

S 83 KA 399/11

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
83
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 83 KA 399/11
Datum
19.09.2012
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Festsetzung des Regelleistungsvolumens (RLV) der klagenden (ehemaligen) Berufsausübungsgemeinschaft für die Quartale II/2009 bis IV/2010. Die Klägerin nahm ab dem 01.04.2009 als fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft zweier im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung zugelassener Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie im Verwaltungsbezirk an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Herr R war zuvor im Rahmen einer Einzelpraxis tätig, Herr Dr. H wurde zum 01.04.2009 neu zugelassen. Für die Quartale II/2009 bis IV/2010 wies die Beklagte der Klägerin folgende RLV zu: Quartal Bescheid(e) vom RLV-Fallwert der Arztgruppe RLV II/2009 27.02.2009 und Änderungsbescheid vom 06.04.2009 44,24 EUR 37.994,20 EUR III/2009 04.06.2009 39,02 EUR 36.787,32 EUR IV/2009 01.09.2009 39,41 EUR 36.366,55 EUR I/2010 15.12.2009 33,26 EUR 33.152,04 EUR II/2010 24.03.2010 37,47 EUR 34.504,78 EUR III/2010 24.06.2010 34,65 EUR 37.802,73 EUR IV/2010 03.09.2010 42,20 EUR 53.210,06 EUR Das RLV der Klägerin berechnete die Beklagte unter Zugrundelegung der jeweiligen arztindividuellen Fallzahl des Vorjahresquartals und des RLV-Fallwerts der Arztgruppe 24 (Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie). Da Dr. H zum 01.04.2009 neu zugelassen worden war, legte die Beklagte für die Quartale II/2009 bis I/2010 als Fallzahl die Hälfte der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal und einen Morbiditätsfaktor von 1,0000 zu Grunde. Auf die Gesamtsumme der arztindividuellen RLV gewährte die Beklagte der Klägerin ab dem Quartal III/2009 (nicht im Quartal II/2009) einen prozentualen Zuschlag von 10 %. Ab dem Quartal III/2010 gewährte die Beklagte der Klägerin für beide Ärzte getrennt jeweils noch ein qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV). Wegen der Berechnung der RLV im Einzelnen wird auf die bei den Verwaltungsakten befindlichen Zuweisungsbescheide und auf die im Widerspruchsbescheid vom 10.05.2011 (Seite 3) enthaltene tabellarische Darstellung Bezug genommen. Gegen die genannten Zuweisungsbescheide legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie jeweils vor, dass ihr RLV erheblich unter dem bisherigen Honorarvolumen liege und dass hierdurch die Existenz ihrer Praxis gefährdet sei. Die geringen RLV-Fallwerte seien nicht geeignet, dem Leistungsbedarf einer rheumatologisch ausgerichteten Praxis Rechnung zu tragen und den vom Gesetzgeber beabsichtigten Zweck der Leistungssteuerung zu erreichen. Der Trennungsfaktor sei zu Ungunsten der Fachärzte nicht entsprechend den Vorgaben des erweiterten Bewertungsausschusses berechnet worden. Die Berechnung des Arztgruppenfallwertes und der durchschnittlichen Arztgruppenfallzahl sei nicht nachvollziehbar. Die RLV seien verspätet mitgeteilt wurden. Der Morbiditätsfaktor spiegele die tatsächliche Morbidität nicht wider und sei unzutreffend berechnet worden. Auch sei insofern entgegen den gesetzlichen Vorgaben das Morbiditätskriterium Geschlecht nicht berücksichtigt worden. Der 10%-ige Zuschlag für die Gemeinschaftspraxis der Klägerin sei nicht berücksichtigt worden. Die Klägerin beantragte in diesem Rahmen zudem die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und eine Fallzahlerhöhung wegen Übernahme von Patienten von einer anderen Praxis. Mit Widerspruchsbescheid vom 10.05.2011 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Zur Begründung führte sie unter anderem aus: Die Berechnung des Trennungsfaktors sei rechtlich nicht zu beanstanden. Die hierzu ergangene Vorstandsrichtlinie der KBV vom 25.11.2008, wonach neben den antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels 35.2 des EBM auch die weiteren regional vereinbarten extrabudgetären Leistungen bei der Berechnung der haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumina des Jahres 2007 außer Betracht bleiben, entspreche den gesetzlichen Vorgaben und bewege sich daher im Rahmen der Richtlinienkompetenz der KBV. Die (von der Beklagten dargelegte) Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte entspreche den Vorgaben des erweiterten Bewertungsausschusses. Die Durchschnittsfallzahl sei für das Honorar der Klägerin ohne Einfluss, so dass es insoweit bereits an einer Bewerter der Klägerin fehle. Dass der Fallwert der Arztgruppe der Rheumatologen von 44,24 EUR im Quartal II/2009 auf 37,47 EUR im Quartal II/2010 gesunken sei, liege zum einen daran, dass die Zuwächse der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gesunken seien, obwohl sich der Anteil der Rheumatologen an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von 0,60 auf 0,71 erhöht habe und zum anderen an der deutlich vermehrten Abrechnung der RLV-freien (extrabudgetären) Leistungen. Es bestehe kein Anspruch des Arztes darauf, sämtliche Grundpauschalen zum vollen Euro-Betrag vergütet zu erhalten. Die Gewährung eines Wachstums und der Ausgleich

