L 4 KA 39/13

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 14 KA 614/13
Datum
17.04.2013
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 39/13
Datum
20.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 17. April 2013 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird in Höhe von 2.126,13 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarabrechnung des Klägers für das Quartal I/2009.

Der Kläger ist als Arzt für Urologie in K zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Im Hinblick auf die Einführung des Vergütungssystems der RLV zum Quartal I/2009 stellte er am 4. Dezember 2008 einen Härtefallantrag, da er eine Verschlechterung seiner Vergütungssituation gegenüber den Vorquartalen in Höhe von 10 % voraussah.

Mit Bescheid vom 17. August 2009 teilte die Beklagte dem Kläger das Honorar für das Quartal I/2009 in Höhe von 86.092,13 EUR einschließlich eines Konvergenzzuschlages in Höhe von 2.126,13 EUR mit. Das Honorar im Quartal I/2008 hatte 92.601,85 EUR betragen.

Dagegen wandte sich der Kläger mit seinem Widerspruch vom 10. September 2009 2009. Er trug vor, dass das Honorar sein Leistungsspektrum außer Acht lasse und sämtliche über Jahrzehnte hinweg entwickelte Maßstäbe für eine leistungsproportionale Honorierung missachte. Die zu der Honorarentwicklung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelten höchstrichterlichen Grundsätze zur Verfassungsmäßigkeit der Honorierung würden im Hinblick auf eine Gleichmacherei und Durchschnittlichkeit aufgegeben. Er führte unter Bezugnahme auf seinen Widerspruch gegen die RLV(Regelleistungsvolumen)-Mitteilung für das Quartal I/2009 aus, die Honorarsumme der Vertragsärzte sei für das Jahr 2009 um 2,7 Mil-liarden EUR gestiegen. Für S sei eine Erhöhung der Honorare um zunächst 3,6 %, dann 6,5 % errechnet worden. Im Durchschnitt ergebe dies einen Honorarzuwachs pro Jahr in Höhe von 13.000,00 EUR je Arzt. Tatsächlich erleide er einen Honorarverlust im Jahr 2009 gegenüber 2007 in Höhe von 2,92 % und gegenüber 2008 in Höhe von 12,02 %. Der Verlust im Quartal I/2009 gegenüber dem Quartal I/2008 betrage 9,76 %. Dies stelle einen Verstoß gegen den Vertrauensschutz und das Bestimmtheitsgebot dar. Der Fallwert sinke fortlaufend. Fallzahlzuwächse wirkten sich infolge der Berücksichtigung der Fallzahl im Vorjahresquartal erst im Folgejahr aus.

Die Berechnungsgrundlagen, insbesondere die zugrunde gelegten Fallwerte und Fallzahlen seien nicht nachvollziehbar. In dem Quartal I/2008 habe er den Gruppenfallwert um 21 % unterschritten, jedoch unter Berücksichtigung der Indexzahl und nach den absoluten Eurowerten um 8,4 % überschritten. Die Berechnung der eigenen Fallzahl und die Gruppenfallzahl ließen sich nicht nachvollziehen. Die Gruppenfallzahl für das Quartal I/2009 stimme mit den Angaben im Honorarbescheid I/2008 nicht überein. Er habe 2.226 Fälle abgerechnet, in dem RLV seien jedoch nur 1.655 Fälle zugrunde gelegt worden. Bei Annahme des Faktors 79 liege die Gruppenfallzahl für das Quartal I/2009 bei 1.244 statt 923 Fällen. Insgesamt seien für ihn bei der Bestimmung der RLV-relevanten Fallzahl 574 Fälle nicht anerkannt worden. Da das Zahlenwerk nicht nachvollziehbar sei, sei das Bestimmtheitsgebot verletzt. Ferner sei über die Quartale hinweg ein durchschnittlicher Gruppenfallwert von 25,84 EUR zugrunde gelegt worden. Dies sei nicht nachvollziehbar. Seine Honorareinbuße verstoße gegen das Verschlechterungsverbot. Er könne nicht nachvollziehen, in welcher Höhe er Honorarverluste erleide, weil die hierfür erforderlichen Angaben fehlten. Daher sei er auch nicht in der Lage einen Härtefallantrag zu stellen und zu begründen. Es könne ferner nicht sein, dass Absenkungen im Vorjahresquartal sich im Honorarquartal fortsetzten. Insgesamt sei die Fallzahl zu niedrig angesetzt. Wegen der fehlerhaften Fallzahl belaufe sich sein Honorarverlust auf 9.016,94 EUR entsprechend einem Verlust im RLV in Höhe von 25,56 %.

Ferner sei der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt. Bei gleicher Fallzahl und Kostenstruktur liege in B der

durchschnittliche Fallwert um fast 4,00 EUR über dem in S. Dies stelle einen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz und das Willkürverbot dar. Unmittelbar nach dem Beschluss des Landesschiedsamts vom 25. November 2008 sei ihm noch ein vorläufiges höheres RLV mitgeteilt worden mit der Aussicht auf eine weitere Anhebung als Folge weiterer Vereinbarungen der Vertragspartner. Tatsächlich sei es zu einer Absenkung gekommen.

In der Ergänzungsvereinbarung zum Beschluss des Landesschiedsamts seien Praxisbesonderheiten, Härtefälle und Honorarausgleiche geregelt. Nach Ziffer 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 seien Praxisbesonderheiten anzuerkennen, wenn der Gruppenfallwert um 30 % überschritten werde, nicht jedoch unterhalb dieses Wertes. Das verstoße gegen die Rechtsprechung, die sich zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen entwickelt habe. Dort würden Prüfabstriche erst vorgenommen, wenn die Grenze von 30 % überschritten werde, darunter bleibe es bei den Abrechnungen. Seine Abrechnung überschreite den Gruppenfallwert wegen seiner Praxisbesonderheiten um 8,4 %. Dieser Betrag müsse vollen Umfangs anerkannt werden, da er innerhalb der Grenze von 30 % liege.

Die fehlerhaft zugrunde gelegten Fallzahlen führten zu einer falschen Anwendung der Abstaffelungsregelung. Lege man die korrekten Fallzahlen zugrunde, ergebe sich ein RLV für das Quartal I/2009 in Höhe von 54.514,64 EUR, berücksichtige man darüber hinaus den richtigen Fallwert in Höhe von 28,21 EUR, auf den er einen Anspruch habe, errechne sich ein RLV in Höhe von 59.514,64 EUR.

Es sei fehlerhaft, die morbiditätsbezogene Differenzierung alleine an den Altersklassen auszurichten. § 87b Abs. 3 Satz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) schreibe als Kriterien hierfür das Alter und das Geschlecht vor. Der Erweiterte Bewertungsausschuss sei in seinem Beschluss vom 27./28. August 2008 von der Bestimmung fehlerhaft abgewichen, indem er allein das Alter zugrunde gelegt habe. Für die Fachgruppe der Urologen sei dies bedeutsam, da der Leistungsbedarf bei den Männern überwiege, insbesondere bei den andrologisch tätigen Urologen. Bei den jungen Männern beständen im Übrigen Erkrankungen, beispielsweise Hodentumoren oder –torsionen sowie Geschlechtskrankheiten, die nicht mit dem Faktor unter 1 berücksichtigt werden könnten. Kleine Kinder kämen nicht mit leichten Erkrankungen, sondern mit schwerwiegenden Diagnosen in die Praxen. Ferner sei eine Gruppenbildung mit acht Patienten unter fünf Jahren, wie sie bei ihm erfolgt sei, statistisch nicht zulässig. Unter Berücksichtigung der 574 weiteren, bislang nicht anerkannten Fälle, ergebe sich ein Morbiditätsfaktor in Höhe von 1,004653.

