablierte Ärzte betroffen sind, hat die Beklagte für die Ermittlung der arztindividuellen RLV zutreffend auf die Zahlen des Vorjahresquartals abgestellt. Hinsichtlich der neu zugelassenen Ärzte hat die Beklagte ebenso zutreffend auf die aktuellen Fallzahlen abgestellt, also diejenigen des Quartals 1/2012. Denn ausgehend von der Tätigkeitsaufnahme der Klägerin im Jahr 2009 und den von der Beklagten ermittelten Zulassungszeitpunkten der Ärzte ist im hier streitbefangenen Quartal 1/2012 noch von einer Aufbauphase auszugehen; auch die Beteiligten liegen darüber nicht im Streit. Dabei ist die Beklagte bei der Berechnung ausweislich des Bescheides („Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen“) von einer Fallzahl von 7.257,93 ausgegangen. Hierbei handelt es sich um die Summe der Fallzahlen, die für die bei der Klägerin im Abrechnungsquartal tätigen Ärzte auf der Grundlage der aktuellen und der Vorjahresquartalszahlen jeweils arztbezogen festgestellt wurden (vgl. die arztbezogenen Fallzahlen in der „Anlage zum Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen 1. Quartal 2012“).

(b) Auch die Berechnung der arztindividuellen RLV-Fallzahl ist nicht zu beanstanden. Ausgehend von Schritt 4 der Anlage B 3 zum HVM in Verbindung mit Teil F, Abschnitt I, Ziff. 2.6 Beschluss BewA ist – wie das SG zutreffend ausgeführt hat – ein Quotient aus der Gesamtzahl der RLV-Behandlungsfälle des MVZ und der Gesamtzahl der Arztfälle des MVZ zu bilden und davon ausgehend die arztindividuelle Fallzahl zu ermitteln. Wie vom SG am Beispiel des Arztes B (vgl. die Beispielsberechnung der Beklagten im Schriftsatz vom 24. Mai 2016) überprüft, ergibt sich Folgendes: Ausgehend von den von der Beklagten zugrunde gelegten Zahlen (6.813 Behandlungsfälle gesamt und 7.413 Arztfälle gesamt) ist der Quotient von 0,9190611 zutreffend und führt ausgehend von 814 Arztfällen zu der zugrunde gelegten Fallzahl von 748,12.

Da es sich bei dem Arzt B – unstrittig – um einen „Jungarzt“ handelt, ist bei dieser Berechnung von den aktuellen Quartalszahlen auszugehen. Wie sich aus der Berechnung im Schriftsatz vom 24. Mai 2016 ergibt, handelt es sich dabei um eine Gesamt-Behandlungsfallzahl von 6.813 sowie eine Gesamt-Arztfallzahl von 7.413. Diese Zahlen finden keinen Anhalt in dem Abrechnungsbescheid und seinen Anlagen, sondern beruhen auf einer EDV-gestützten Auswertung der von der Klägerin mit der Sammelerklärung eingereichten Unterlagen (Datenträgerabrechnung), deren Richtigkeit sie versichert hat. Davon ausgehend drängen sich dem Senat keine Zweifel auf. Für eine Richtigkeit der Zahlen spricht im Übrigen, dass die Gesamt-Arztfallzahl über der Gesamt-Behandlungsfallzahl liegt: Während der Arztfall als die Behandlung eines Patienten durch denselben Arzt in einem Quartal definiert wird (§ 21 Abs. 1b BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1b EKV), wird der Behandlungsfall als die Behandlung eines Patienten in einer Praxis/MVZ in einem Quartal verstanden (§ 21 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 EKV). In kooperativ behandelnden Einrichtungen wie dem MVZ der Klägerin liegt die Summe der Arztfallzahlen deshalb stets – wie hier – über der Behandlungsfallzahl.

Gleiches gilt hinsichtlich der Ärztin P. Insoweit hat die Beklagte nachvollziehbar ausgeführt und mit Berechnungen unterlegt, dass für die Ärztinnen P und Z, die der gleichen Arztgruppe angehören (Kinder- und Jugendärzte) und Jungärzte sind, zunächst eine Summierung der Fallzahlen vorgenommen wurde, die Summe anschließend mit dem bereits bei dem Arzt B dargelegten Faktor multipliziert wurde und sodann eine individuelle Zuweisung entsprechend ihres Anstellungsfaktors erfolgt ist. Damit erfolgt die Ermittlung der RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis, was gem. Schritt 4 der Anlage B 3 zum HVM in Verbindung mit Teil F, Abschnitt I, Ziff. 2.6 Beschluss BewA zulässig ist. Das Missverständnis der Klägerin, wonach bei Frau P nur eine Fallzahl von 900 berücksichtigt worden sei, hat die Beklagte ausgeräumt.