überproportionaler Honorarverluste könnten erst im Honorarfestsetzungsverfahren geltend gemacht werden. Über die insofern anhängigen Honorarwidersprüche der Klägerin werde gesondert entschieden. Für das Quartal II/2009 stehe der Klägerin kein Anspruch auf einen 10%-igen Zuschlag auf das RLV zu, da sie im Vorjahresquartal (II/2008) noch nicht als fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft (ohne arztindividuelle Leistungskennzeichnung) an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen habe. Die Berechnung der Morbiditätsfaktoren entspreche den Vorgaben des erweiterten Bewertungsausschusses, an die die Beklagte gebunden sei. Für Dr. H sei der Morbiditätsfaktor auf 1,0000 festgesetzt worden, da er erst seit dem 01.04.2009 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehme und es keinen Praxisvorgänger gäbe. Die seit dem 01.01.2009 geltenden Honorarverträge stünden im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben und würden auch dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ausreichend gerecht. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und die Anerkennung einer Fallzahlerhöhung seien nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Über die entsprechenden Anträge sei durch gesonderte Bescheide (teilweise stattgebend) entschieden worden. Die RLV für die Quartale III/2009 bis IV/2010 seien jeweils fristgerecht zugewiesen worden. Für das Quartal II/2009 sei mit Bescheid vom 27.02.2009 versehentlich noch Herr R ein RLV zugewiesen und der neu gegründeten Berufsausübungsgemeinschaft sei erst mit dem Änderungsbescheid vom 06.04.2009 Rechnung getragen worden. Eine Fortgeltung des bisherigen RLV scheidet jedoch aus, weil das mit dem Änderungsbescheid zugewiesene RLV höher sei, als das Herr R für das Quartal I/2009 zugewiesene RLV. Am 28.09.2011 hat die Klägerin Klage erhoben, mit der sie sich gegen die Festsetzung des RLV für die streitbefangenen Quartale wendet und eine Neubescheidung begehrt. Zwischen den Beteiligten ist ein weiteres Verfahren vor der 71. Kammer des SG Berlin (S 71 KA 102/12) anhängig, in dem es um die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für die Quartale II/2009 bis IV/2010 sowie um die Anerkennung einer Fallzahlerhöhung für die Quartale I/2010 bis IV/2010 geht. Die Klägerin hat insofern klargestellt, dass Praxisbesonderheiten und Fallzahlerhöhungen lediglich in dem Verfahren S 71 KA 102/12 geltend gemacht werden. Gegen die Honorarbescheide für die Quartale II/2009 bis IV/2010 legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein, worüber noch nicht entschieden wurde. Zur Begründung der Klage trägt die Klägerin nach ausdrücklicher Klarstellung der noch streitbefangenen Punkte in der mündlichen Verhandlung (siehe dazu die Sitzungsniederschrift) vor: Sie habe für sämtliche der streitbefangenen Quartale RLV-Überschreitungen zu beklagen, die nur mit einer Quote vergütet worden seien. Die Mitteilung über das RLV sei nicht innerhalb der verbindlichen Frist gemäß § 87b Abs. 5 S. 1 SGB V erfolgt, die auch keine bloße Ordnungsfrist darstelle. Der Trennungsfaktor für die Aufteilung des Vergütungsvolumens auf den fachärztlichen und den hausärztlichen Versorgungsbereich sei auf Grundlage einer Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfolgt, die von den Vorgaben des erweiterten Bewertungsausschusses abweiche. Die auf Grundlage des durchschnittlichen Arztgruppen-RLV-Fallwertes ermittelten RLV seien nicht geeignet, dem Leistungsbedarf einer auf einem Sonderbedarf fußenden rheumatologischen Tätigkeit Rechnung zu tragen. Schon die Abrechnung weniger EBM-Ziffern (insbesondere der Pauschalen nach den EBM-Nrn. 13700, 13701, 13690ff.) schöpfe den RLV-Fallwert nahezu vollständig aus. Das widerspreche der in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck kommenden Intention des Gesetzgebers, soweit möglich zu verhindern, dass ein Arzt, der medizinisch erforderliche Leistungen erbringen, in die Abstufung rutsche. Die zugewiesenen RLV seien insofern zur Erfüllung des in § 87b Abs. 2 S. 1 SGB V a.F. festgelegten Steuerungszwecks ungeeignet. Die Ermittlung des Morbiditätsfaktors ausschließlich nach dem Alter und nicht auch nach dem Geschlecht entsprechend den Vorgaben des erweiterten Bewertungsausschusses verstoße gegen § 87b Abs. 3 S. 6 SGB V a.F. ... Die Vorwegabzüge, Rückstellungen etc. seien zu hoch bemessen und nicht im Ansatz transparent. Insofern werde die Einholung eines Sachverständigengutachtens zu der Frage angeregt, ob die Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses durch die Beklagte ordnungsgemäß umgesetzt worden sind. Dies gelte auch für die Berechnung der Fallwerte. In den Topf der Fachgruppe würden entgegen dem Gesetz auch die Einrichtungen im Sinne des § 311 SGB V eingerechnet, denen vor Geltung der RLV ein deutlich niedrigeres Budget zugestanden worden sei. Eine ähnliche Problematik zeige sich bei der Berechnung der Töpfe unter Bezugnahme bzw. Einbeziehung der Leistungen der Ermächtigten. Die Vertragsparteien des HVV hätten verkannt, dass zwischen niedergelassenen und ermächtigten Ärzten aufgrund ihrer verschiedenen strukturellen Einbindung (eigene Praxis – keine eigene Praxis) solche Unterschiede bestünden, die eine unterschiedliche Behandlung geböten. Die Negierung des Aufschlages von 10 % für das Quartal II/2009 sei rechtswidrig. Es sei fehlerhaft, aus dem Umstand, dass im Vorjahr noch keine Berufsausübungsgemeinschaft bestanden habe und für den Gesellschafter Dr. H keine Festsetzung möglich gewesen sei, abzuleiten, dass die vorgenannte Regelung nicht anzuwenden sei. Diese Interpretation verstoße eklatant gegen die Rechtsprechung zur Behandlung von Neugründern und gegen den Gleichheitsgrundsatz. Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 27.02.2009 in der Gestalt des Änderungsbescheides vom 06.04.2009, 04.06.2009, 01.09.2009, 15.12.2009, 24.03.2010, 24.06.2010 und 03.09.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.05.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsfassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Zur Begründung weist sie auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und vertieft das dortige Vorbringen. Ergänzend trägt sie vor: Bei der Frist für die Zuweisung des RLV gemäß § 87b Abs. 5 SGB V handele es sich lediglich um eine Ordnungsfrist. Die Klägerin sei insofern auch nicht beschwert, da das RLV in den Quartalen II/2010 bis IV/2010 jeweils höher gewesen sei, als in dem jeweiligen Vorquartal. Die Berechnung des Trennungsfaktors sei nicht zu beanstanden. Insofern werde auf die Ausführungen in dem Widerspruchsbescheid und auf die in einem Parallelverfahren abgegebene Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verwiesen. Der Vortrag der Klägerin, dass schon die Abrechnung weniger EBM-Ziffern den RLV-Fallwert nahezu vollständig ausschöpfe, sei unsubstantiiert. Ein erhöhter Leistungsbedarf aufgrund einer Spezialisierung sei in einem gesonderten Verfahren durch einen Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten geltend zu machen. Bei der Ermittlung des Morbiditätsfaktors habe sich die Beklagte an die Vorgaben des erweiterten Bewertungsausschusses gehalten. Insofern werde ebenfalls auf die vorgelegte Stellungnahme der KBV aus dem Parallelverfahren verwiesen. Der Vortrag der Klägerin zur Höhe der Vorwegabzüge, Rückstellungen etc. sei unsubstantiiert. Es sei nicht erkennbar, was genau die Klägerin hier angreifen wolle. Die Einbeziehung der Einrichtungen gemäß § 311 SGB V in das RLV sei nicht zu beanstanden. Eine Differenzierung anhand der Kooperationsformen sehe das Gesetz nicht vor. Dasselbe gelte auch für ermächtigte Ärzte. Für das Quartal II/2009 stehe der Klägerin kein Anspruch auf einen 10%-igen Zuschlag auf das RLV zu, da weder Dr. H noch Herr R im Quartal II/2008 in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig gewesen seien. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitverhältnisses wird auf die Gerichtsakten und auf die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

A. Streitgegenstand des Verfahrens sind nach der ausdrücklichen Beschränkung des Klagebegehrens durch die Klägerin in der mündlichen Verhandlung nur noch die mit den angefochtenen Zuweisungsbescheiden festgesetzte Höhe des ursprünglich zugewiesenen RLV und in diesem Zusammenhang die im Tatbestand unter dem Klägervortrag aufgeführten Punkte. Nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens sind insbesondere die Erhöhung des RLV infolge von Praxisbesonderheiten und die Fallzahlerhöhung wegen Patientenübernahme. Insofern ist zwischen den Beteiligten das gesonderte Verfahren S 71 KA 102/12 anhängig. Ebenfalls nicht streitbefangenen sind zudem die Gewährung eines Wachstums für den zum 01.04.2009 neu niedergelassenen Dr. H und eines Härtefallausgleichs. Beide Punkte knüpfen an die Quartalsabrechnung an und sind daher erst im Rahmen des