Die Faktoren für die Fallwertbildung des § 87 Abs. 2f Satz 3 SGB V seien nicht dargetan, insbesondere sei die Investitions- und Betriebskostenstruktur nicht hinreichend offen gelegt. Eine Vergütung unterhalb der Kostendeckung sei nicht leistungsproportional. Die Vergütung eines Vertragsarztes solle 2009 nach Aussagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Gehalt eines Oberarztes in Höhe von jährlich 105.000,00 EUR einhergehen. In seiner Praxis lägen die monatlichen Kosten inklusive der Alters- und Krankenvorsorge bei 16.000,00 EUR. Er sei nicht in der Lage, Kosten seiner Praxis einzusparen, denn diese seien zum Teil festgelegt. Er bestreite, dass die Kostenstruktur der Urologen zutreffend berücksichtigt werde. Das vertragsärztliche Versorgungssystem sei durch die zu niedrige Honorierung gefährdet. Rückstellungen für Investitionen seien ihm überhaupt nicht möglich. Es liege insgesamt ein Eingriff in die Berufsfreiheit und eine Enteignung vor. Der Wert seiner Praxis sinke. Trotz des Konvergenzzuschlages, der rechnerisch und sachlich nicht nachvollziehbar sei, verbleibe ein Honorarverlust von 4.746,88 EUR, der verfassungswidrig sei.

Die Berechnung des RLV weise Ungereimtheiten auf. Bei der Behandlung eines Rentners fielen pro Quartal unter Anwendung der einzelnen EBM-Ziffern mindestens 43,40 EUR an, das RLV hierfür betrage aber nur 17,56 EUR. Bei einer Katheterversorgung oder Bettlägerigkeit der Patienten seien mindestens zwei Praxis- oder Hausbesuche pro Quartal erforderlich. Die Vergütung der Mehrleistungen sei bislang noch nicht geregelt. Hierfür weise die RLV-Mitteilung 1.219,50 EUR aus. Das sei völlig unzureichend. Mehrleistungen seien bei den Urologen im RLV enthalten, die bei Hausärzten den Zusatzbudgets zugeordnet seien. Willkürlich werde die teure Prostatabiopsie im RLV, die weniger risikoreiche Vakuumstanzbiopsie dagegen im Extrabudget vergütet. Die Visiten in Alten- und Pflegeheimen würden extrabudgetär vergütet, Hausbesuche fielen jedoch bei den Urologen, anders als in der hausärztlichen Versorgung, in das RLV. Dagegen gestalteten sie sich bei den Urologen regelmäßig aufwendiger. Der Fallwert liege in Ba , N und B höher als in S. Dies sei ein Verstoß gegen Art. 3 Grundgesetz und die Honorarverteilungsgerechtigkeit. Er werde gegenüber den Gemeinschaftspraxen benachteiligt, denen trotz ihrer günstigeren Kostenstruktur ein Aufschlag in Höhe von 10 % gewährt werde. Dieser Aufschlag müsse von der Gemeinschaft der Ärzte aufgebracht werden. Für die Einzelpraxen seien hier Ausgleichsmechanismen erforderlich.

Eine Kompensation durch extrabudgetäre Leistungen sei nicht möglich und nicht zulässig. Die Vergütung sei nicht leistungsadäquat. Nur durch den Konvergenzzuschlag habe ein noch höherer Verlust vermieden werden können. Dabei sei die Berechnung des Konvergenzzuschlages anzuzweifeln, denn die fehlerhaft als budgetäre und extrabudgetäre bezeichneten und gegenübergestellten Leistungen seien nicht nachzuvollziehen. Der Zuschlag lasse die Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst, Leistungen des Kapitels 40, Laborparameter, Dialysesachkosten, Wegegelder, Nuklidkosten und in Euro bewertete Sachleistungen außer Acht. Wie sich der Zuschlag errechne, sei nicht zu erkennen. Es sei auch nicht erkennbar, wie die gegenüber gestellten Leistungszahlen sich errechneten, insbesondere weil eine entsprechende Systematik für das Vorjahresquartal nicht existiert habe.

Mit Schreiben vom 15. September 2009 wies das HVM-Team der Beklagten den Härtefallantrag zurück und führte aus, Praxisbesonderheiten seien bei dem Kläger nicht anzuerkennen, denn sein Fallwert überschreite den der Arztgruppe nicht um mindestens 30 %. Seine Fallpunktzahl liege im Quartal I/2009 um 7,37 % und im Quartal II/2009 um 18,76 % über der Gruppe. Es seien für das Quartal 1/2009 auch keine Honorarausgleichsmaßnahmen zu zahlen. Der Gesamthonorarverlust des Klägers liege gegenüber dem Vorjahresquartal bei 10,86 %. Daher erfahre der Kläger einen Konvergenzabschlag in Höhe von 2.126,13 EUR. Für das Quartal II/2009 sei mit einem Honorarrückgang in Höhe von 18,67 % zu rechnen, der eine Konvergenzzahlung möglich mache.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. März 2010 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Sie stellte das RLV-System dar und führte aus, der Kläger kritisiere die Fallzahl zu Unrecht, da die Mitteilung nur die RLV-relevanten Fälle berücksichtige. Dazu zählten die ambulant kurativen Fälle mit mindestens einer RLV re¬levanten Leistung. Die Notfälle, Überweisungsfälle zur Durchführung von Auftragsleistungen, Probeuntersuchungen, Befundungen von Untersuchungsergebnissen sowie bestimmte Leistungen und Kostenerstattungen fielen nicht in das RLV. Die Beklagte stellte ferner die Fallwertbildung und den Morbiditätsfaktor dar. Hierzu führte sie aus, dass auf Bundesebene nur Altersstufen hierfür vorgesehen seien. Der Erweiterte Bewertungsausschuss habe festgestellt, dass der Faktor "Geschlecht" das Abrechnungsvolumen nicht nachhaltig beeinflusse. Diese bundesrechtlichen Vorgaben seien in S durch den

Schiedsamtsspruch vom 25. 11. 2008 und ergänzende Vereinbarungen umgesetzt worden. Die RLV-Mitteiligen legten das Gesamthonorar nicht fest. Das RLV werde durch die Konvergenzregelung nicht beeinflusst, diese setze vielmehr bei dem Gesamthonorar an, das sich bei dem Kläger in einem Konvergenzzuschlag ausgewirkt habe. Die Voraussetzungen für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten lägen nicht vor. Hierzu nahm die Beklagte auf das Schreiben vom 15. September 2009 des HVM-Teams Bezug. Eine Fallwertbetrachtung nach Punkten ergäbe bei dem Kläger lediglich Überschreitungen zwischen 4,77 % und 7,37 %.

