L 4 KA 45/14

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 16 KA 1156/13
Datum
12.02.2014
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 45/14
Datum
08.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 8/17 R
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 12. Februar 2014 aufgehoben und die Klage abgewiesen. 2. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. 3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Honorierung des Klägers für das Quartal II/2010. Die Honorierung des Klägers für die Quartale I/2009 bis I/2010 ist in Parallelverfahren streitig.

Der Kläger ist als Facharzt für Urologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und betreibt seine Praxis in K.

Mit RLV-Mitteilung vom 8. März 2010 wurde dem Kläger ein Regelleistungsvolumen (RLV) in Höhe von 11.131,30 EUR zugewiesen. Dieses ergab sich aus der Multiplikation der am Quartal I/2009 orientierten RLV-relevanten Fallzahl des Klägers in Höhe von 537 mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert der Arztgruppe in Höhe von 21,46 EUR und Anpassung mit dem arztindividuellen Morbiditätsfaktor. Die durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe der Fachärzte für Urologie betrug 888,7.

Den Honoraranspruch des Klägers beschied die Beklagte mit Honorarbescheid vom 14. Oktober 2010. Der Kläger erbrachte RLV-relevante Leistungen in einem Umfang von insgesamt 16.545,30 EUR, die in Höhe von 11.776,47 EUR vergütet wurden. Das Verfahren gegen diesen Bescheid wird vor dem Sozialgericht Kiel unter dem Aktenzeichen S 16 KA 30/14 geführt.

Gegen die RLV-Mitteilung legte der Kläger am 20. März 2010 Widerspruch ein. Zusammengefasst begründete er den Widerspruch mit diversen Einwänden gegen die neue Honorarverteilungssystematik, die zu Honorarverlusten gegenüber 2008 führe. Der weiter sinkende RLV-Fallwert stelle nicht mehr die medizinisch notwendige Behandlung sicher. Er stellte Anträge auf Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und Anerkennung eines Härtefalles wegen Honorarverlusten gegenüber 2008.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17. November 2010 wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Die Beklagte erläuterte ausführlich die Honorarverteilungssystematik ab dem Quartal I/2009 unter Berücksichtigung der Regelungen im SGB V, der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und der Honorarvereinbarungen mit den Krankenkassen. Die Honorarverteilungsregelungen würden durchaus Wachstumsmöglichkeiten sowohl für Wachstumsärzte als auch für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen außerhalb der Aufbauphase bieten. Da das RLV jeweils auf der Fallzahl des jeweiligen Vorjahresquartals beruhe, könne nicht von einem dauerhaften Festschreiben einer unterdurchschnittlichen Umsatzsituation ausgegangen werden. Fallwertzuschläge wegen Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes in Punkten um 30 % seien in diesem Fall nicht zu gewähren. Die Beklagte verwies in der Begründung auch auf das Schreiben des HVM-Teams vom 16. September 2009. In den Quartalen I/2009 bis II/2010 habe der Kläger den durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe in Punkten nicht um wenigstens 30 % überschritten, sondern diesen vielmehr in jeweils folgender Höhe unterschritten: Quartal I/2009 um 10,89 %, Quartal II/2009 um 7,86 %, Quartal III/2009 um 3,53 %, Quartal IV/2009 um 1,60 %, Quartal I/2010 um 2,36 % und Quartal II/2010 um 0,82 %.

Dagegen hat der Kläger mit am 25. November 2010 beim Sozialgericht Kiel eingegangenem Schriftsatz Klage erhoben. Er hat pauschal auf die Begründungen im Widerspruchsverfahren Bezug genommen und folgende Aspekte vertieft: Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei allen Praxen mit unterdurchschnittlichen Umsätzen die Möglichkeit einzuräumen, durch Umsatzsteigerung jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe aufzuschließen. Diesen müsse die Möglichkeit eingeräumt werden, innerhalb von fünf Jahren den Durchschnittsumsatz der Fachgruppe zu erreichen. Sie seien nicht auf Härtefallregelungen zum Ausgleich

überproportionaler Honorarverluste in Höhe von mehr als 15 % im Vergleich zum Basisquartal zu verweisen. Denn es handele sich dabei nicht um eine unvorhersehbare Besonderheit und unspezifische Härte, sondern um eine typische Fallgestaltung. Seine Praxis sei im Sinne dieser Rechtsprechung als unterdurchschnittlich abrechnende Praxis außerhalb der Wachstums- und Aufbauphase einzustufen. Nur durch eine Fallzahlsteigerung könne er unter der bestehenden Honorarverteilungssystematik zum Fachgruppendurchschnitt aufschließen. Das erzielte Honorar decke kaum den tatsächlichen Betriebskostenaufwand. Daher sei es ihm auch nicht möglich, in seine Praxis zu investieren, um deren Attraktivität zu steigern und neue Patienten zu gewinnen. Aufgrund der sehr hohen Arztdichte der Fachärzte für Urologie in K sei dieser Zulassungsbereich für Neuzulassungen von Fachärzten für Urologie mittlerweile gesperrt. Auch diese hohe Arztdichte erschwere es ihm, seine Fallzahl zu steigern oder überhaupt zu behalten. Da es ihm noch nicht möglich gewesen sei, den Durchschnitt zu erreichen, müsse er einer Wachstumspraxis gleichgestellt werden und es müsse ihm die Möglichkeit eingeräumt werden, innerhalb von fünf Jahren zu wachsen. Ein RLV in Höhe der Obergrenze des Fachgruppendurchschnitts sei ihm jedoch verweigert worden. Entgegen den Vorgaben des BSG würden die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten keine Sonderregelungen für unterdurchschnittliche Praxen außerhalb der Aufbauphase vorsehen. Dieser Mangel sei nicht vom weiten Gestaltungs- und Beobachtungsspielraum der Beklagten gedeckt. Die desaströsen Auswirkungen der Honorarverteilungsregelungen ab 1. Januar 2009 seien vorhersehbar gewesen.