Honorarfestsetzungsverfahrens geltend zu machen. Auch insofern hat die Klägerin den Streitgegenstand des Verfahrens ausdrücklich beschränkt. Die Beschränkung des Streitgegenstandes auf einzelne abgrenzbare Punkte im Rahmen der Anfechtung von Honorarbescheiden ist rechtlich zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 23.02.2005 – SozR 4-1500 § 92 Nr. 2; Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, § 21 Rdnr. 72). Der Änderungsbescheid vom 06.04.2009 betreffend das Quartal II/2009 ist nach § 86 SGG Gegenstand des Verfahrens geworden. B. Die Klage ist als Anfechtungs- und Neubescheidungsklage zulässig. Insbesondere ist das Rechtsschutzbedürfnis gegeben. Die Honorarfestsetzungsbescheide für sämtliche streitbefangenen Quartale sind angefochten und noch nicht bestandskräftig (vgl. dazu BSG, Urteil vom 15.08.2012 – B 6 KA 38/11 R, Terminsbericht abrufbar unter www.bsg.bund.de) und die Klägerin hat die ihr zugewiesenen RLV in allen streitbefangenen Quartalen überschritten. C. Die Klage ist jedoch unbegründet. Die angefochtenen RLV-Zuweisungsbescheide sind rechtmäßig und beschweren die Klägerin nicht. Nach § 87b Abs. 2 SGB V (in der hier noch maßgeblichen Fassung des Gesetzes vom 26.03.2007, BGBl. I, S. 378, im Folgenden: SGB V a.F.) sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen (Satz 1). Ein RLV nach Satz 1 ist 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 a.F. enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden (Satz 3). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein RLV festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist (Satz 4). Nach § 87b Abs. 3 SGB V a.F. sind die Werte für die RLV nach Absatz 2 morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a SGB V a.F. zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen (Satz 1). Bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere 1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 a.F. insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, 2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a, 3. zu erwartende Zahlungen für die nach Absatz 2 Satz 3 abgestaffelt zu vergütenden und für die nach Absatz 2 Satz 6 und 7 außerhalb der RLV zu vergütenden Leistungsmengen, 4. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte zu berücksichtigen (Satz 2). Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen (Satz 3). Nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31.08.2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Nach § 87b Abs. 5 SGB V a.F. obliegt die Zuweisung der RLV an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der RLV vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30.11.2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des RLV (Satz 1). Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung am 27./28.08.2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V a.F. gefasst (DÄBl. 38/2008, A-1988; alle Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses sind abrufbar unter www.kbv.de/8157.html). Nach Nr. 1.2 des Beschlusses werden die RLV nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt (Nr. 1.2.1). Die RLV werden nach Maßgabe von 2. und 3. je Arzt ermittelt (Teil F Nr. 1.2.2 Abs. 1 des Beschlusses). Nach Teil F Nr. 3.2.1 erhält jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Teil F Ziff. 3.2.2 enthält die Feststellung, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eignet, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst wird. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 17.10.2008 (164. Sitzung, DÄ-Bl. 48/2008, A 2607) wurde unter anderem Teil G des Beschlusses vom 27./28.08.2008 betreffend die Rückstellungen geändert. Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 23.10.2008 (8. Sitzung, DÄ-Bl. 48/2008, A 2602) wurden Teile A und B des Beschlusses vom 27./28.08.2008 geändert. Mit (Konvergenz-)Beschlüssen vom 15.01.2009 (9. Sitzung, DÄ-Bl. 7/2009 A 308) und vom 27.2.2009 (10. Sitzung, DÄ-Bl. 2009 A 574) eröffnete der Erweiterte Bewertungsausschuss den regionalen Gesamtvertragspartnern die Möglichkeit zur schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumen einvernehmlich ein Konvergenzverfahren zu beschließen, wobei insbesondere Abweichungen von den Regelungen in Teil F Ziffern 3.6 und 3.7 des Beschlusses vom 27./28.08.2008 gestattet wurden. Der Bewertungsausschuss beschloss am 27.02.2009 (175. Sitzung, DÄ-Bl. 2009 A 576), die in Teil F der Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 und vom 23.10.2008 getroffenen Regelungen zu überprüfen und ggf. im notwendigen Umfang zu ändern. In Umsetzung dieses Beschlusses beschloss der Bewertungsausschuss am 20.04.2009 (180. Sitzung, DÄ-Bl. 2009 A 942) und am 30.04.2009 (183. Sitzung, DÄ-Bl. 2009 A 1004) mit Wirkung ab dem 01.07.2009 (unter bestimmten Voraussetzungen bereits ab dem 01.04.2009) Anpassungen der im Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 getroffenen Regelungen. Mit Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 17.03.2009 (11. Sitzung DÄ-Bl. 2009 A 726) wurde Teil H Ziffer 5 des Beschlusses vom 27./28.08.2008 zur Verhinderung ungewollter Honorarverluste für besonders förderungswürdige Leistungen neu gefasst. Die vertragsärztliche