Gegen die Entscheidung hat der Kläger am 30. März 2010 beim Sozialgericht Kiel Klage erhoben. In Ergänzung seines Vorbringens im Widerspruchsverfahren hat er ausgeführt, die Verlustzuweisung in Höhe von 7,5 % nach dem Konvergenzzuschlag sei unzulässig. Die Notwendigkeit einer Konvergenzregelung dokumentiere bereits das Scheitern der Honorarreform. Der Gesetzgeber müsse das System zurücknehmen, da mehr als die Hälfte der Ärzte in Existenznot gekommen seien, obwohl zusätzliche Geldmengen in das Gesundheitssystem gepumpt worden seien. Die Regelungsmechanismen müssten anders gebildet werden. Die Konvergenzregelung sei ein Mittel der Stützung und nicht der Vergütung von Leistungen. Seit Jahren liege seine Fallzahl etwa doppelt so hoch wie der Fachgruppendurchschnitt. Großenteils werde dies nicht mehr vergütet. Eine Honorarsteigerung entsprechend der Kostensteigerung sei damit gar nicht mehr möglich. Der von ihm erlittene Honorarverlust sei auf das neue Vergütungssystem zurückzuführen. Das bisherige Vergütungssystem habe sich bewährt und dürfe nicht einseitig beseitigt werden. Die Konvergenzregelung gleiche seinen Verlust nicht aus. Sein Honorar sei nicht geeignet, die Betriebskosten zu decken. Die Basisversorgung der Patienten pro Fall sei nicht kostendeckend. Hierzu müsse der Fallwert bei 29,75 EUR liegen. Der Betrag setze sich aus der Ordinationsgebühr in Höhe von 21,17 EUR und den Kosten für eine Sonografie in Höhe von 8,58 EUR zusammen. Gegenüber dem Fallwert 2008 betrage der Rückgang 28 %, gegenüber 2007 sei der Rückgang entsprechend. Wegen seiner Sonderqualifikationen habe er ein breites Behandlungsspektrum. Ein Ausgleich des Fallwerts im Rahmen der Gesamtheit der Patienten sei nicht möglich, da alle einzelnen Budgets bereits ausgeschöpft seien. Das RLV sei ruinös. Er könne die freien Leistungen auch nicht mehr ausweiten. Es sei ein Mindest-RLV einzuführen. Auf der Grundlage der Honorare der Jahre 2006 bis 2008 habe er Investitionen getätigt, deren Belastungen fortwirkten. Ferner sei eine Abstaffelung unzulässig, da die überdurchschnittliche Fallzahl seit langem bestanden habe. Die Abstaffelung stelle einen enteignungsgleichen Eingriff dar.

Der Kläger hat beantragt,

den Honorarbescheid für das Quartal I/2009 vom 17. August 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. März 2010 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, ihm einen Betrag in Höhe von 4.746,88 EUR nachzuvergüten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen

und sich auf den Inhalt des angefochtenen Bescheides bezogen.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 17. April 2013 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es auf die Entscheidung vom gleichen Tag über die Klage gegen die Honorarmitteilung für das Quartal I/2009 Bezug genommen und ergänzend ausgeführt, der Anspruch auf Zahlung eines bestimmten Honorars lasse sich aus den zur Ausgestaltung der gesetzlichen Regelung über die Einführung der RLV ergangenen untergesetzlichen Normen nicht herleiten. Die Honorierung des Klägers stelle keinen Härtefall in deren Sinne dar und die Praxis weise gegenüber der Fachgruppe keine Besonderheiten auf. Anlass für die befristete Ausgleichszahlungen und die zusätzliche Vergütung von Leistungen nach Preisen der Euro-Gebührenordnung bestehe nicht. Zu Recht habe der Kläger schließlich eine Verlustzuweisung nach der Konvergenzregelung erhalten. Auch der allgemeine Sicherstellungsauftrag aus § 72 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gebe dem Kläger keinen Anspruch auf ein bestimmtes höheres Honorar.

Gegen die am 12. August 2013 zugestellte Entscheidung richtet sich die Berufung des Klägers, die am 29. August 2013 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Der Kläger rügt unter Bezugnahme und Vertiefung des Vortrags im Widerspruchsverfahren, dass weder die Fallwerte noch die Fallzahlen nachvollziehbar seien. Die entsprechenden Zahlen für 2008 seien gar nicht vorhanden, da damals ein anderes Vergütungssystem bestanden habe. Dies führt der Kläger im Einzelnen aus. Mangels der erforderlichen Zahlen sei er nicht in der Lage, einen Härtefallantrag zu stellen. Auch die Höhe des Honorarverlustes sei nicht zu erkennen. Dabei stehe das Honorar nach dem individuellen Gesamtvolumen für 2008 fest, ebenso das RLV für das Jahr 2009. Die Honorarabrechnung übersteige die Honorarwerte in der Synopse der RLV-Mitteilung um ca. 5.000,00 EUR, im Rahmen der Konvergenzregelung jedoch nur um 2.000,00 EUR. Dies sei nicht erklärlich. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Ausgestaltung von Honorarbescheiden greife hier nicht ein, da wegen der neuen Systematik der Vergütung eine besondere Transparenz erforderlich gewesen wäre. Nicht einmal die Rechengrößen seien in dem angefochtenen Bescheid für die Honorarberechnung dargelegt worden. Die Formeln in dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 seien für einen Laien nicht verständlich. Es sei fraglich, ob die RLV-relevanten Fallwerte und Fallzahlen für 2008 überhaupt ermittelt werden könnten. Er habe auch Zweifel an der Richtigkeit des Fallwertes, da dieser jahrelang unterdurchschnittlich gewesen sei, für das Quartal I/2009 aber um 2,37 EUR über dem Fachgruppendurchschnitt gelegen habe. Das lasse sich auch nicht dadurch erklären, dass der Fallwert für 2008 unter der Systematik der individuellen Gesamtvolumina gebildet worden sei.

Ferner sei die Abstaffelungsregelung unzulässig und verfassungswidrig. Das Gesetz sehe vor, dass Leistungen abzustaffeln seien, die das RLV überschritten. Dagegen setze die Abstaffelungsregelung der Beklagten bereits bei der Bildung der RLV an. Er habe seine Fallzahlen nicht ausgeweitet, vielmehr lägen sie seit Jahren weit über dem Fachgruppendurchschnitt, ohne dass sie in der Vergangenheit unter eine Fallzahlzuwachsbegrenzung gefallen seien. Praxen mit hohen Fallzahlen würden dadurch benachteiligt. Eine Minderung der Anreize zur Fallzahlvermehrung sei kein legitimer Zweck für diese Regelung. Bereits die Budgetierung führe zu einer Leistungsbegrenzung. Im Übrigen sei die Abstaffelungsregelung kein geeignetes Mittel, eine Ausweitung der ärztlichen Tätigkeit zu beschränken. Sie führe in seinem Fall dazu, dass von der Fallzahl für I/2008, die bereits um 571 Fälle gemindert sei, Abschläge im Fallwert vorgenommen würden. Dies sei nicht hinnehmbar.