Anders als vom SG angenommen, kann die Gesamt-Arztfallzahl von 7.413 nicht aus dem angefochtenen Bescheid errechnet werden, indem von der auf dem Titelblatt genannten Fallzahl von 7.415 zwei Fälle „BPOL“ abgezogen werden (Urteilsdruck, S. 6 oben). Der Senat verweist insoweit auf die Ausführungen der Vertreterin der Beklagten in der mündlichen Verhandlung. Bei den auf dem Titelblatt genannten Zahlen handelt es sich vielmehr um die Anzahl der Behandlungsscheine.

(3) Die Einwendungen der Klägerin führen zu keinem anderen Ergebnis. Sie begründen keine durchgreifenden Zweifel an der Richtigkeit der von der Beklagten zugrunde gelegten Zahlen im Rahmen der RLV-Festsetzung.

(a) Dafür, dass die EDV der Beklagten „falsch programmiert“ sei, wie die Klägerin geltend macht, fehlt jeder Anhalt. Zudem kann die Klägerin keine substantiierten abweichenden Zahlen geltend machen. Nicht ausreichend ist dafür der Verweis auf eine von ihr verwendete Abrechnungssoftware, von der zudem nicht bekannt ist, nach welchen Vorgaben sie operiert und welche Daten ihren Berechnungen zugrunde gelegt wurden. Zu fordern wäre insoweit eine Darlegung alternativer Zahlen unter Auswertung der eingereichten Daten (vgl. für die Geltendmachung von Praxisbesonderheiten im Rahmen einer Honorarberichtigung BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 – B 6 KA 25/19 R –, SozR 4-2500 § 106 Nr. 63, juris-Rn. 43: im Rahmen seiner Darlegungs- und Beweislast für anspruchsbegründende Umstände ist vom Vertragsarzt auch eine u.U. aufwendige Auswertung gespeicherter Daten zu fordern). Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin zu einem entsprechenden substantiierten Vortrag aufgrund ihrer eigenen Abrechnungsdaten, die ihr vorliegen müssten, nicht in der Lage wäre.

(b) Nicht durchgreifend ist zudem der Verweis der Klägerin auf die von der KBV erhobenen „Kennzahlen der Abrechnungsgruppen“ (abrufbar unter https://www.kbv.de/media/sp/20180801_Honorarbericht_2016Q4_Tabellen_AGP.xlsx).

Die Klägerin meint (exemplarisch für die Gruppen der Pneumologen und Gynäkologen, also bezogen auf die Ärzte S sowie C und G), dass angesichts der in der Statistik der KBV enthaltenen „Anzahl Behandlungsfälle je Arzt“ im Quartal 1/2012 von 1.204 (Innere Medizin – Schwerpunkt Pneumologie) bzw. 1.057 (Gynäkologen) die darunter liegende, von der Beklagten zugrunde gelegte durchschnittliche Arztfallzahl von 1.154,17 (Pneumologen) bzw. 928,3 (Gynäkologen) falsch sein müsse, weil die Behandlungs- nicht unter der Arztfallzahl liegen könne. Das ist schon deshalb nicht überzeugend, weil die Aussagekraft der von der Klägerin zitierten Statistik eingeschränkt ist. Es handelt es sich um Kennzahlen, die den jährlichen Honorarberichten der KBV zugrunde liegen. Diese stimmen aber nicht immer überein mit

den Werten der regionalen KVn. Darauf weist die KBV In den „FAQ zum Honorarbericht“ (abrufbar unter https://www.kbv.de/media/sp/FAQ_Honorarbericht.pdf) selbst hin: Danach können die Honorarberichte der KBV zum Teil andere Werte ausweisen als die Werte der regionalen KVn aufgrund einer regional unterschiedlichen Zuordnung der Ärzte zu Arztgruppen oder weil die zu berichtenden Ärzte teilweise verschieden abgegrenzt werden.