Der Kläger hat in allen Quartalen weiterhin einen Mindest-RLV-Fallwert in Höhe von 29,75 EUR geltend gemacht, der die Ordinationsgebühr für Rentner (21,17 EUR) und die Sonografie-Leistung (8,58 EUR) abdecke und dadurch die Vergütung der erbrachten Leistungen in der Basisdiagnostik bei männlichen Versicherten gewährleiste. Aufrechterhalten hat er auch seinen Widerspruch gegen die Zuweisung von verbleibenden Honorarverlusten gegenüber den Basisquartalen 2008 nach Anwendung der Konvergenzregelung. Bei allseits steigenden Lebenshaltungskosten und allgemeiner Teuerungsrate und unter Berücksichtigung der Betriebskosten der Praxis könne die Zuweisung verbleibender Honorarverluste nicht weiter hingenommen werden. Die Verluste seien existenzgefährdend.

Der Kläger hat beantragt,

die Mitteilung des Regelleistungsvolumens für das Quartal II/2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17. November 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, seine Honorierung im Quartal II/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid bezogen. Sie sei zur Einhaltung der auf Bundesebene vorgegebenen Regelungen verpflichtet, die wiederum die Honorarvereinbarungen auf Landesebene beeinflussten. Ein Abweichen von den Vorgaben des Gesetzes und des Gemeinsamen Bewertungsausschusses wäre allenfalls dann möglich, wenn diese offensichtlich rechtswidrig wären, der Makel der Rechtswidrigkeit diesen also geradezu "auf die Stirn geschrieben sei". Die Rechtsprechung des BSG zu Wachstumsmöglichkeiten sei nicht so zu verstehen, dass eine Sonderregelung für unterdurchschnittliche Praxen außerhalb der Aufbauphase auch dann geschaffen werden müsse, wenn die Honorarverteilungsmechanismen eine derartige Wachstumsmöglichkeit ohnehin von vornherein für alle Praxen eröffneten. Das sei in den geltenden Regelungen zur Honorarverteilungssystematik der Fall. Das Regelleistungsvolumen werde bestimmt aus der Multiplikation der RLV-relevanten Fallzahl des jeweiligen Vorjahresquartals mit dem RLV-Fallwert der Fachgruppe. Dadurch profitiere der Arzt im Folgejahresquartal von einer Fallzahlsteigerung.

Mit Urteil vom 12. Februar 2014 hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben und die Beklagte unter Abänderung der RLV-Mitteilung und der Honorarabrechnung verpflichtet, die Honorierung des Klägers im Quartal I/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden. Durch die Rechtsprechung des BSG sei bisher offen gelassen worden, wie der Fachgruppendurchschnitt bei unterdurchschnittlichen Altpraxen erreicht werden könne, deren Patientenzahlen, wie im Fall des Klägers, nicht mehr unproblematisch steigerbar seien. Aus Sicht des Gerichts sei eine solche unterdurchschnittliche Praxis besonders schutzwürdig, so dass hier eine Steigerung des Fallwertes maximal zum Fachgruppendurchschnitt ermöglicht werden müsse. In diesem Sinne müsse die Honorierung in den streitigen Quartalen erneut beschieden werden. Der Erweiterte Bewertungsausschusses habe das Morbiditätskriterium Geschlecht entgegen dem Wortlaut von § 87b Abs. 3 S. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht berücksichtigt. Auch dieses sei bei einer Neubescheidung zu beachten. Darüber hinaus hätte die Beklagte bei der Honorierung des Klägers im Quartal I/2009 ebenso wie in den Folgequartalen die besondere Situation der Praxis im Sinne eines Härtefalles im Rahmen der Ermessensentscheidung individuell würdigen und dieses in den jeweiligen Honorarabrechnungen berücksichtigen müssen. Im Einzelfall müssten zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Praxisbesonderheiten geprüft und gegebenenfalls unter Abweichung von dem strengen Maß der Mindestgrenze beschieden werden.

Gegen das der Beklagten am 16. Juli 2014 zugestellte Urteil richtet sich deren am 12. August 2014 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangene Berufung. Die Beklagte begründet ihre Berufung damit, dass dem Kläger sehr wohl durch die bestehenden Honorarverteilungsregelungen ein Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt ermöglicht werde und zwar durch Steigerung der Fallzahlen. Die Betrachtung der Fallzahlen der Praxis des Klägers vom Quartal I/2008 bis zum Quartal II/2010 zeige jedoch einen Rückgang von 606 auf 552 Fälle. Der Rechtsprechung des BSG sei lediglich zu entnehmen, dass eine ungünstige Erlössituation als Folge unterdurchschnittlicher Umsätze durch die Honorarverteilungssystematik nicht auf Dauer festgeschrieben werden dürfe. Solche Praxen dürften nicht daran gehindert werden, durch Erhöhung der Patientenzahl zumindest einen durchschnittlichen Umsatz zu erzielen. Weitere Sonderregelungen fordere das BSG nicht. Es habe vielmehr in seiner Entscheidung vom 28. Januar 2009 (B 6 KA 5/08) klargestellt, dass die allen Praxen mit unterdurchschnittlichen Umsätzen einzuräumende Möglichkeit, durch Umsatzsteigerung jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe aufzuschließen, nicht bedeute, dass diese Praxen von jeder Begrenzung des Honorarwachstums verschont werden müssten. Eine Wachstumsmöglichkeit zu jeder Zeit sei nicht einzuräumen.

Das BSG habe sich in seiner Entscheidung vom 11. Dezember 2013 (B 6 KA 4/13 R) bereits mit der Frage der Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Geschlecht befasst und festgestellt, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 27./28. August 2008 in Teil F 3.2.2 sich in rechtmäßiger Weise gegen die Berücksichtigung dieses Merkmals entschieden habe.