Es sei inakzeptabel, dass der Fallwert abgesunken sei. Im Laufe der Quartale, in denen die Abrechnungen nach den RLV vorgenommen worden waren, sei er teilweise unter den Wert der Ordinationsgebühr gefallen. Gesetzlich sei eine Vergütung nach der Euro-

Gebührenordnung geregelt. Die betriebswirtschaftliche Kalkulation sehe einen Punktwert von 5,11 Cent voraus. Der Bewertungsausschuss sei verpflichtet, für eine drastische Anhebung des Punktwertes zu sorgen. Dies sei möglich, weil die Krankenkassen äußerst hohe Beitragsüberschüsse erzielt hätten. Faktisch erleide er einen Honorarverlust in Höhe von 11.334,45 EUR vor und 9.208,32 EUR nach Anwendung der Konvergenzregelung. Angesichts der Tatsache, dass die Krankenkassen zugleich Rekordüberschüsse in den Beiträgen erzielt hätten, sei dies nicht akzeptabel. Insbesondere müsse das Honorar im Falldurchschnitt die Erbringung der Grundleistungen der Fachgruppe erwirtschaften. Dies sei bei einem Fallwert von 25,84 EUR nicht möglich.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 17. April 2013 aufzuheben, den Bescheid vom 17. August 2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 24. März 2010 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, ihn hinsichtlich des Honoraranspruchs für das Quartal I/2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie führt aus, die Anforderungen an die Transparenz der RLV-Mitteilungen dürften nicht überspannt werden, vielmehr seien die Parallelen zu einer Transparenz eines Honorarbescheides heranzuziehen, wie sie sich in der ständigen Rechtsprechung herausgebildet hätten. Sie habe die Vertragsärzte mehrfach über das neue Vergütungssystem informiert. Der Rechenvorgang ergebe sich aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008. Der Kläger habe die nötigen Informationen zu der Fallzahl und den Fallwerten im Schreiben vom 19. Dezember 2009 unter der Rubrik "Erklärende Hinweise" erhalten. Darin seien die Fallzahlen seiner Praxis und der Fachgruppe gegenübergestellt worden. Die entsprechenden Fallwerte seien auf ihrer Homepage und im Rahmen mehrerer Großveranstaltungen bekanntgegeben worden. Die Ermittlung der Fallzahlen und –werte sei in dem Material enthalten. Die extrabudgetären Leistungen seien ausgewiesen. Im Übrigen könne ein gebundener Verwaltungsakt nicht allein wegen eines Verfahrensfehlers – einer unzureichenden Begründung – aufgehoben werden. Auch wenn sie weitere Zahlen in der RLV-Mitteilung genannt hätte, würde dies nichts daran ändern. Der Vorwurf des Klägers gegenüber der Konvergenzregelung sei nicht nachvollziehbar, denn der Kläger habe davon profitiert. In seinem Vortrag stelle der Kläger Zahlen gegenüber, die nicht im Zusammenhang ständen. Dies führt die Beklagte im Einzelnen unter Darlegung der RLV-Bildung aus. Die normgebundenen Voraussetzungen für die Anerkennung eines Härtefalls und von Praxisbesonderheiten lägen nicht vor.

Die Abstaffelung sei in dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 zulässig geregelt. Der Ausschuss habe nach der ständigen Rechtsprechung des BSG einen Gestaltungsspielraum, der hier nicht überschritten werde. Eine richterliche Kontrolle beschränke sich allein darauf, ob die äußersten Grenzen der Ermächtigungsgrundlage eingehalten seien.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten und die Verfahrensakte verwiesen. Diese haben dem Senat vorgelegen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 17. April 2013 ist zulässig. Sie ist form- und fristgerecht im Sinne des § 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingegangen.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht es abgelehnt, die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger ein höheres Honorar zu zahlen. Denn der Honorarbescheid der Beklagten ist rechtlich nicht zu beanstanden, sondern mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben vereinbar.

Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I Seite 378) verteilt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Gesamtvergütungen im Sinne des § 85 Abs. 1 SGB V an die Vertragsärzte. In der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt gemäß der Untergliederung des § 73 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Sie wendet bei der Verteilung gemäß § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an. Gemäß Abs. 4 Satz 3 sind bei der Verteilung Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen. Für die Honorarverteilung ab dem 1. Januar 2009 enthält § 87b Abs. 2 SGB V besondere von den Vertragspartnern zu beachtende Bestimmungen. Nach § 87b Abs. 1 SGB V muss ab diesem Stichtag die Vergütung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebüh¬renordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V erfolgen. Nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V sind hierzu ab dem ersten Quartal 2009 zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Ein Regelleistungsvolumen in diesem Sinne ist gemäß Abs. 2 Satz 2 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 SGB V enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten sind. Die das RLV überschreitende Leistungsmenge ist abweichend von Abs. 1 Satz 1 gemäß Abs. 2 Satz 3 mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden. Die Werte der RLV sind nach § 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen. Soweit dazu Veranlassung besteht, sind gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V auch Praxisbesonderheiten bei der Bestimmung des RLV zu berücksichtigen. Nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Abs. 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten.

In Ausführung dieser gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V in Teil F Ziffer 1.2.4 des Beschlusses vom 27./28. August 2008 bestimmt, dass die Zuweisung der Regelleistungsvolumina praxisbezogen erfolgt. Die Ausgestaltung der Regelleistungsvolumina erfolgt in Teil F Ziffer 3.2.1 des Beschlusses vom 27./28. August 2008. Darin ist vorgegeben, dass jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß der Anlage 1 des Beschlusses ein arztgruppenspezifisches RLV erhält. Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich für

die in der Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezo¬genen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß der Anlage 2 des Beschlusses und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Dieser für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall gemindert, und zwar um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe, um 50 % für Fälle über 170 bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe und um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe. In Teil F Ziffer 3.5 des Beschlusses vom 27./28. Au¬gust 2008 ist den Partnern der Gesamtverträge aufgegeben worden, Neuregelungen für Neuzulassungen und Umwandlungen der Kooperationsform zwischen Ärzten zu treffen. Ferner sollen diese gemäß Ziffer 3.6 des Beschlusses Regelungen für Praxisbesonderheiten und gemäß Ziffer 3.7 Regelungen als Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten zu schaffen.