Vergütung ab dem 01.01.2010 wurde in Fortschreibung der für das Jahr 2009 gefassten Beschlüsse mit Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 (15. Sitzung DÄ-Bl. 2009 A 1907) und Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.09.2009 (199. Sitzung, DÄ-Bl. 2009, A 2103) geregelt. Teil F (Beschluss vom 22.09.2009) regelte in diesem Rahmen wiederum die Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen. Mit Beschluss vom 26.03.2010 (218. Sitzung, DÄ-Bl. 2010, Beilage zu Heft 16, S. 1ff.) wurde (nach zwischenzeitlicher geringfügiger Änderung durch Beschluss vom 05.03.2010, 215. Sitzung, DÄ-Bl. 2010 A 408) Teil F des Beschlusses vom 22.09.2009 mit Wirkung zum 01.07.2010 ersetzt, wobei Kernpunkt der Neuregelung die Einführung so genannter qualifikationsgebundener Zusatzvolumen (QZV) ist. Zudem wurden in Teil G Grundsätze zur Bildung von Rückstellung mit Wirkung zum 01.07.2010 beschlossen. Teil F Ziff. 3.2.2 enthält wiederum die Feststellung, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eignet, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst wird. Die Umsetzung der Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses erfolgte für den Bereich der KV Berlin im Rahmen des Honorarverteilungsvertrages für das Jahr 2009 (Anl. 1 Teil B zum Honorarvertrag 2009 in der Fassung des Beschlusses des Landes Schiedsamtes vom 21.11.2008 – HVV 2009, abrufbar unter <http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/hv/archiv/hv2009.pdf>), der im Laufe des Jahres 2009 mehrfach geändert bzw. ergänzt wurde (sämtliche Änderungsvereinbarungen sind abrufbar unter <http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/hv/archiv/>), wobei die für die Festsetzung des RLV ab dem Quartal II/2009 insbesondere in der 2. Änderungsvereinbarung zum HVV vom 10.06.2009 getroffen wurden. Für die Zeit ab dem 01.01.2010 erfolgte die Umsetzung durch den Honorarverteilungsvertrag für das Jahr 2010 (HVV 2010, Anlage 1 Teil B zum Honorarvertrag 2010 in der Fassung des Beschlusses des Landesschiedsamtes vom 11.12.2009, abrufbar unter <http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/hv/archiv/hv2010.pdf>) und für die Zeit ab dem 01.07.2010 durch den HVV vom 24.06.2010 (abrufbar unter http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/hv/archiv/hv2010_iii_iv.pdf). Unter Berücksichtigung dieser rechtlichen Vorgaben sind die streitbefangenen RLV-Zuweisungsbescheide rechtlich nicht zu beanstanden. Die Kammer folgt zunächst der ausführlichen Begründung der Beklagten im Widerspruchsbescheid und sieht insofern von einer weiteren Darstellung der

Entscheidungsgründe ab (§ 136 Abs. 3 SGG). Ergänzend ist im Hinblick auf die von der Klägerin zuletzt noch angegriffenen Punkte auf Folgendes hinzuweisen: 1. Sofern die Klägerin eine entgegen § 87b Abs. 5 Satz 1 SGB V nicht fristgerechte Zuweisung der RLV für einzelne der streitbefangenen Quartale rügt, kann sie hieraus nichts herleiten. Zum einen handelt es sich bei der Zuweisungsfrist nach der Rechtsprechung des BSG um eine bloße Ordnungsfrist (Urteil vom 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R, Terminsbericht abrufbar unter www.bsg.bund.de). Überdies war das RLV in den in Betracht kommenden Quartalen zum Teil (II/2010 bis IV/2010) höher als im jeweiligen Vorjahresquartal, so dass eine Fortgeltung des RLV des Vorjahresquartals der Klägerin keinen Vorteil gebracht hätte. 2. Der Einwand der Klägerin, die RLV seien nicht geeignet gewesen, dem Leistungsbedarf der klägerischen Praxis Rechnung zu tragen und verfehlten daher den von § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V verfolgten Steuerungszweck, verfährt nicht. Zunächst berücksichtigt die Klägerin insofern nicht hinreichend, dass praxisspezifischen Besonderheiten und Härtefällen durch mehrere spezielle Regelungen ausreichend Rechnung getragen wird (dazu unter a)). Sofern die RLV-Fallwerte im Verlauf der Jahre 2009 und 2010 infolge vermehrter Abrechnung extrabudgetärer Leistungen gesunken sind und zum Teil die regelhaft zur Abrechnung gelangenden Grundpauschalen der jeweiligen Arztgruppe unterschritten haben sollten, ist der (erweiterte) Bewertungsausschuss jedenfalls seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht ausreichend nachgekommen (dazu unter b)). a) Sofern die Klägerin auf die Besonderheiten ihrer auf Sonderbedarfszulassungen beruhenden Praxis abstellt, wird einem etwaigen erhöhten Leistungsbedarf infolge von Praxisbesonderheiten durch die Möglichkeit der Anerkennung von Praxisbesonderheiten Rechnung getragen (Teil F Ziff. 3.6 des Beschlusses des EBewA vom 27./28.08.2008 und § 5 Abs. 9 HVV 2009 in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 31.03.2009 bzw. § 5 Abs. 9 HVV 2010). Dies ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, sondern - was die Klägerin