Davon abgesehen ist hinsichtlich der Ärzte S und G – bei denen es sich um etablierte Ärzte handelt – auf die Zahlen des Vorjahresquartals (1/2011) abzustellen. Insoweit ergibt sich aus den „Kennzahlen der Abrechnungsgruppen“ eine „Anzahl Behandlungsfälle je Arzt“ von 1.145 (Innere Medizin – Schwerpunkt Pneumologie), die unterhalb der von der Beklagten angenommenen Zahl von 1.154,17 liegt, womit der Einwand der Klägerin hinfällig wird. Für den Bereich Gynäkologie (C) liegen erst ab dem Jahr 2012 entsprechende Zahlen vor. Auch insoweit gilt jedoch, dass die Heranziehung der Zahlen des Quartals 1/2012 unzutreffend ist.

(c) Ebenfalls nicht durchgreifend ist der Verweis der Klägerin auf die Existenz unterschiedlicher „Fallzahlen“ an verschiedenen Stellen des angefochtenen Bescheides und anderenorts (7.415 Fälle im Quartalskonto [1. Seite des Honorarbescheides, davon sind nach Auffassung der Klägerin 2 Fälle abzuziehen]; 7.369 Fälle im Quartalskonto [1. Seite des Honorarbescheides]; 7.257,93 Fälle [„Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen“]; 7.314 Fälle [„Gesamtübersicht vor Prüfung“]; 7.360 Fälle [Honorardifferenzierung ohne Datum]; 6.813 Fälle [von der Beklagten im Gerichtsverfahren mitgeteilt]).

Zweifel an dem Zahlenwerk der Beklagten begründet dieser Vortrag nicht. Denn die Klägerin beschränkt sich darauf, die unterschiedlichen Zahlen herauszustellen, ohne darauf einzugehen, dass die Beklagte die Bedeutung der jeweiligen Zahl nachvollziehbar erläutert hat.

So hat die Beklagte die Zahl von 7.257,93 Fällen nachvollziehbar (und zutreffend) damit erläutert, dass dies die Summe der arztindividuellen RLV-Fallzahlen im Rahmen der RLV-Festsetzung darstelle, zusammengesetzt aus den Werten des Vorjahresquartals und – bei Jungärzten – den aktuellen Fallzahlen (s.o.). Dass es sich bei den weiter genannten, darüber liegenden Zahlen jeweils nicht um für den Honoraranspruch maßgebliche Fallzahlen handelt, hat die Beklagte für den Senat hinreichend erläutert. Hinsichtlich der Zahl von 7.369 Fällen hat die Beklagte ausgeführt, dass dies die Gesamtheit der Behandlungen zulasten der Vertragskrankenkassen darstelle. Dass diese Zahl höher liegt als die RLV-relevante Fallzahl, ist nachvollziehbar, weil davon auch nicht RLV-relevante Leistungen umfasst sind. Nichts anderes kann für die von der Klägerin angeführte Zahl von 7.360 Fällen (Honorardifferenzierung) gelten. Die darin liegende Abweichung um 9 Fälle gegenüber der Zahl der Gesamtheit der Behandlungen zulasten der Vertragskrankenkassen ist im Übrigen derart geringfügig, dass der Senat eine weitere Hinterfragung für nicht erforderlich hält. Dass die Zahl von 7.314 Fällen („Gesamtübersicht vor Prüfung“) die Anzahl aller kurativen Behandlungsfälle (inklusive nicht RLV-relevanter Leistungen wie insbesondere Notfälle) beschreibt, ist ebenfalls nachvollziehbar und wird durch die weiteren Inhalte der tabellarischen Übersicht gestützt. Dem ist die Klägerin zuletzt nicht mehr substantiiert entgegengetreten.

c) Ohne Erfolg wendet sich die Klägerin gegen die nicht erfolgte Erhöhung des RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades (BAG-Zuschlag).

Gem. § 5 Ziff. 3 HVM wird in fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, das RLV der Praxis unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung ggf. um Anpassungsfaktoren erhöht. Der HVM legt weiter fest, dass die Ermittlung des Kooperationsgrades bzw. der Anpassungsfaktoren nach Maßgabe des jeweils geltenden Beschlusses BewA Teil F, Abschnitt I., Ziff. 1.3.1. erfolgt. Maßgeblich ist insoweit der Beschluss BewA vom 25. Januar 2011 mit Wirkung zum 1. Juli 2011, der Folgendes bestimmt:

„Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = ((RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal / Zahl der Behandlungsfälle gemäß 2.6, Satz 1 im Vorjahresquartal) - 1) * 100.“