Die Festsetzung des Vertragsinhalts für das Jahr 2009 über die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen in S erfolgte durch den Beschluss des Landesschiedsamts vom 25. November 2008, der gemäß § 85 Abs. 1 Satz 2 SGB V an die Stelle der Honorarvereinbarung der Vertragspartner tritt (vgl. BSG v. 21. Dezember 2012 – B 6 KA 21/11 R – SozR 4 2500 § 87a Nr. 1). Die Vertragspartner trafen am 12. Februar 2009 hierzu eine erste Ergänzungsvereinbarung, die unter Ziffer 3 Regelungen für Ärzte in der Wachstumsphase enthält und unter Ziffer 5 Regelungen für Härtefälle sowie Praxisbesonderheiten. In einer zweiten Ergänzungs¬vereinbarung vom 3. April 2009 regelten die Vertragspartner eine Konvergenzphase für einen Ausgleich zwischen Praxen mit überproportionalen Verlusten und Praxen mit Honorargewinnen. Durch Urteil vom 5. Juni 2013 (B 6 KA 47/12 R – SozR 4 2500 § 87b Nr. 2) hat das BSG derartige Honorarausgleichsmaßnahmen grundsätzlich für zulässig, einen Abzug bei den Praxen, die durch die Einführung der RLV einen Honorargewinn erzielt hatten, jedoch für unzulässig erachtet.

Dieses Regelwerk ist in sich stimmig und die Beklagte hat es in rechtlich nicht zu beanstandender Weise umgesetzt. Hinsichtlich der Bildung der RLV hat der Senat dies für das Quartal I/2009 im Urteil vom selben Tag L 4 KA 32/13 ausgeführt. Daraus ergibt sich Folgendes:

§ 87b Abs. 3 Satz 6 SGB V sieht vor, dass die RLV morbiditätsgewichtet unter Berücksichtigung der Faktoren Alter und Geschlecht zu bilden sind. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in Teil F Ziffer 3.2.2 des Beschlusses vom 27./28. August 2008 auf die Einbeziehung des Geschlechts als Differenzierungskriterium verzichtet, nachdem er nach einer Erhebung im KV-Bezirk B festgestellt hatte, dass dieses Kriterium keinen nachhaltigen Einfluss auf die Höhe der Honorare hat. Mit Urteil vom 11. Dezember 2013 (B 6 KA 4/13 R – SozR 4 2500 § 87b Nr. 5) hat das BSG diese Vorgehensweise als nicht beanstandungswürdig angesehen. Diesem Ansatz folgt der Senat. Im Vertrauen auf das Ergebnis der Erhebung des Erweiterten Bewertungsausschusses war auf das weitere Differenzierungskriterium "Geschlecht" nicht abzustellen.

Die RLV waren nicht offensichtlich ungeeignet, das vom Gesetzgeber anvisierte Ziel zu erreichen. Ihre Einrichtung erfolgte auf der Grundlage des oben dargestellten Normengefüges. Die Frage der Eignung normativer Regelungen orientiert sich an der Betrachtung, ob diese bezogen auf das ihnen zugrunde liegende Gemeinwohlziel schlechthin ungeeignet, eindeutig nicht erforderlich oder unzumutbar wäre. Dies ist dann der Fall, wenn die der Rechtsnorm zugrunde liegenden Einschätzungen so offensichtlich fehlerhaft sind, dass sie vernünftigerweise keine Grundlage für die normative Regelung abgeben können (BSG v. 10. Dezember 2014 – B 6 KA 49/13 R – SozR 4 2500 § 73 Nr. 5; BSG v. 9. April 2008 – B 6 KA 40/07 R – SozR 4 2500 § 87 Nr. 16). Das gesetzgeberische Ziel der RLV lag in der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung ärztlicher Tätigkeit im Sinne des § 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V (BSG v. 17. Juli 2013 – B 6 KA 44/12 R – SozR 4-2500 § 87b Nr. 2). Dieses gesetzgeberische Ziel wird erreicht, indem das RLV grundsätzlich an der Fallzahl des betreffenden Arztes im Vorjahresquartal orientiert wird und damit der zwischenzeitliche Fallzahlzuwachs unberücksichtigt bleibt. Außerdem richtet sich der Fallwert an dem Durchschnitt der Fachgruppe aus. § 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V untersagt nicht eine jede Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit, sondern gibt den Vertragspartnern anheim, Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung zu vereinbaren. Dieses Ziel wird erreicht, da dem Arzt zwar eine stetige, jedoch eine stets zeitlich verzögerte Ausweitung seiner Fallzahl ermöglicht und damit der Leistungszuwachs gedämpft wird.

Den Regelleistungsvolumina liegt keine fehlerhafte Anwendung der Abstaffelungsregelung zugrunde. Zwar sieht § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V eine Bewertung der Leistungen mit abgestaffelten Fallwerten erst oberhalb der RLV vor, dagegen hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in Teil F Ziffer 3.2.1 des Beschlusses vom 27./28. August 2008 bestimmt, dass bereits bei der Bildung der RLV die Fallwerte abgestaffelt vergütet werden müssten, wenn sie den Fallzahldurchschnitt der Fachgruppe um 50, 70 oder 100 % überschritten. Zutreffend führt der Kläger aus, dass hierdurch nicht der Zuwachs der Fallzahlen begrenzt werde, wie dies in § 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V als Regelungszweck vorgesehen ist, sondern bereits eine überdurchschnittliche Fallzahl beschnitten wird. Gleichwohl ist diese Regelung des Erweiterten Bewertungsausschusses rechtmäßig (BSG v. 6. Februar 2013 – B 6 KA 13/12 R – SozR 4 2500 § 85 Nr. 73; BSG v. 17. Juli 2013 – B 6 KA 44/12 R – SozR 4 2500 § 87b Nr. 2). Die normativen Zweckvorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 und in § 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V sind nicht abschließend und der Bewertungsausschuss hat im Rahmen seines Regelungsspielraums gehandelt, da der Zweck der Bestimmung auf eine Begrenzung der Mengenentwicklung gerichtet und im Übrigen adäquat ist. Diese Auffassung des BSG macht der Senat sich zu Eigen. Abstaffelungsregelungen, die Punktmengen oberhalb einer bestimmten Fallzahl- oder Punktzahlobergrenze nur noch mit niedrigeren Punktwerten berücksichtigen, sind nach ständiger Rechtsprechung grundsätzlich zulässiges Mittel einer Honorarbegrenzung (BSG v. 19. 2. 2014 – B 6 KA 16/13 R – NZS 2014, 515; BSG v. 8. 6. 2006 – B 6 KA 25/05 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 23; BSG v. 3.3.1999 – B 6 KA 15/98 R – SozR 3-2500 § 85 Nr. 31; BSG v. 29. 9. 1993 – 6 RKa 65/91 – SozR 3-2500 § 85 Nr. 4).

Es ist nicht zu beanstanden, dass der Kläger mit der Fachgruppe der urologisch tätigen Vertragsärzte verglichen wird und dass sich sein Fallwert an dem durchschnittlichen Fallwert dieser Fachgruppe orientiert. Die Regelleistungsvolumina sind in § 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V als arztgruppenspezifische Grenzwerte definiert, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind. Der Bezug zur Arztgruppe ist seitdem verbindlich (BSG v. 6. Februar 2013 B 6 KA 13/12 R SozR 4 2500 § 85 Nr. 73). Dies bedeutet nicht, dass der gesamten Arztgruppe ein einheitliches RLV zugwiesen werden müsste, sondern lediglich die Fallwerte waren an dem Fachgruppendurchschnitt zu orientieren und mit der individuellen Fallzahl der Arztpraxis zu multiplizieren. Der Arztgruppenbezug ist des Weiteren aufgegriffen in § 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V, nach dem die Werte für die Regelleistungsvolumina morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativen Versorgungsformen festzulegen sind. Dabei stellt § 87b Abs. 3 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V für die Bildung der Facharztgruppen auf § 87 Abs. 2a SGB V ab. Dort ist für die Bildung der Facharztgruppen wiederum auf die nach dem Katalog des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abrechenbaren Leistungen abgestellt.