auch ausdrücklich klargestellt hat - ausschließlich Gegenstand des Verfahrens S 71 KA 102/12. Der Vermeidung überproportionaler Honorarverluste durch Verwerfungen infolge der Einführung der RLV trägt die Regelung in Teil F Ziff. 3.7 des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 Rechnung, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und einheitlich befristete Ausgleichszahlungen an die Praxis leisten können, wenn sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal verringert und diese Verringerung auf der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass bisherige Regelungen zu so genannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt wurden. Ob die Voraussetzungen dieser Regelung vorliegen, kann naturgemäß erst nach Vorliegen der Quartalsabrechnung im Rahmen der Honorarfestsetzung geprüft werden und ist dementsprechend im Rahmen des Widerspruchs gegen den Honorarfestsetzungsbescheid geltend zu machen, nicht im vorliegenden Streit um die RLV-Zuweisung. Insofern kann vorliegend auch dahingestellt bleiben, dass für den Bezirk der Beklagten die vorgenannte Regelung im HVV für das Jahr 2009 nicht umgesetzt wurde (es wurden allerdings entsprechende Rückstellungen gebildet, vgl. §§ 3 lit. j), 4 lit. k) HVV 2009). Einer besonderen Fallzahlerhöhung etwa infolge einer Praxisschließung im näheren Umkreis oder infolge der Erkrankung eines Kollegen wird durch die Regelungen in Teil F Ziff. 3.4 des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 und in § 6 Abs. 3 HVV 2009 Rechnung getragen. Mit den vorgenannten Regelungen wird besonderen Versorgungsstrukturen der einzelnen Praxis ausreichend Rechnung getragen und es werden existenzbedrohende Honorarminderungen durch die Einführung und Geltung der RLV verhindert. Ob daneben noch Raum für die Annahme eines allgemeinen Härtefalls im Sinne der Rechtsprechung des BSG ist, kann vorliegend dahingestellt bleiben. Ein Härtefall käme jedenfalls nur noch in dem seltenen Ausnahmefall in Betracht, wenn trotz dieser Mechanismen durch Umstände, die der Vertragsarzt nicht zu vertreten hatte, ein unabweisbarer Stützungsbedarf besteht. Es müssten hier sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet gewesen sein als auch ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestanden haben. Ansonsten hätten allenfalls noch gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur zur Anerkennung einer Härte führen können (siehe dazu BSG, Urteil vom 08.02.2012 - B 6 KA 14/11 R, juris Rdnr. 25 m.w.N.). Hierfür wurde seitens der Klägerin nichts vorgetragen und ist auch sonst nichts ersichtlich, zumal die Beklagte unbestritten vorgetragen hat, dass die Zahl der niedergelassenen internistischen Rheumatologen in den letzten Jahren gestiegen ist, so dass davon auszugehen ist, dass nach wie vor ein ausreichender wirtschaftlicher Anreiz für eine vertragsärztliche Tätigkeit in diesem Bereich besteht. Überdies könnte das Vorliegen einer wirtschaftlichen Existenzgefährdung wiederum nur nach Vorliegen der Quartalsabrechnung geprüft werden, weshalb auch das Vorliegen eines allgemeinen Härtefalls im Rahmen der Rechtsmittel gegen die Honorarfestsetzungsbescheide geltend zu machen wäre. Die Klägerin verweist ferner auf die Intention des Gesetzgebers, so weit möglich zu verhindern, dass ein Arzt, der medizinisch notwendige Leistungen erbringt, in die Abstaffelung gerät (vgl. dazu BT-Drs 16/3100, S. 124, zu § 85b Abs. 2). Bereits aus dem "soweit möglich" ergibt sich jedoch, dass hieraus kein durchsetzbarer Anspruch hergeleitet werden kann, sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen mit den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet zu erhalten. Dies würde zudem jegliche Leistungsmengensteuerung letztlich obsolet machen, was dem vom Gesetzgeber mit der Einführung der RLV bezweckten Steuerungszweck evident zuwider liefe. Der Gesetzgeber wollte im Zusammenhang mit der von der Klägerin angeführten Aussage lediglich verhindern, dass besondere Situationen, etwa ein besonderer Fallzahlenanstieg infolge der Erkrankung eines Kollegen, dazu führen, dass ein Arzt unverschuldet mit einem Großteil der Leistungen in die Abstaffelung rutscht (vgl. BT-Drs., a.a.O.). Diesem Zweck wird mit den Regelungen in Teil F Ziff. 3.4 des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 und in § 6 Abs. 3 HVV 2009 hinreichend Rechnung getragen. b) Allgemeine Bedenken gegen die Höhe des RLV könnten im Übrigen allenfalls dann bestehen, wenn der RLV-Fallwert substantiell unter die Grundpauschalen der jeweiligen Arztgruppe abfällt, die die notwendigen Leistungen in diesem Bereich abbildet (vgl. dazu SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010 - S 11 KA 340/09, juris Rdnrn. 