Die Beklagte hat diese Berechnung ausweislich der im Klageverfahren vorgelegten Übersicht auf der Grundlage der RLV-relevanten Arztfallzahlen und der Zahl der Behandlungsfälle des aktuellen Quartals durchgeführt. Mit dem SG ist davon auszugehen, dass diese Abweichung von der im Beschluss BewA niedergelegten Berechnungsweise ihre Rechtsgrundlage in § 5 Ziff. 3 HVM findet, der hinsichtlich der Berechnung des Kooperationsgrades bestimmt: Bei Änderung der Praxiskonstellation seit dem Vorjahresquartal wird der Zuschlag auf Basis des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen. Von Änderungen der Praxiskonstellation ist hier auszugehen. In Bezug auf das vorangehende Quartal 4/2011 wird dies durch die RLV-Zuweisung vom 25. November 2011 belegt, die sich auf Ärzte bezog, die im streitigen Quartal nicht mehr bei der Klägerin tätig waren (Q, U). Auch in Bezug auf das Vorjahresquartal 1/2011 geht der Senat von einer solchen Änderung der Praxiskonstellation aus. Gegenteiliges haben die Beteiligten nicht vorgetragen.

Diese im HVM der Beklagten erfolgte „Modifizierung“ der Berechnungsweise des Kooperationsgrades im Fall von Änderungen der Praxiskonstellation ist nicht zu beanstanden. Grundsätzlich ist zwar die in der Vergangenheit abgerechnete Fallzahl maßgeblicher Anknüpfungspunkt für die Bemessung eines RLV; Modifizierungen dieses Grundsatzes können aber bei einem sachlich legitimierenden Grund vorgenommen werden (BSG, Urteil vom 24. Oktober 2018 - [B 6 KA 28/17 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 18, juris-Rn. 22). Von einem solchen legitimierenden Grund ist unter Berücksichtigung des Förderzwecks des BAG-Zuschlags im Fall von Änderungen der Praxiskonstellation auszugehen. Mit diesem wird eine Förderung entsprechender Kooperationsformen verfolgt, die sich nicht darauf beschränkt, „Fallzahlungsverluste“ auszugleichen. Vielmehr soll damit der interkollegiale Aufwand abgegolten und generell die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis bzw. die kooperative Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gefördert werden, etwa weil diese Tätigkeitsform Vorteile hinsichtlich der Auslastung teurer Geräte, die bessere Realisierbarkeit ambulanter Operationen, der belegärztlichen Tätigkeiten usw. bietet (vgl. dazu BSG, Urteil vom 16. Mai 2018 - [B 6 KA 17/17 R](#) - juris-Rn. 27, m.w.N.). Diese Überlegungen lassen sich auf MVZn übertragen und sprechen dafür, auf die Zusammensetzung des MVZ im Zeitpunkt der Leistungserbringung abzustellen (vgl. für die BAG: BSG, Urteil vom 16. Mai 2018 - [B 6 KA 17/17 R](#) - juris-Rn. 17).

d) Die Beklagte hat schließlich zu Recht keine Vergütung nach der GOP 32001 EBM (Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32; Stand 1/2012) bei der Honorarfestsetzung berücksichtigt.

Nach GOP 32001 EBM erhält der Arzt zusätzlich eine Vergütungspauschale für die „Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32“; diese vermindert sich aber, wenn und soweit die Kosten der Laboranalysen die arztgruppenbezogene begrenzte Gesamtpunktzahl übersteigen (sog. Wirtschaftlichkeitsbonus, vgl. zu der mit GOP 32001 EBM identischen Nr. 3452 EBM-Ä a.F.

BSG, Urteil vom 8. Dezember 2010 – [B 6 KA 33/09 R](#) - SozR 4-2500 § 87 Nr. 24, juris-Rn. 2). Darin liegt die Kombination von Gebührentatbeständen und einer Abschmelzungsregelung, die nicht im Sinne einer Mengenbegrenzung/Budgetierung der Vergütung von Laborleistungen, sondern als Anreiz zu Begrenzungen in einem anderen Bereich (Kosten der erbrachten und veranlassten Laboranalysen) wirken soll (BSG, Urteil vom 23. Februar 2005 - [B 6 KA 55/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 9](#), juris-Rn. 18, 17).

aa) Die weiteren Einzelheiten der Berechnung ergeben sich aus den Präambeln zu den Kapiteln 32.2 und 32.3:

Im Ausgangspunkt ist je kurativ-ambulantem Arztfall – mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen – ein Punktwert für die verschiedenen Arztgruppen (vgl. die Tabelle bei GOP 32001 EBM) anzusetzen.