Zu Unrecht bemängelt der Kläger, dass seine Praxis anders als Gemeinschaftspraxen bzw. Berufsausübungsgemeinschaften keinen Zuschlag von 10 % erhalten haben. Gesetzliche Grundlage dieses Zuschlages ist § 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V, nach dem bei der Bildung der RLV kooperative Versorgungsformen zu berücksichtigen sind. Da der Kläger eine Einzelpraxis führt, unterfällt er nicht diesem gesetzlichen Regelungsauftrag. Im Übrigen obliegt ein derartiger Zuschlag dem Regelungs- und damit Ermessensspielraum der Bewertungsausschüsse. Der Bewertungsausschuss hat im Beschluss vom 26. März 2010, Teil F Ziffer 1.3.1 eine entsprechende Regelung getroffen. Dieser sich auf 2010 beziehende Beschluss ist ausdrücklich als Grundlage für die Förderung von Berufsausübungsgemeinschaften genannt worden, wie es das Gesetz als Regelungsauftrag vorsieht. Hintergrund für den Zuschlag ist bei fachfremden Praxen insbesondere der Ausgleich dafür, dass Überweisungen innerhalb der kooperativen Ausübungsform nicht möglich sind und daher bestimmte Gebühren nur einmal anfallen können. Der Bewertungsausschuss ist zu einer Bestimmung berechtigt, die Grundlage hierfür ist § 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V, nach dem der Ausschuss die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung bestimmt.

Der Kläger bemängelt ferner zu Unrecht, dass 5 % der Honorarsumme zur Bildung von Rückstellungen einbehalten worden sind. Grundlage dieses Einbehalts ist § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V, nach dem Anteile der Vergütungssumme nach Satz 2 Nr. 1 für die Bildung von Rückstellungen zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben und zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten verwendet werden können. Die Entscheidung hierfür trifft gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V der Bewertungsausschuss. Eine entsprechende Regelung hat der erweiterte Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 27./28. August 2008, Teil G Ziffer 1 getroffen. In Ziffer 2 hat er die Festlegung der Höhe in die Entscheidungskompetenz der Partner der Gesamtverträge gestellt. Für das Jahr 2009 findet sich die entsprechende Regelung auf Landesebene in dem Schiedsamtsbeschluss vom 25. November 2008, Ziffer 3.1.

Zu Unrecht rügt der Kläger, dass die Berechnung seines RLV nicht nachvollziehbar und die Bescheide daher zu unbestimmt im Sinne des § 33 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) seien oder es an einer Begründung im Sinne des § 35 Abs. 1 SGB X fehle. Die von ihm gerügte mangelnde Nachvollziehbarkeit berührt nicht das Bestimmtheitsgebot des § 33 Abs. 1 SGB X. Dieses bezieht sich nur auf den Entscheidungsausspruch eines Verwaltungsakts und unterscheidet sich damit von der Begründungspflicht im Sinne des § 35 Abs. 1 SGB X (Engelmann in v. Wulffen/ Schütze, SGB X, 8. Auflage 2014, § 33 Rn. 6; Waschull in Diering/Timme/Waschull, LPK-SGB X 3. Aufl. 2011, § 33 Rn. 2). Es erfordert, dass der Adressat der Entscheidung klar erkennen kann, was die Behörde mit ihr regeln wollte. Die Begründung ist dabei ggf. zur Auslegung der Regelung bei bestehenden Unklarheiten heranzuziehen. Die an den Kläger ergangenen RLV-Mitteilungen waren hinreichend bestimmt in diesem Sinne, denn die Höhe der RLV einschließlich des Zusatzbudgets für Radiologische Diagnostik ging daraus eindeutig hervor. Auch das Begründungserfordernis des § 35 Abs. 1 SGB X ist nicht verletzt. Dem Kläger ist zuzugeben, dass die Höhe der RLV schwer verständlich und nur dann nachvollziehbar ist, wenn der Adressat der Bescheide eine hinreichende Vorkenntnis hat. Das BSG hat im Urteil vom 27. Juni 2012 (B 6 KA 37/11 R – SozR 4 2500 § 85 Nr. 71) den bereits früher vertretenen Grundsatz bekräftigt, dass bei Honorarbescheiden – Gleiches gilt für RLV-Mitteilungen – die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden dürften, da sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richteten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut sei bzw. zu dessen Pflichten es gehöre, über die Grundlagen der Abrechnungen der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen (std. Rspr., vgl. bereits früher BSG vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R – SozR 4 2500 § 72 Nr. 2; BSG vom 9. März 1994 – 6 RKa 18/92 – SozR 3 2500 § 106 Nr. 23). Daher dürfen die Anforderungen an die Transparenz der Mitteilungen nicht zu hoch angesiedelt werden. Im Übrigen ist der Senat der Auffassung, dass die Berechnungsgrundlage für die Bildung der RLV zwar kompliziert ist, dass jedoch das Rechenwerk bekannt oder dargelegt und die Berechnung für die Ärzte nachvollziehbar ist. Die Berechnungsformel ergibt sich aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, Anlage 2 zu Teil F. Daraus wird der maßgebliche Rechenvorgang erkennbar. In den RLV-Mitteilungen werden alle Größen der Ergebnisse des Rechenvorgangs dargestellt. Der einzelne Vertragsarzt kann nicht verlangen, dass ihm das gesamte Datenmaterial für die Berechnung zur Verfügung gestellt wird, insbesondere im Rahmen eines jeden Bescheides. Eine umfassende Kontrolle der Berechnung der RLV würde die Übermittlung der Datenmengen aller Ärzte sowie die Gesamtvergütungen aller Kassen erfordern; dies wäre nicht praktikabel. Ausreichend sind die Nachvollziehbarkeit der Höhe des RLV und die Grundlage zu deren Bildung. Dies ist aus den angefochtenen Mitteilungen jedoch ablesbar. Unabhängig davon ist zu beachten, dass allein wegen einer fehlenden oder fehlerhaften Begründung einer Verwaltungsentscheidung gemäß § 42 Satz 1 SGB X nicht deren Aufhebung begehrt werden kann. Nach dieser Vorschrift kann die Aufhebung eines Verwaltungsakts, der nicht nichtig im Sinne des § 40 SGB X ist – dies ist hier nicht der Fall –, nicht allein deshalb begehrt werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat. Diese Voraussetzungen liegen hier vor, denn die Form und der Inhalt der RLV-Mitteilungen entsprechen allen Mitteilungen, die die Beklagte an die Vertragsärzte herausgeschickt hat; es handelt sich insofern nicht um einen Individualbescheid an den Kläger. Eine Beeinträchtigung des Entscheidungsinhalts, also der Höhe des RLV, durch die Form und den Umfang der Begründung ist daher ausgeschlossen (vgl. BSG vom 27. Juni 2012, a.a.O.).