Die Beibehaltung der 30 %-Grenze zur Bestimmung einer für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten relevanten Überschreitung des

Fallwertes der Fachgruppe sei nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 den Partnern der Gesamtverträge freigestellt worden. Es sei daher nicht ermessensfehlerhaft, wenn diese sich in S dafür entschieden hätten, diese Grenze weiter anzuwenden. Daher habe das HVM-Team am 16. September 2009 die Anerkennung von Praxisbesonderheiten zu Recht abgelehnt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 12. Februar 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Insbesondere hält er das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Ihm könne nicht unterstellt werden, nicht gewillt zu sein, seine Fallzahlen zu steigern. Die durch die Honorarreform eingesetzte Festschreibung einer Negativerlössituation sei nicht Ergebnis seiner freien Willensentscheidung gewesen. Die Beklagte sei dem Problem der Unterdurchschnittlichkeit von Praxen außerhalb der Aufbauphase in den vergangenen fünf Jahren nicht ansatzweise entgegengetreten. Er gehe davon aus, dass in die Prüfung, ob die vorhandenen Regelungen ausreichende Wachstumsmöglichkeiten ermöglichten oder nicht, auch die Folgequartale ab III/2010 einzubeziehen seien. Denn das BSG habe in seiner Entscheidung vom 28. Januar 2009 auch festgestellt, dass der Fünf-Jahres-Zeitraum für unterdurchschnittlich abrechnende Altpraxen nicht statisch ab einem fixen Zeitpunkt beginne, sondern so lange fortbestehe, bis die Praxis den Durchschnittsumsatz erreicht habe. Ihm seien durch das ab 1. Januar 2009 geltende Honorierungssystem keine genügenden Wachstumsmöglichkeiten eingeräumt worden. Auch die nachfolgende Vergütungssystematik räume ihm keine Wachstumsmöglichkeiten ein. Er habe nie eine Ausnahme von dem einjährigen Moratorium zur Berücksichtigung von Fallzahlsteigerungen beantragt, zumal nur selten eine Fallzahlsteigerung möglich gewesen sei. Wenn die Fallzahlen seit Jahren konstant auf einem unterdurchschnittlichen Niveau festgeschrieben und faktisch nicht steigerbar seien, bestehe eine Sondersituation, der mit einer Sonderregelung effizient entgegenzuwirken sei. Wie diese auszugestalten sei, sei fraglich. Nach der Entscheidung des BSG vom 28. Januar 2009 kämen auch Fallwertsteigerungen in Betracht. Es sei ihm faktisch nicht möglich, seinen Umsatz durch Hinzugewinnung von Patienten zu steigern. Mit 17 zugelassenen Fachärzten für Urologie sei der Zulassungsbereich K überversorgt und für Neuzulassungen gesperrt. Durch die Vielzahl zugelassener Urologen sei es ihm faktisch nahezu unmöglich, weitere Patienten hinzu zu gewinnen. Diese Situation habe sich bis zum Quartal IV/2013 nicht wesentlich geändert. Um der Rechtsprechung des BSG zu Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen gerecht zu werden, könne beispielsweise ein gestaffeltes Mindest-RLV in Höhe von 75 % des Durchschnittshonorars der Gruppe im ersten, 80 % im zweiten und fortlaufend bis zum fünften Jahr aufsteigend auf 100 % zugewiesen werden, bis zu dem unterdurchschnittliche Praxen außerhalb der Aufbauphase ihre Honorarforderung im RLV-relevanten Bereich jeweils ungekürzt nach der Euro-Gebührenordnung vergütet bekämen, bevor sie mit ihrer eigenen Honorarforderung im RLV-relevanten Bereich der Kürzungssystematik über die Abstaffelungsregelung unterworfen würden. Im Rahmen einer Einzelfallbetrachtung sei auch zu berücksichtigen, dass er im streitigen Quartal Arzneimittel und Sprechstundenbedarf besonders sparsam verordnet habe. Solche kompensatorischen Einsparungen seien dergestalt in die Bewertung einzubeziehen, dass es in seinem Fall gerechtfertigt sei, ihn von der abgestaffelten Vergütung von Mehrleistungen auszunehmen.

Es sei davon auszugehen, dass er mit den Widersprüchen sein Anliegen durchgängig in allen Quartalen aufrechterhalten habe. Die Beklagte selbst habe als Widerspruchsbehörde überdies im Widerspruchsbescheid vom 17. November 2010 über die von ihm mit den jeweiligen Widersprüchen geltend gemachten Praxisbesonderheiten und Härtefallanträge entschieden. Die von ihm geltend gemachten Praxisbesonderheiten dürften auch nicht bezogen auf alle Erbringerpraxen in S geprüft, sondern müssten bezogen auf den Zulassungsbereich K ermittelt werden. Dann werde sich zeigen, dass er in den von ihm bereits im Widerspruchsverfahren benannten Leistungen überdurchschnittlich sei. Insbesondere sei der Besuch von Patienten zu Hause und in Heimen besonders zeitintensiv und werde daher nur von wenigen Ärzten in K abgedeckt. Die Versorgung dieser Patienten in K werde ohne Zweifel durch ihn sichergestellt.

Die geforderte Sonderregelung für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen außerhalb der Aufbauphase werde auch nicht dadurch obsolet, dass den durch die RLV-Systematik bedingten Missständen überproportionaler, nicht mehr mit den verfassungsrechtlichen Grundsätzen leistungsadäquater und –proportionaler Vergütung und dem Prinzip der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu vereinbarenden Verlusten mit der Einführung der Konvergenzregelung zu begegnen versucht worden sei.

Die über die Konvergenzregelung in den Quartalen I/2009 bis II/2010 zugewiesenen Honorarverluste seien für unterdurchschnittliche Praxen außerhalb der Aufbauphase nicht hinnehmbar. Er wende sich gegen jegliche Verlustzuweisung gegenüber 2008.

Die von der Beklagten auf Anforderung des Senats vorgelegten tabellarischen Übersichten über die Verteilung über- und unterdurchschnittlich abrechnender Praxen in S seien nicht in sich stimmig. Insbesondere die Verwendung der mitgeteilten durchschnittlichen Fallzahlen für die Berechnung des durchschnittlichen RLV der Fachgruppe weiche von dem über die Berechnung mittels der in der RLV-Mitteilung angegebenen durchschnittlichen Fallzahl sich ergebenden durchschnittlichen RLV ab. Ferner entspreche die mitgeteilte durchschnittliche Vergütung für RLV-relevante Leistungen nicht dem Durchschnitts-RLV, das sich aus der RLV-Mitteilung errechnen lasse.

Am 8. November 2016 fand ein Termin zur mündlichen Verhandlung statt, in dem die Verwaltungsvorgänge der Beklagten sowie die Gerichtsakten vorlagen. Für den weiteren Vortrag der Beteiligten und die vom Gericht bei der Beklagten angeforderten Unterlagen zu Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und zum Verhältnis unter- und überdurchschnittlich abrechnender urologischer Praxen in S wird auf die Akten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt worden (§§ 143, 144, 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die Berufung der Beklagten ist begründet. Das Sozialgericht hat der Klage mit dem angefochtenen Urteil zu Unrecht stattgegeben. Die Beklagte hat über das RLV und den Honoraranspruch des Klägers für das Quartal II/2010 in rechtmäßiger Weise entschieden und einen

höheren Honoraranspruch des Klägers zu Recht abgelehnt. Die streitigen Bescheide sind mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben vereinbar.