Sodann wird für die Kosten eigenerbrachter, von Laborgemeinschaften bezogener Leistungen oder als Auftragsleistung überwiesener kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 je Vertragsarzt und Quartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl gebildet, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle des Vertragsarztes ergibt (Präambel Nr. 2 zu Kap. 32.2 EBM). Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der EURO-Beträge der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 (ohne von dem Vertragsarzt durchgeführte Auftragsleistungen) ergibt (Präambel Nr. 3 zu Kap. 32.2 EBM). Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6, wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird (Präambel Nr. 4 zu Kap. 32.2 EBM). Überschreitet die Summe dieser Punkte die begrenzte Gesamtpunktzahl des Vertragsarztes, werden die überschreitenden Punkte von dem diesem Vertragsarzt zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus der Nr. 32001 ergibt, abgezogen (Präambel Nr. 5 zu Kap. 32.2 EBM).

Für die Kosten von Laborleistungen nach dem Kapitel 32.3 gilt das Gleiche. Auch insoweit wird für die Kosten eigenerbrachter oder als Auftragsleistung überwiesener kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen je Vertragsarzt und Quartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl gebildet, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle des Vertragsarztes ergibt (Präambel Nr. 3 zu Kap. 32.3 EBM); dieser Gesamtpunktzahl steht wiederum ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der nicht gestaffelten EURO-Beträge der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.3 ergibt (Präambel Nr. 3 zu Kap. 32.3 EBM), ohne Einbezug der von der Arztpraxis durchgeführten Auftragsleistungen (Präambel Nr. 4 zu Kap. 32.3 EBM). Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor 28,6, wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird. (Präambel Nr. 5 zu Kap. 32.3 EBM). Die Überschreitung der begrenzten Gesamtpunktzahl des Vertragsarztes durch die Summe dieser Punkte führt gleichfalls dazu, dass die überschreitenden Punkte von dem diesem Vertragsarzt zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus der Nr. 32001 ergibt, abgezogen werden (Präambel Nr. 6 zu Kap. 32.3 EBM).

bb) Insofern kann – wie es auch vom SG vorgenommen wurde – eine exemplarische Berechnung bezogen auf den Arzt E (LANR 03; Innere Medizin - Rheumatologie) vorgenommen werden. Die Berechnung stützt sich auf die Angaben der Beklagten in der Übersicht „Laborpauschalen, Laborkostenbudgetierung und Wirtschaftlichkeitsbonus“. Für Herrn E ist aus der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl der Allgemeinen Krankenversicherung (60) und seiner kurativ-ambulant Fälle (157) eine begrenzte Gesamtpunktzahl von 9.420 zu bilden. Bezogen auf die Krankenversicherung der Rentner (Fallpunktzahl für das Kap. 32.2: 80) errechnet sich eine begrenzte Gesamtpunktzahl von 9.680 (Fallpunktzahl 80 x 121 kurativ-ambulante Fälle). Insgesamt errechnet sich für das Kap. 32.2. eine begrenzte Gesamtpunktzahl von 19.100. Das diesem gegenüberzustellende Punktzahlvolumen ergibt sich aus der Umrechnung der auf ihn entfallenden kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 (745,40 Euro) durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6 (aufgerundet auf ganze Zahlen: 19.827 Punkte). Die Summe der Punkte überschreitet die Gesamtpunktzahl um 727.

Sodann ist die Berechnung bezogen auf das Kap. 32.3 durchzuführen. Hier ist aus der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl der allgemeinen Krankenversicherung (310) und der kurativ-ambulant Fälle (157) eine begrenzte Gesamtpunktzahl von 48.670 zu bilden. Bezogen auf die Krankenversicherung der Rentner (Fallpunktzahl für das Kap. 32.3: 300) errechnet sich eine begrenzte Gesamtpunktzahl von 36.300 (Fallpunktzahl 300 x 121 kurativ-ambulante Fälle). Insgesamt errechnet sich für das Kap. 32.3. eine begrenzte Gesamtpunktzahl von 84.970. Das diesem gegenüberzustellende Punktzahlvolumen ergibt sich aus der Umrechnung der auf ihn entfallenden kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 (745,40 Euro) durch Multiplikation mit dem Faktor 28,6 (abgerundet auf ganze Zahlen: 100.787 Punkte). Die Summe der Punkte überschreitet die Gesamtpunktzahl um 15.817.