Die Beklagte hat das Regelwerk und die Ausgestaltung der RLV zutreffend auf den Fall des Klägers angewandt. Dabei hat sie auch die richtige Fallzahl für die RLV-Bil-dung zugrunde gelegt. Der Kläger bemängelt im Wesentlichen, dass bereits das Bezugsquartal I/2008 eine um 571 Fälle reduzierte Fallzahl ausweise und dass dies sich fehlerhaft im Quartal I/2009 fortsetze. Zu Recht führt der Kläger aus, dass dieses RLV nicht alle der von ihm abgerechneten Fälle berücksichtige. Diese Betrachtung übersieht jedoch die Differenzierung zwischen den RLV-relevanten Fällen und den übrigen Fällen außerhalb des RLV. Die RLV-relevanten Fälle sind in dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, Teil F Ziffer 2.3 geregelt. Die Regelung berücksichtigt, dass gemäß Anlage 2 zu Teil F des Beschlusses eine Vielzahl von Leistungen benannt ist, die aus den unterschiedlichen Gründen außerhalb des RLV vergütet werden. Ein RLV-relevanter Fall ist daher ein Fall, der mindestens eine RLV-relevante Leistung enthält. Dementsprechend hat auch der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 29. Oktober 2004 Leistungen benannt, die außerhalb des RLV zu vergüten sind. Der Erweiterte Bewertungsausschuss und der Bewertungsausschuss waren zu der Regelung ermächtigt, denn § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V sieht ausdrücklich vor, dass Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden. Aus dieser landesrechtlichen Regelung erklärt sich auch die unterschiedliche Höhe der RLV in den einzelnen Vertragsbezirken. Denn bei einer größeren Anzahl von Leistungen, die außerhalb des RLV zu vergüten waren, sank naturgemäß der Anteil der Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet wurden und damit auch die Höhe des RLV. Zu derartigen differenzierenden und von anderen KV-Bezirken abweichenden Regelungen waren die Vertragspartner berechtigt; in dieser Frage stand ihnen ein Regelungsermessen zu. Es ist nicht erkennbar, dass die Beklagte und ihre Vertragspartner dieses Regelungsermessen überschritten hätten. Auch der Kläger trägt keinerlei Gründe vor, die zu einer anderen Beurteilung Anlass geben könnten. Insbesondere ist es unschädlich, dass einzelne Leistungen im hausärztlichen und im fachärztlichen Versorgungsbereich unterschiedlich beurteilt und nicht einheitlich innerhalb oder außerhalb der RLV vergütet wurden. Indem der Kläger dies bemängelt, übersieht er, dass gemäß § 85 Abs. 4 Satz

1 SGB V die Gesamtvergütung getrennt auf den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich zu verteilen ist. Dies impliziert bereits, dass die beiden Versorgungsbereiche einer unterschiedlichen Betrachtungsweise unterliegen, weil die Verhältnisse in den einzelnen Bereichen anders geartet sind. Unabhängig davon wäre der Kläger aufgrund der beiden getrennten Versorgungsbereiche durch eine anders geartete Berücksichtigungsweise der einzelnen Leistungen innerhalb oder außerhalb des RLV nicht beschwert, weil er durch die abweichende Regelung im hausärztlichen Versorgungsbereich nicht betroffen ist. Der fachärztliche Versorgungsbereich ist im Übrigen durch eine derartige andere Vorgehensweise im hausärztlichen Versorgungsbereich auch nicht beeinflusst.

Sofern der Kläger die Richtigkeit der Daten bestreitet und die Höhe der Honorarvolumina für nicht nachvollziehbar hält, ist sein Vortrag ohne Erfolg. Zwar ist es für den einzelnen Vertragsarzt möglich, auch die der Bildung und der Höhe der Honorarvolumina zugrunde liegenden Faktoren einer gerichtlichen Überprüfung zu unterziehen, jedenfalls soweit diese Abbild des Normenvollzuges sind und nicht dem Verhandlungsspielraum der Vertragspartner unterliegen (BSG v. 28. 10. 2015 – B 6 KA 35/15 B – juris, in Abgrenzung zu BSG v. 27. 4. 2005 – B 6 KA 23/04 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 21). Dies setzt jedoch einen substantiierten Ansatz in dem Vortrag voraus, der einen Hintergrund und Anhalt für die Unrichtigkeit der Daten – wenn auch in groben Zügen – erkennen lässt (vgl. zur Prüfung nach § 106 SGB V BSG v. 16. 7. 2008 – B 6 KA 7/07 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 19). Daran fehlt es hier. Der Kläger bestreitet lediglich die Richtigkeit der Honorarvolumina und äußert damit lediglich seine Unkenntnis über die Richtigkeit der Daten und der daraus abgeleiteten Honorarmengen, ohne einen Anhaltspunkt für deren Unrichtigkeit zu benennen. Damit fehlt es an einem substantiierten Vortrag im Ansatz.

Zu Unrecht bemängelt der Kläger ferner die Transparenz der Fallwerte und deren Bildung, insbesondere den Umstand, dass die Fallwerte nicht einmal die Ordinationsgebühr umfassten. Diese Betrachtung übersieht, dass die Fallwerte Durchschnittswerte darstellen und z. B. eine Ordinationsgebühr nicht in jedem Fall anfällt. Ein Vertragsarzt hat keinen Anspruch darauf, dass sich die fachgebietsspezifischen wesentlichen Leistungen in der Höhe eines jeden einzelnen Behandlungsfalles und damit im RLV widerspiegeln (BSG v. 28. 10. 2015 – B 6 KA 35/15 B – juris; BSG v. 11. 12. 2013 – B 6 KA 6/13 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 19). Der Kläger kann nicht verlangen, dass ihm im Rahmen der RLV-Mitteilung oder des Honorarbescheides die Richtigkeit der Höhe der Fallwerte im Einzelnen vorgerechnet wird. Konkrete Anhaltspunkte für einen Fehler bei der Berechnung sind nicht erkennbar. Wie bereits ausgeführt, ist es auch nicht zu beanstanden und auf die regional unterschiedlichen Ausgestaltungen der RLV zurückzuführen, dass in anderen KV-Bezirken andere Fallwerte für die RLV zugrunde gelegt werden. Dies erklärt sich aus der Regionalisierung des KV-Systems und des Systems der Honorarbildung auf der Grundlage unterschiedlicher Gesamtvergütungen der Krankenkassen (BSG vom 11. Dezember 2013 – B 6 KA 4/13 R - juris), ferner aus dem Regelungsspielraum der Vertragspartner, denen es gestattet ist, regional unterschiedliche Schwerpunkte bei der Honorarverteilung zu bilden. Dies führt zu differierenden Werten.