1. 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-Gebührenordnung 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 Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V in Teil F Ziffer I.1.2.4 des Beschlusses vom 22. September 2009 bestimmt, dass die Zuweisung der Regelleistungsvolumina praxisbezogen erfolgt. Die Ausgestaltung der Regelleistungsvolumina erfolgt in Teil F Ziffer I.3.2.1 des Beschlusses vom 22. September 2009. 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. Ferner sollen die Partner der Gesamtverträge gemäß Ziffer I.3.6 des Beschlusses vom 22. September 2009 Regelungen für Praxisbesonderheiten und gemäß Ziffer I.3.7 Regelungen als Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten schaffen.

Die Festsetzung des Vertragsinhalts für das Jahr 2010 über die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen in S erfolgte durch Vereinbarung der Partner der Gesamtverträge vom 18. Dezember 2009.

Die RLV waren nicht offensichtlich ungeeignet, das vom Gesetzgeber anvisierte Ziel zu erreichen. 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 vom 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 im Rahmen der Honorarabrechnung unberücksichtigt bleibt. Außerdem richtet sich der Fallwert an dem Durchschnitt der Fachgruppe aus. Insbesondere lässt es sich mit dem Gesetzeszweck einer Honorarbegrenzung vereinbaren, dass die RLV gemäß Ziffer I.3.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 auf die Fallzahlen der Vorjahresquartale abstellen (BSG vom 17. Juli 2013, a.a.O. zum regelungsidentischen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008).

Dieses Regelwerk ist in sich stimmig und die Beklagte hat es in rechtlich nicht zu beanstandender Weise im Rahmen der Zuweisung des RLV und der Berechnung des Honoraranspruchs des Klägers umgesetzt.

2. Der Senat prüft die Rechtmäßigkeit der RLV-Mitteilung und des Honorarbescheides in vollem Umfang unter allen aus dem SGB V, den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und der Honorarvereinbarung sich ergebenden Gesichtspunkten.

Der gerichtlichen Prüfung von Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkten im Verfahren gegen die RLV-Mitteilung und den Honorarbescheid steht nicht entgegen, dass das HVM-Team der Beklagten nicht in gesonderten Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren über die vorgebrachten Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkte entschieden hat. Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkten sind quartalsweise zu prüfen. Wenn einem Vertragsarzt ein RLV auf der Grundlage seiner RLV-relevanten Fallzahl und des arztgruppenspezifischen Fallwertes zugewiesen wird und er die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nicht im Widerspruchsverfahren gegen die RLV-Mitteilung und die dort vorgenommene Berechnung, sondern in einem parallel geführten Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren zur Prüfung der Anerkennung von Praxisbesonderheiten geltend machen müsste, müsste er neben einer Klage gegen die RLV-Mitteilung eine Klage gegen die ablehnende Entscheidung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für das zuvor zugewiesene RLV erheben. Dieses führte dazu, dass der Vertragsarzt für einen Lebenssachverhalt – Bestimmung seines RLV - zwei Verwaltungs-, Widerspruchs- und Klageverfahren führen müsste, deren prozessuales Schicksal unterschiedlich verlaufen könnte (siehe zu diesen Bedenken auch Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30. April 2014, Az. L 7 KA 154/11).

Ferner müsste der Vertragsarzt, wenn die Kassenärztliche Vereinigung ausweislich der Betreffzeile bzw. der Begründung in einer neben der jeweiligen RLV-Mitteilung erlassenen Entscheidung die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für mehrere Quartale ablehnt, letztlich für alle Quartale, in denen er Praxisbesonderheiten für sich in Anspruch nimmt, neben den Verfahren gegen die RLV-Mitteilung und den Honorarbescheid Widerspruchs- und Klageverfahren durchführen. Das führte dazu, dass ein Vertragsarzt für ein Quartal drei Klageverfahren zu führen hätte.

Wenn der Vertragsarzt bereits mit der Widerspruchsbegründung gegen die RLV-Mitteilung oder später im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid Härtefallgesichtspunkte wegen Honorarverlusten gegenüber Vorjahresquartalen geltend macht, deren Anerkennung die Kassenärztliche Vereinigung mit einem gesonderten Bescheid ablehnt, müsste er auch gegen diesen Bescheid Widerspruch einlegen und

Klage erheben. Die Anzahl der von einem Vertragsarzt für die Honorierung seiner in einem Quartal erbrachten Leistungen zu führenden Verfahren summierte sich auf vier. Selbst wenn die Kassenärztliche Vereinigung die Anerkennung von RLV-relevanten Praxisbesonderheiten und die Anerkennung von Härtefallgesichtspunkten in einem Entscheidungsschreiben ablehnt, ist davon auszugehen, dass sie zwei Entscheidungen getroffen hat, die das RLV einerseits und den Honorarauszahlungsanspruch andererseits betreffen. Die Mehrzahl der Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigung führt für den Vertragsarzt zu einer erheblichen Erschwerung der Rechtsverfolgung für ein Quartal.