144ff.). Davon abgesehen, dass dies vorliegend nicht der Fall gewesen sein dürfte, da die Bewertung der Grundpauschale 13691 mit 745 Punkten (bei einem Punktwert von 3,5 Cent = 26,08 EUR) unter dem jeweiligen RLV-Fallwert der streitbefangenen Quartale lag und der RLV-Fallwert lediglich bei Hinzunahme einer der beiden oder beider Zusatzpauschalen nach den EBM-Nrn. 13700 (540 Punkte bzw. 18,90 EUR) oder 13701 (455 Punkte = 15,93 EUR) ausgeschöpft oder überschritten wäre, hat der Bewertungsausschuss mit den Konvergenzbeschlüssen vom 15.01.2009 (9. Sitzung, DÄ-BI. 7/2009 A 308) und vom 27.02.2009 (10. Sitzung, DÄ-BI. 2009 A 574) und später durch Einführung der QZV ab dem Quartal III/2010 (mit Beschluss vom 26.03.2010, 218. Sitzung) umfassende Korrekturen vorgenommen und ist damit seiner besonderen Beobachtungs- und Reaktionspflicht, die mit dem bei Anfangs- und Erprobungsregelungen sehr weiten Gestaltungsspielraum korrespondiert, ausreichend nachgekommen. Er hat mit der Einführung der QZV den Konstruktionsfehler der ursprünglichen Regelungen (Beschluss vom 27./28.08.2008), der dazu geführt hatte, dass durch Leistungsausweitungen im Bereich der (im Vorwegabzug vergüteten) besonders förderungswürdigen Leistungen die RLV-Fallwerte bei einigen Arztgruppen kontinuierlich gesunken sind, erkannt und entsprechend gegengesteuert (SG Marburg, a.a.O., juris Rdnr. 148ff.). 3. Die Berechnung des Morbiditätsfaktors ausschließlich nach dem Alter und nicht auch nach dem Geschlecht hält sich im Rahmen der Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses und ist daher rechtlich nicht zu beanstanden (ebenso SG Marburg, a.a.O., juris Rdnr. 166; ferner - mit etwas anderer Begründung - Rompf, in Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Stand 04/10, § 87b SGB V Rdnr. 10) Die Werte für die Regelleistungsvolumina sind (unter anderem) morbiditätsgewichtet festzulegen (§ 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V). Die Morbidität ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen (§ 87b Abs. 3 Satz 6 SGB V a.F.). Der erweiterte Bewertungsausschuss stellt davon abweichend in seinen Beschlüssen vom 27./28.08.2008 und vom 22.09.2009 in Teil F Nr. 3.2.2 fest, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eigne, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst werde. Dies hält sich noch im Rahmen der Gestaltungsfreiheit des erweiterten

Bewertungsausschusses. Dem (erweiterten) Bewertungsausschusses ist bei der ihm gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V übertragenen Aufgabe der Bestimmung des Verfahrens zur Berechnung und zur Anpassung der RLV Gestaltungsfreiheit eingeräumt (vgl. BSG, Urteil vom 31.03.2012 – B 6 KA 21/11 R, juris Rdnr. 40). Welches Maß an Gestaltungsfreiheit ihm zukommt, ist nach der Wesensart der Ermächtigungsvorschrift und der ihr zugrunde liegenden Zielsetzung zu bestimmen (BSG, a.a.O. m.w.N.). Nach der auch in den Gesetzesmaterialien (BT-Drs. 16/3100, S. 125, zu § 85b Abs. 3 Satz 3) zum Ausdruck kommenden Zielsetzung des § 87b Abs. 3 Satz 6 SGB V soll einerseits der unterschiedlichen Morbidität der Patienten und dem damit regelmäßig verbundenen größeren Behandlungsaufwand bei der Berechnung der RLV Rechnung getragen werden. Andererseits soll das Verfahren zur Berechnung der Morbidität aber auch praktikabel und sicher sein. Insofern hat der Gesetzgeber selbst erkannt, dass sich das sehr ausdifferenzierte System der Berechnung der Morbidität im Rahmen des Risikostrukturausgleichs auch anhand von Risikofaktoren (u.a. Diagnosen, verordnete Arzneimittel, Vorliegen von Erwerbsminderung) auf der Ebene des einzelnen Arztes zur Bemessung der Morbidität nicht eignet, weil die Bestimmung der Morbidität von kleinen Versichertengruppen (wie den Patienten eines einzelnen Arztes) zu weniger stabilen Ergebnissen führt als die Morbiditätsmessung für große Versichertenkollektive und die Messung der Morbidität der Versicherten mit Diagnosen auf Praxisebene deshalb noch erheblich komplexer ist als auf Ebene einer Krankenkasse (BT-Drs. 16/3100, a.a.O.). Die Messung der Morbidität mit Alter und Geschlecht ist auf Ebene des einzelnen Arztes einfacher umzusetzen und liefert zuverlässigere Ergebnisse (a.a.O.). Der erweiterte Bewertungsausschuss ist nach Auswertung der ihm zur Verfügung stehenden Daten (vgl. die auf Grundlage einer Stichprobe im Bereich der KV Bremen von der KBV erstellte Trendanalyse zu alters- und geschlechtsspezifischen Pauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich, Bl. 78ff. d.A.) zu der Einschätzung gelangt, dass nur sehr geringe Unterschiede in den Auswirkungen einer Pauschalvergütung vertragsärztlicher Leistungen unter Berücksichtigung des Geschlechts und des Alters im Vergleich zur alleinigen Berücksichtigung des Alters feststellbar sind (vgl. Seite 13 der Trendanalyse = Bl. 84 d.A.). Sofern seitens der Klägerin die Daten zu den