Praxisbesonderheiten waren bei dem Kläger nicht anzuerkennen. Der Kläger führt selber keine Besonderheiten seiner Praxis an, er begründet seinen Standpunkt lediglich mit dem sehr breiten Behandlungsspektrum. Nach § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V sind Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, soweit dazu Veranlassung besteht. Im Übrigen ist die Ausgestaltung der Praxisbesonderheiten den Bewertungsausschüssen vorbehalten. Nach Teil F Ziffer 3.6 des Beschlusses des Einheitlichen Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 haben die Gesamtvertragspartner die Besonderheiten hierzu zu regeln. Diese Regelung erfolgte durch das Landesschiedsamt, Beschluss vom 25. November 2008, Teil D Ziffer 4 sowie maßgeblich durch die Vertragspartner in der ersten Ergänzungsvereinbarung vom 12. Februar 2009, Ziffer 5.4.2. Danach ist erforderlich, dass die Praxisbesonderheiten sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn dadurch der durchschnittliche Gruppenfallwert um 30 % überschritten wird. Diese Fallwertüberschreitung liegt bei dem Kläger nicht vor. Die Grenze von 30 % ist nicht fehlerhaft gezogen. Das BSG hat im Urteil vom 29. Juni 2011 (B 6 KA 17/10 R – SozR 4 2500 § 85 Nr. 66) ausgeführt, eine Praxisbesonderheit sei anzunehmen, wenn der Anteil der Leistungen bei "mindestens" 20 % liege. Der Anteil der Besonderheiten am eigenen Leistungsumfang des Arztes ist ein anderer Bezug als der Fachgruppendurchschnitt. Diese Grenze erklärt sich daraus, dass eine Praxisbesonderheit erst dann angenommen werden kann, wenn sie einen gewissen Schwerpunkt der Praxis darstellt, dem wiederum ein entsprechender regionaler Versorgungsbedarf entspricht. Bereits daran fehlt es bei dem Kläger, der selbst ausgeführt hat, seine Praxis weise eine Vielzahl von Praxisbesonderheiten auf. Dies kennzeichnet lediglich ein sehr breites Leistungsspektrum, nicht jedoch eine Schwerpunktbildung. Ein breites Leistungsspektrum führt jedoch noch nicht allein zu Praxisbesonderheiten und daraus resultierenden Honorarzuschlägen, denn es geht nicht notwendig mit höheren Fallwerten einher. Das BSG hat in der o. a. Entscheidung ferner ausgeführt, dass ein "Mehr" an Leistungen gegenüber der Fachgruppe noch nicht automatisch zur Anerkennung einer Besonderheit der Praxis führt. Die Entscheidung knüpft an entsprechende frühere Entscheidungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V an, nach denen sich eine Vielzahl von geltend gemachten Besonderheiten gegenseitig als Schwerpunkte ausschlossen. Im Übrigen hat das BSG im Urteil vom 29. Juni 2011 auch ausgeführt, dass der Vergleich mit den Verhältnissen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht ohne Weiteres gezogen werden dürfe, da die Praxisbesonderheiten dort eine andere Funktion als bei einer Honorarverteilung haben. Erforderlich wäre zudem, dass die Besonderheiten aus Sicherstellungsgründen anzuerkennen seien. Dies ist im Fall des Klägers ebenfalls nicht gegeben. Für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit fehlt es somit an jeglichen Grundlagen.

Die Praxis des Klägers stellt auch keinen Härtefall dar. Ein solcher liegt nicht vor. Ein Härtefall verlangt gemäß Ziffer 5.4.1 der 1. Ergän¬zungsvereinbarung der Vertragspartner vom 12. Februar 2009 eine Honorarabsenkung um wenigstens 15 %. Infolge der Konvergenzregelung in der 2. Ergänzungs¬vereinarung vom 3. April 2009, die die Honorarverluste auf 7,5 % begrenzt, kann es zu einem Honorarverlust in derartiger Höhe nicht kommen. Es war für den Senat nicht nachvollziehbar, wieso der Kläger die Höhe Konvergenzzuschlages bestreitet und die Richtigkeit seiner Bildung anzweifelt. Der Zuschlag setzt nicht bei der Fallzahl oder den Fallwerten – ggf. nach Anwendung der Abstaffelungsregelung – an, sondern unmittelbar bei der Gegenüberstellung des ausgezahlten Honorars im betreffenden Quartal und im Vergleichsquartal des Vorjahres. Daran richtet sich – wie auch im Fall des Klägers – die maßgebliche Verlustbegrenzung in Höhe von 7,5 % aus. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 29. Juni 2011 – a.a.O.) muss im Rahmen einer allgemeinen Verhältnismäßigkeitsprüfung über die spezielle Regelung eines Härtefalls hinaus zusätzlich geprüft werden, ob ein Härtefall vorliegt. Dies kann aber nur der Fall sein, wenn eine Existenzbedrohung besteht oder ein spezieller Sicherstellungsbedarf vorliegt. Dies ist hier nicht der Fall, auch wenn der Kläger immer wieder betont, er könne nicht mehr kostendeckend arbeiten. Abgesehen davon, dass dies nicht belegt oder konkretisiert wäre, würde dies nach der o. a. Entscheidung des BSG nicht reichen, weil das unternehmerische Risiko einem jeden Arzt nicht über die Härtefallregelung abgenommen werden kann.

Schließlich rügt der Kläger zu Unrecht pauschalierend, dass sein Honorar zu niedrig sei. Insbesondere trägt er hierzu vor, dass für das Jahr 2009 die Krankenkassen insgesamt 2,7 Milliarden EUR mehr gezahlt hätten und damit jeder Vertragsarzt in S rechnerisch ca. 13.000,00 EUR mehr erhalten müsse. Dies übersieht bereits die ständige Rechtsprechung des BSG, dass ein Arzt durch seine Teilnahme an der

vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des § 95 SGB V lediglich einen Anspruch auf Teilhabe an einer gerechten Honorarverteilung, nicht aber auf ein Honorar in bestimmter Höhe hat (vgl. nur BSG vom 23. März 2011 – B 6 KA 14/10 R – SozR 4 2500 § 85 Nr. 62). Insbesondere geben Vereinbarungen zwischen den Vertragspartnern keinen Anlass zu der Erwartung auf ein höheres Honorar des einzelnen Vertragsarztes. Eine gesetzliche Grundlage für die Berechtigung einer derartigen Erwartungshaltung oder einen entsprechenden Vertrauensschutz gibt es nicht. Der Honorarbescheid für das Quartal I/2009 an den Kläger ist Ausgestaltung der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen bei der Ausgestaltung der RLV. Eine Verfassungswidrigkeit dieses Systems ist nicht erkennbar. Damit ist das System für alle Anwendenden – und damit auch die beteiligten Vertragsärzte – verbindlich.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe im Sinne des § 160 Abs. 2 SGG für die Zulassung der Revision liegen nicht vor, da die Bildung und Ausgestaltung der RLV mittlerweile höchstrichterlich bestätigt wurde und der Senat diese Rechtsprechung umgesetzt hat.

Der Streitwert ergibt sich aus § 197a in Verbindung mit § 52 Abs. 1 Gerichtskostengesetz.
Rechtskraft
Aus
Login
SHS
Saved
2017-11-22