Dieser Effekt der Erschwernis des Rechtsweges für den Vertragsarzt wird besonders deutlich, wenn er quartalsweise im Rahmen seiner erhobenen Widersprüche gegen das zugewiesene RLV und den Honorarbescheid Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkte geltend macht, über die die Kassenärztliche Vereinigung ausweislich der Betreffzeile und der Begründung zusammenfassend für mehrere Quartale in einer Entscheidung befindet. In solchen Fällen müsste der Vertragsarzt neben den jeweiligen Klageverfahren gegen die RLV-Mitteilungen und die Honorarbescheide auch Klage gegen die ablehnende Entscheidung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkte erheben, deren Rechtmäßigkeit losgelöst von der RLV-Mitteilung und des Honorarbescheides zu prüfen ist. Da das Leistungs- und Abrechnungsverhalten eines Vertragsarztes nicht in jedem Quartal identisch ist, variieren die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und die Gewährung von Ausgleichszahlungen für Härtefallgesichtspunkte im Rahmen der Honorarabrechnung der Höhe nach von Quartal zu Quartal. Die quartalsweise Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung müsste dann, wenn es sich jeweils um selbstständige materiell-rechtliche Verwaltungsentscheidungen neben der RLV-Mitteilung und dem Honorarbescheid handelte, entweder zusammengefasst in einem Klageverfahren für mehrere Quartale neben den quartalsweise erfassten RLV-Mitteilungen und Honorarbescheiden oder neben den quartalsweise erfassten RLV-Mitteilungen und Honorarbescheiden in selbstständigen Klageverfahren für jedes einzelne Quartal geführt und überprüft werden. In jedem Fall würde deren Prüfung prozessual nicht mehr in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Prüfung der RLV-Mitteilung und des Honorarbescheides stehen. Die Prüfung der Anerkennung von Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkten wird in das Klageverfahren gegen diese isolierte Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung verlagert, wohingegen die Verfahren gegen die RLV-Mitteilung und den Honorarbescheid unter diesen Gesichtspunkten lediglich (noch) dazu dienen, deren Bestandskraft zu verhindern. Die Bestandskraft der RLV-Mitteilung und des Honorarbescheides könnten einer gerichtlichen Entscheidung in dem Verfahren gegen die ablehnende Entscheidung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkten entgegenstehen, da sie das Rechtsschutzbedürfnis für diese Verfahren entfallen lassen könnte.

Die Bewertung des Senats steht nicht im Widerspruch zur Entscheidung des BSG vom 15. August 2012, B 6 KA 38/11 R. In dieser hat das BSG klargestellt, dass für die gerichtliche Klärung von gesonderten Feststellungen (Bemessungsgrundlagen, Budgets, RLV), Teilelementen und Vorfragen der Bestimmung des Quartalshonorars nur dann und solange Raum ist, als die jeweiligen Quartalshonorarbescheide noch nicht bestandskräftig sind. Das gelte auch dann, wenn entsprechende Feststellungen durch gesonderten Verwaltungsakt erfolgt seien. Denn der Gesetzgeber hat in § 87b Abs. 3 S. 3 SGB V vorgesehen, dass Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind, soweit dazu Veranlassung besteht. Sie sind danach bereits bei der Zuweisung des RLV zu berücksichtigen. Das RLV lässt sich nicht aufteilen in die standardisierte Berechnung aus RLV-relevanter Fallzahl des Arztes, RLV-Fallwert der Arztgruppe und arztindividuellem Morbiditätsfaktor einerseits und eines ausschöpfbaren Mehrbetrages für anerkannte Praxisbesonderheiten andererseits. Wenn die Kassenärztliche Vereinigung für vom Vertragsarzt mit EBM-Ziffern benannte Leistungen eine Praxisbesonderheit anerkennt, so führt diese Anerkennung nicht dazu, dass ein Sonder-RLV für diese EBM-Ziffern zugewiesen wird, sondern der errechnete Betrag erhöht das aus RLV-Fallwert, RLV-Fallzahl und Morbiditätsfaktor errechnete RLV und wird rechnerischer Bestandteil des insgesamt zugewiesenen ausschöpfbaren RLV. Darin unterscheidet sich die Anerkennung von Praxisbesonderheiten von den Zusatzvolumen nach Anlage 1 Ziffer 5 und 6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009, die mit dem RLV kein ausschöpfbares Gesamtvolumen bilden. Bei Praxisbesonderheiten handelt es sich daher nicht um Teilelemente im Sinne der oben zitierten Entscheidung des BSG. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten hat der Gesetzgeber in § 87b Abs. 3 S. 3 SGB V antragsunabhängig formuliert. Auch das spricht gegen die Notwendigkeit von zwei gesonderten Verwaltungs-, Widerspruchs- und Klageverfahren für die Bestimmung aller Berechnungselemente des – einmal - in die Honorarabrechnung einzustellenden RLV. Gleiches gilt für die Anerkennung von Härtefallgesichtspunkten im Rahmen der Berechnung des Auszahlungsanspruchs des Arztes aus der Honorarabrechnung. Das SGB V enthält keine Regelungen für die Anerkennung von Härtefallgesichtspunkten im Rahmen der vertragsärztlichen Honorarabrechnung. Jedoch eröffnet der Bewertungsausschuss den Partnern der Gesamtverträge in seinem Beschluss vom 22. September 2009 unter Teil F Ziffer I.3.7 die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen befristete Ausgleichszahlungen für Honorarverluste vorzusehen und sich über das Verfahren zu einigen. Davon haben diese Gebrauch gemacht.

3. Gemessen an den dargestellten Grundsätzen und unter Berücksichtigung aller zu prüfenden Gesichtspunkte erweist sich der RLV-Mitteilungsbescheid vom 8. März 2010 als rechtmäßig. Er erging zwar verspätet. § 87b Abs. 5 S. 1, 2. Halbsatz SGB V bestimmt, dass das RLV dem Vertragsarzt jeweils spätestens 4 Wochen vor Beginn seiner Geltungsdauer zugewiesen sein muss. Hierbei handelt es sich jedoch um eine reine Ordnungsfrist (BSG, Urteil vom 15. August 2012 – B 6 KA 38/11 R Rn 26 bei juris), so dass die Fristversäumnis nicht zur Unwirksamkeit der Zuweisung führt.

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. Wie der Senat bereits in seiner Entscheidung vom 20. Oktober 2015, Az. L 4 KA 39/13, für RLV-Mitteilungen der Beklagten entschieden hat, berührt die mangelnde Nachvollziehbarkeit 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; Siewert/Waschull in Diering/Timme, LPK-SGB X 4. Aufl. 2016, § 33 Rn. 2). Es erfordert, dass der Adressat der Entscheidung klar erkennen kann, was die Behörde mit ihr regeln wollte. 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 in Urteilen vom 9. Dezember 2004 (B 6 KA 84/03 R, Rn. 29ff bei juris) und 27. Juni 2012 (B 6 KA 37/11 R – SozR 4 2500 § 85 Nr. 71) betont, dass bei Honorarbescheiden die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden dürfen, da sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut sei bzw. zu dessen Pflichten es gehöre, über die Grundlagen der Abrechnungen der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Es ist nicht ersichtlich, dass an die RLV-Mitteilung, die eine für die spätere Berechnung des Honoraranspruchs relevante Vorfrage klärt, höhere