Damit ergibt sich für das Kap. 32.2 und 32.3 eine die Gesamtpunktzahl um insgesamt 16.544 Punkte übersteigende Punktsomme, die auf das aus Nr. 32001 folgende Punktzahlvolumen von 112.203 anzurechnen ist. Bezogen auf den Arzt E verblieben demnach 96.426 Punkte, was einen Wirtschaftlichkeitsbonus begründete.

Die Beklagte ist bei der Berechnung des Bonus allerdings so vorgegangen, dass sie die Summe der sich aus Nr. 32001 errechnenden arztindividuellen Punktzahlvolumen (196.203) der Summe aller Über- und Unterschreitungen des Kostenbudgets (214.748,9) gegenübergestellt hat. An der Richtigkeit dieser Zahlen hat der Senat keine Zweifel, auch die Klägerin hat keine substantiierten Einwendungen vorgebracht. Auf diese Weise neutralisiert die Beklagte, dass bei einzelnen Ärzten (wie bei dem Arzt E, s.o.) die überschreitenden Punkte das jeweilige Punktzahlvolumen nach Nr. 32001 nicht aufgebraucht haben.

cc) Die Vorgehensweise der Beklagten ist rechtmäßig. Im Fall eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ ist hinsichtlich der GOP 32001 eine auf das MVZ bezogene Berechnung vorzunehmen.

(1) Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist in erster Linie der Wortlaut maßgeblich, weil das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zudem folgt dies aus dem Gesamtkonzept des EBM als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse/Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt nur bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (vgl. BSG, Urteil vom 25. Mai 2021, [B 6 KA](#)

[8/20 R](#) - BSGE (vorgesehen), SozR 4 (vorgesehen) - juris-Rn. 19, m.w.N.).

(2) Davon ausgehend ergibt sich schon aus dem Wortlaut der Vergütungsbestimmung, dass der Wirtschaftlichkeitsbonus bezogen auf das MVZ zu berechnen ist. Denn die Bildung von begrenzter Gesamtpunktzahl und Punktzahlvolumen (vgl. die Präambel zu Kap. 32.2 und 32.3) hat bezogen auf den „Vertragsarzt“ zu erfolgen. Nach dem gesetzlichen Sprachgebrauch sind Vertragsärzte auch MVZen, die ebenso wie Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen ([§§ 72 Abs. 1 Satz 1, 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Insoweit gilt, dass nicht der einzelne Arzt im MVZ, sondern das zugelassene MVZ selbst der KV als Rechtssubjekt gegenübertritt. Leistungserbringer ist das MVZ und nicht der dort tätige Vertragsarzt, dessen Leistungen dem MVZ zugerechnet und grundsätzlich über das MVZ abgerechnet werden (vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 - [B 6 KA 39/12 R](#) - SozR 4-2500 § 75 Nr. 14, juris-Rn. 27). Nichts anderes folgt daraus, dass die in der Präambel zu Kap. 32.2 und 32.3 aufgeführte Anrechnungsregelung auf den kurativ-ambulanten Arztfall abstellt. Insoweit gilt, dass der Arztfall im Sinne des EBM die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte umfasst (vgl. 3.4 EBM mit Verweis auf § 21 Abs. 1b BMV-Ä). Damit lässt es sich zwanglos vereinbaren, im Rahmen der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 auf das an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende MVZ abzustellen.

(3) Verbleiben bereits nach dem Wortlaut keine Zweifel am Regelungsgehalt der Vergütungsbestimmung, bleibt kein Raum für (ergänzende) systematische oder entstehungsgeschichtliche Überlegungen. Nur ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die Änderung der Bezugsgröße für die Berechnung der GOP 32001 EBM zum 1. April 2013 (Beschluss des BewA vom 28. Dezember 2012 mit Wirkung vom 1. April 2013, 297. Sitzung, DÄ 2013, A 100 f.) zu keinem anderen Ergebnis führt. Damit war bezweckt worden, die fallbezogene Berechnungssystematik bei fachgruppenübergreifender Berufsausübung, in MVZen und Praxen mit angestellten Ärzten im EBM einheitlich auf den Behandlungsfall zu beziehen (Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss vom 28. Dezember 2012, abzurufen unter https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-12-28_ba297_eeg.pdf). Dieser Übergang von der Arztfallzahl zur Behandlungsfallzahl hatte allerdings keine Bedeutung für die Frage, ob MVZen bei der Leistungserbringung nach Kap. 32 als Vertragsarzt anzusehen sind.

C. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 ff. VwGO](#).

D. Anlass zur Zulassung der Revision besteht nicht.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-10-18