Anforderungen zu stellen sind als an den Honorarbescheid, aus dem der Vertragsarzt seinen Zahlungsanspruch gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ableiten kann. Die Berechnungsformel ergibt sich aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. September 2009, Anlage 2 zu Teil F. Der einzelne Vertragsarzt kann nicht verlangen, dass ihm das gesamte Datenmaterial für die Berechnung zur Verfügung gestellt wird, insbesondere nicht im Rahmen eines jeden Bescheides. Eine umfassende Kontrolle der Berechnung der RLV würde die Übermittlung der Datenmengen aller Ärzte sowie der Gesamtvergütungen aller Kassen erfordern; dies wäre nicht praktikabel. Ausreichend ist die Nachvollziehbarkeit der Höhe des arztindividuellen RLV. In den Mitteilungen wird dargestellt, welche RLV-relevante Fallzahl aus dem Vorjahresquartal mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert multipliziert wurde. 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, wenn diese die Entscheidung erkennbar nicht beeinflusst haben kann. Das ist der Fall, denn die Form und der Inhalt der RLV-Mitteilungen entsprechen allen Mitteilungen, die die Beklagte an die Vertragsärzte versandt hat.

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 vom 6. Februar 2013 B 6 KA 13/12 R SozR 4 2500 § 85 Nr. 73). 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 kooperativer 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.

Die Beklagte hat zutreffend auf der Grundlage von Teil F Ziffer I.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 nur die ambulant-kurativen Fälle, an denen im Vorjahresquartal RLV-relevante Leistungen erbracht wurden, in die Berechnung des RLV eingestellt.

§ 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 I.3.2.2 des Beschlusses vom 22. September 2009 auf die Einbeziehung des Geschlechts als Differenzierungskriterium verzichtet, nachdem er nach einer Erhebung im KV-Bezirk Bremen 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, die bereits im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 praktiziert wurde, 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. Dagegen kann für die Arztgruppe der Fachärzte für Urologie nicht eingewandt werden, dass eine arztgruppenspezifische Betrachtung erfolgen müsse, da diese Arztgruppe überwiegend männliche Versicherte behandele. Der bei der Zuweisung des RLV berechnete arztindividuelle Morbiditätsfaktor spiegelt wieder, in welchem Verhältnis der Anteil morbiditätsbedingter Risiken in der jeweiligen Praxis zur Risikoverteilung über alle Arztpraxen der Fachgruppe hinweg steht. Für die Abbildung des Morbiditätskriteriums Geschlecht müsste sich für die gesamte abgerechnete Leistungsmenge über alle Versicherten und Arztgruppen hinweg ein messbarer Einfluss nachweisen lassen, der über den Morbiditätsfaktor das arztindividuelle RLV anpasst. Auf eine fachgruppenspezifische Risikoverteilung, die sich aus der Spezialisierung dieser Ärzte auf die Behandlung von Körperteilen ergibt, die naturgemäß nur bei Männern oder Frauen vorhanden und daher nur bei diesen behandlungsbedürftig sind, kommt es danach nicht an. Dass der Kläger bzw. die Fachgruppe der Urologen im Fall der Ermittlung von geschlechtsspezifischen Gewichtungsfaktoren einen für sie im Vergleich zu anderen Fachgruppen günstigeren morbiditätsbedingten arztindividuellen Anpassungsfaktor zu erwarten hätten, ist darüber hinaus nicht ansatzweise dargelegt worden und nicht erkennbar.

Zu Unrecht wendet der Kläger sich dagegen, dass die Fallwerte nicht zumindest die Ordinationsgebühr und die Leistung Sonografie abdecken würden. Diese Betrachtung übersieht, dass die Fallwerte Durchschnittswerte darstellen und z. B. eine Sonografie nicht in jedem Fall zwingend geboten ist. 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 vom 28.10.2015 – B 6 KA 35/15 B – juris; BSG vom 11.12.2013 – B 6 KA 6/13 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 19). Es ist 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 – Rn. 21ff bei juris), ferner aus dem Regelungsspielraum der Vertragspartner, denen es gestattet ist, regional unterschiedliche Schwerpunkte bei der Honorarverteilung und insbesondere der Ausgestaltung der RLV zu bilden. Dieses führt zu differierenden Werten.

Praxisbesonderheiten waren bei dem für den Kläger zu ermittelnden RLV nicht anzuerkennen. Dieses Begehren hat die Beklagte zu Recht abgelehnt. Die Ausgestaltung der nach § 87b Abs. 3 S. 3 SGB V zu berücksichtigenden Praxisbesonderheiten ist im Übrigen den Bewertungsausschüssen vorbehalten. Der Bewertungsausschuss (Urteil des BSG vom 17. Juli 2013, Az. B 6 KA 44/12 R Rn 36 bei juris) und die Partner der Gesamtverträge auf Landesebene (grundlegend BSG vom 09.12.2004, Az. B 6 KA 44/03 R, Rn 63 bei juris) haben hierbei einen grundsätzlich weiten Beurteilungs- und Gestaltungsspielraum. Davon umfasst ist auch die Befugnis, die Anerkennung von Praxisbesonderheiten von einem Antrag abhängig zu machen, der keine materiell-rechtliche Wirkung entfaltet, sondern lediglich das Prüfungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigung einleitet. Denn die Mitteilung des RLV und die Bescheidung des Honoraranspruchs eines Vertragsarztes unterliegen letztlich der Massenverwaltung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Für diese ist aus der Summe der Abrechnungsdaten nicht ohne weiteres ersichtlich, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt oder nicht. Auf diese muss der Vertragsarzt die Kassenärztliche Vereinigung hinweisen, damit eine Prüfung durchgeführt werden kann. Er hat insoweit auch die Mitwirkungsobliegenheit, Praxisbesonderheiten frühzeitig gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung geltend zu machen.

Nach Teil F Ziffer 3.6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 haben die Gesamtvertragspartner die weiteren Einzelheiten zu regeln, wobei dieser Beschluss vorgibt, dass Praxisbesonderheiten sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe um mindestens 30 % vorliegt. In der Honorarvereinbarung ab 1. Januar 2010 unter Teil D Ziffer 4.2 haben die Partner der Gesamtverträge Vereinbarungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten

getroffen. Danach können Praxisbesonderheiten sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn dadurch der durchschnittliche Gruppenfallwert um 30 % überschritten wird. Die Praxisbesonderheiten können vom Arzt unter Angabe der EBM-Gebührennummer beantragt werden. Die notwendige Fallwertüberschreitung liegt bei dem Kläger, der den Gruppenfallwert um 2,36 % unterschreitet, nicht vor. Daher bedarf es in diesem Fall auch keiner Auseinandersetzung mit der Frage, ob die Grenzziehung bei einer 30 %igen Überschreitung des Gruppenfallwertes gerechtfertigt ist oder nicht. Nicht zu beanstanden ist ferner, dass in die Prüfung einer Überschreitung des Gruppenfallwertes um 30 % die Punktzahlbewertung aller RLV-relevanten Leistungen einbezogen wird und nicht für jede dem RLV unterliegende EBM-Ziffer ein Einzelvergleich des Klägers mit der Fachgruppe, den Erbringerpraxen in S oder den in K zugelassenen Urologen angestellt wurde. Denn dann wäre kompensatorisch gegenüberzustellen, welche der einzelnen EBM-Ziffern der Kläger gegenüber den übrigen Erbringerpraxen in S oder K unterdurchschnittlich abrechnet. Eine solche Vorgehensweise weicht letztlich nicht von der vergleichsweisen Gesamtbetrachtung der insgesamt erbrachten RLV-relevanten Punktzahlen des Klägers mit der der Fachgruppe ab.

Auch die vom Kläger geltend gemachten Besonderheiten sind nicht zu berücksichtigen. Zwar sieht Teil F Ziffer II.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 vor, dass die Partner der Gesamtverträge aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend von Abschnitt I. Ziffer 3.6 im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen können, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt. Die vom Kläger gegenüber der Beklagten geltend gemachten Besuchs- und Visitentätigkeiten bei Versicherten zu Hause und in Pflegeheimen, die Versorgung von Patienten mit transurethralem oder suprapubischem Katheter (02322 EBM und 02323 EBM) und Leistungen zur Abklärung von Fertilitätsstörungen (32013 EBM) begründen keine Praxisbesonderheit mit Sicherstellungsfunktion. Der Kläger übersieht bereits, dass Besuchsleistungen bei Versicherten in Pflegeheimen und die Ziffer 32013 im streitigen Quartal keine RLV-relevanten Leistungen waren und daher nicht budgetiert vergütet wurden. Die Ziffer 01410 EBM war zwar RLV-relevant, wurde jedoch vom Kläger nur 31mal abgerechnet und ihr Anteil an seinen budgetierten RLV-relevanten Leistungen betrug 478,02 EUR entsprechend 2,89 %. Die Ziffer 02322 hat er 41mal mit einem Anteil von 208,28 EUR entsprechend 1,26 % abgerechnet. Die Ziffer 02323 wurde 123mal für 840,09 EUR erbracht und machte einen Anteil von 5,07 % aus. Diese prozentualen Anteile an den budgetierten RLV-relevanten Anteilen begründen jeweils keinen sicherstellungsrelevanten Anteil am Leistungsgeschehen der Praxis des Klägers. Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 29. Juni 2011, B 6 KA 17/10 R, zwar ausgeführt, dass ein Leistungsanteil am budgetierten Leistungsgeschehen der Praxis von 20 % ein sicherstellungsrelevanter Anteil sein könne. Diese Entscheidung ist jedoch zu dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004, Ziffer 3.1 ergangen. Dieser eröffnete die Möglichkeit, zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und zur Zielerreichung der seinerzeit relevanten Steuerungsmaßnahmen im Honorarverteilungsvertrag Anpassungen des RLV - im Sinne der seinerzeit geltenden Regelungen - vorzunehmen. Die hier anzuwendenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses stellen jedoch für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten auf eine Überschreitung des Fallwertes im Vergleich zur Fachgruppe ab. Dass der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 22. September 2009 mit der Öffnungsklausel von diesem Grundsatz abweichen wollte, ist nicht ersichtlich. Es kommt daher nicht darauf an, ob die geltend gemachten Praxisbesonderheiten einen bestimmten Anteil am budgetierten Leistungsgeschehen der Praxis ausmachen oder nicht. Daher kann sich der Kläger auch unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der urologischen vertragsärztlichen Versorgung nicht darauf berufen, einzelne Leistungen häufiger als der Durchschnitt seiner Fachgruppe zu erbringen.

4. Der Kläger ist ferner nicht in dem Wachstum seiner Praxis unzulässig eingeschränkt. Das BSG hat zu der Frage von Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen außerhalb der Aufbauphase bereits in mehreren Entscheidungen ausgeführt, dass auch diesen Praxen die Möglichkeit eingeräumt werden müsse, ihren Umsatz zu steigern (Urteile vom 10. März 2004, B 6 KA3/03 R; 28. Januar 2009, Az. B 6 KA 5/08 R und 17. Juli 2013, B 6 KA 44/12 R). Die Honorarverteilungssystematik müsse so ausgestaltet sein, dass auch Vertragsärzte mit unterdurchschnittlicher Patientenzahl nicht gehindert würden, durch Erhöhung der Patientenzahl zumindest einen durchschnittlichen Umsatz zu erzielen. Offen gelassen hat es in der Entscheidung vom 28. Januar 2009, die zur Honorarverteilungssystematik in den Quartalen III/2003 bis II/2004 mit individuellen Punktzahlvolumina ergangen ist, ob sich die Wachstumsmöglichkeit allein auf eine Erhöhung der Zahl der von den Vertragsärzten behandelten Fälle bzw. Patienten beziehen muss oder ob eine Steigerungsmöglichkeit auch in der Form gewährt werden kann oder muss, dass anstelle eines Fallzahlzuwachses (oder zumindest gleichberechtigt daneben) auch Fallwertsteigerungen zu berücksichtigen sind, die etwa auf einer Veränderung in der Morbidität des behandelten Patientenstammes oder einer Veränderung der Behandlungsausrichtung beruhen. Diese Praxen müssten jedoch nicht von jeglicher Begrenzung des Wachstums verschont werden, vielmehr sei es zulässig, das pro Jahr zulässige Wachstum zu beschränken, sofern die Wachstumsmöglichkeit nicht zu eng sei. Die Honorarverteilungssystematik müsse es ermöglichen, den Durchschnittsumsatz innerhalb von fünf Jahren zu erreichen. Dieser Fünf-Jahres-Zeitraum beginne nicht zu einem fixen Zeitpunkt, sondern bestehe solange fort, bis die Praxis den Durchschnittsumsatz erreicht habe. Schon daraus folge, dass bei der rechtlichen Prüfung auch die HVM-Regelungen mit in den Blick zu nehmen seien, die für nachfolgende, prozessual nicht streitbefangene, jedoch innerhalb des Fünf-Jahres-Zeitraums liegende Folgequartale Geltung beanspruchten. Dementsprechend seien Zeitraum und Wachstumsmöglichkeit dynamisch auf die jeweilige, zur gerichtlichen Prüfung anstehende Honorarbegrenzungsregelung zu beziehen. Alle für die betroffene Praxis maßgeblichen HVM-Regelungen, insbesondere Honorarbegrenzungsregelungen, müssten so viel Spielraum zulassen, dass der Durchschnittsumsatz innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren erreicht werden könne.

Die hier anzuwendende Honorarverteilungssystematik sieht für die Quartale I/2009 bis II/2010 durchgehend vor, dass für die Berechnung des RLV jeweils die arztindividuelle RLV-relevante Fallzahl des Vorjahresquartals herangezogen wird. Fallzahlsteigerungen im Abrechnungsquartal kommen dem Vertragsarzt somit im Folgejahresquartal für die Bestimmung des RLV zugute. Dieses sogenannte "einjährige Moratorium" der ab 1. Januar 2009 geltenden RLV-Systematik hat das BSG bereits mit ausführlicher Begründung in mehreren Entscheidungen gebilligt (u.a. Urteil vom 17. Juli 2013, Az. B 6 KA 44/12 R, Rn 38 -41 bei juris). Der Kläger geht somit zu Unrecht davon aus, dass die für I/2009 bis II/2010 geltende Systematik keine Wachstumsmöglichkeiten vorsieht. Diese Systematik galt dem Grunde nach bis zum Ende des Quartals III/2013 unverändert fort (ab 1. Juli 2010 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit späteren Modifikationen und entsprechend modifizierenden Honorarvereinbarungen auf Landesebene; ab II/2012 im Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten mit Bezugnahme auf diese Beschlüsse des Bewertungsausschusses), so dass Fallzahlsteigerungen im Folgejahresquartal in die Berechnung einbezogen werden.

Die wirtschaftlichen Einbußen und Engpässe führt der Kläger vielmehr maßgeblich darauf zurück, dass es in K eine sogenannte Überversorgung mit Fachärzten für Urologie gab und gibt. Der Zulassungsbereich K ist auch bereits in den Quartalen I/2009 bis II/2010 für Neuzulassungen gesperrt gewesen. Das ergibt sich aus den aktenkundigen Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und

Krankenkassen in S. Der Kläger sieht einen Zusammenhang zwischen der Überversorgung in K und seiner verglichen mit dem landesweiten Durchschnitt der Fachgruppe unterdurchschnittlichen Fallzahl. Die von der Beklagten auf Anforderung des Senats zusammengestellte landesweite Auswertung der Anzahl über- und unterdurchschnittlich abrechnender Urologen zeigt, dass die durchschnittliche Fallzahl der Urologen in K in allen Quartalen unter dem Landesdurchschnitt liegt. Der Landesdurchschnitt wird durch die Fallzahlen der in ländlicher Gegend ansässigen Urologen angehoben. Gemessen an der Durchschnittsfallzahl in K (beispielsweise Stand Abrechnung I/2009 791 gegenüber landesweit 956) liegt die Fallzahl des Klägers auch hier unter dem Durchschnitt. Gleichzeitig zeigt die Tabelle, dass es auch in K Praxen gibt, die deutlich mehr Fälle haben als der Kläger oder auch der Landesdurchschnitt, sonst ergäbe sich keine Durchschnittsfallzahl, die höher als die Fallzahl des Klägers liegt. Die Tabellen geben den Stand der Abrechnung wieder, so dass das durchschnittliche RLV die durchschnittlich erzielte Vergütung inklusive der vergüteten Mehrleistungen abbildet. Diese Daten weichen zwangsläufig rechnerisch von dem Produkt aus RLV-relevanter Fallzahl und arztgruppenspezifischem RLV-Fallwert ab, da in diesem Wert noch nicht die durchschnittliche Vergütung der Mehrleistungen enthalten ist.

Dieser Umstand wird in der geltenden Honorarverteilungssystematik nicht abgebildet. Das in diesen Quartalen geltende Honorarverteilungssystem unterstellt, dass dem Vertragsarzt innerhalb seiner Fachgruppe Fallzahlsteigerungen faktisch möglich sind. Dieser Befund begründet jedoch keinen Anspruch des Klägers auf einen höheren RLV-Fallwert oder auf Ausgleichszahlungen aus einer allgemeinen Härtefallklausel. Da der Zulassungsbereich K mit Urologen überversorgt ist, ist keine Mangelversorgung der Versicherten mit urologischen Leistungen zu befürchten. Auch die vom Kläger als seine Praxisbesonderheit geltend gemachten Leistungen sind, wie bereits dargestellt, nicht sicherstellungsrelevant. Sofern der Kläger im Kern kritisiert, dass zu viele Urologen zugelassen wurden und somit möglicherweise bei der Bedarfsplanung seitens des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen von §§ 23 ff der Bedarfsplanungsrichtlinie "zu spät" Gebrauch gemacht wurde, ist dieser Umstand im Rahmen der Honorarverteilungssystematik nicht zu berücksichtigen. Entsprechende Fallwerterhöhungen oder Ausgleichszahlungen würden die Gesamtvergütung schmälern, die die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen sicherstellen soll. Das unternehmerische Risiko, im Vergleich zu seinen Kollegen derselben Fachgruppe einen geringeren Zulauf von Versicherten zu haben, hat die Honorarverteilungssystematik einem Vertragsarzt nicht abzunehmen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision wird nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen. Die Vergütung von unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen in überversorgten Zulassungsbereichen sowie die prozessuale Einordnung von isolierten Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkten haben grundsätzliche Bedeutung über den Einzelfall des Klägers hinaus.
Rechtskraft
Aus
Login
SHS
Saved
2017-11-22