geschlechtsbedingten Morbiditätsunterschieden im Rahmen des Risikostrukturausgleichs nach § 266 SGB V herangezogen werden, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass in diese Daten die Kosten für sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeflossen sind und nicht nur die Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlungen und dass sich insofern Unterschiede durchaus auch hinsichtlich der einzelnen Leistungssektoren ergeben dürften. Zu berücksichtigen dürfte insofern hinsichtlich der vertragsärztlichen Leistungen – vor allem unter Einbeziehung der Versichertenpauschalen – auch sein, dass sich bestehende geschlechtsbedingte Morbiditätsunterschiede auch allein daraus ergeben dürften, dass die jeweiligen Versicherten schlicht mehr bzw. weniger häufig zum Arzt gehen. Dieser Umstand findet aber in gewissem Umfang bereits im Rahmen der Fallzahlen Berücksichtigung und dürfte konsequenterweise nicht nochmals bei dem Morbiditätszuschlag berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass die bestehenden geschlechtsspezifischen Morbiditätsunterschiede in einzelnen Altersstufen jeweils unterschiedlich ausgeprägt sind, d.h. in einigen Altersstufen ist der Leistungsbedarf von Frauen höher als von Männern, in anderen Altersstufen ist dies dagegen umgekehrt (vgl. dazu auch den – allerdings auf den Risikostrukturausgleich bezogenen – Vortrag der Klägerbevollmächtigten auf Seite 5 der Klagebegründung sowie Seite 5 der Trendanalyse der KBV). Eine Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Geschlecht hätte daher zwangsläufig auch eine deutlich größere Anzahl von Altersstufen bedingt, obwohl ansonsten die Anzahl der altersspezifischen Pauschalen zur Optimierung der Finanzierung einer Arztpraxis nahezu unerheblich ist (vgl. Seite 14 der Trendanalyse der KBV), weshalb durch den erweiterten Bewertungsausschuss – in Anlehnung an die Ausgestaltung der Grundpauschalen im EBM – nur drei Altersstufen gebildet wurden. Weiter verkompliziert würde die Berechnung der Morbidität dadurch, dass hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Morbiditätsunterschiede auch arztgruppenspezifische Unterschiede bestehen. So ist – worauf die KBV zu Recht hinweist – bei den Fachärzten für Gynäkologie eine geschlechtsspezifische Unterscheidung nicht angezeigt. Unterschiede dürfte es auch bei anderen Arztgruppen geben. Weitere arztgruppenspezifische Unterschiede dürfte im Hinblick auf gebührenordnungsrechtliche Pauschalen geben. So dürften die Morbiditätsunterschiede zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf das Leistungsvolumen bei Hausärzten schon deshalb nicht allzu groß sein, weil der weit überwiegende Teil der ärztlichen Leistungen bereits durch die Versichertenpauschalen abgedeckt wird und häufigere Arztbesuche morbiderer Patienten in gewissem Umfang bereits im Rahmen der Berechnung der RLV-Fallzahlen Berücksichtigung finden. Die Feststellung des erweiterten Bewertungsausschusses, dass sich das Morbiditätskriterium Geschlecht nicht zur Abbildung der Morbidität im Rahmen der Festsetzung des RLV eignet, ist aus den vorgenannten Gründen nachvollziehbar. Die Berücksichtigung etwaiger geschlechtsspezifischer Morbiditätsunterschiede würde zudem wegen der Erforderlichkeit arztgruppenspezifischer Unterscheidungen und der Einführung einer großen Anzahl von Altersstufen das Verfahren der RLV-Berechnung erheblich verkomplizieren, was dem vom Gesetzgeber selbst hervorgehobenen Ziel, das Verfahren der Berechnung der Morbidität einfach, praktikabel und sicher auszugestalten (vgl. BT-Drs. 16/3100, a.a.O.) zuwider liefe. Insofern ist es im Rahmen der Gestaltungsfreiheit des erweiterten Bewertungsausschusses unter Berücksichtigung der gesetzgeberischen Zielsetzung noch hinnehmbar, dass der erweiterte Bewertungsausschuss auf die Einbeziehung des Morbiditätsmerkmals Geschlecht in die Berechnung des RLV verzichtet hat. 4. Nicht zu beanstanden ist auch die Berechnung des Trennungsfaktors im Rahmen der Aufteilung des RLV-Vergütungsvolumens auf den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich. Gemäß Teil F Ziff. 2.2. des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 (inhaltsgleich für 2010 Teil F Ziff. 2.2. des Beschlusses Bewertungsausschusses vom 22.09.2009) unterliegen die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V ergeben, nicht dem Regelleistungsvolumen. Nach Ziff. 3.1. stellt die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B Ziff. 5. die Grundlage für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen dar. Für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen ist die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung – unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V sowie unter Abzug der gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen, unter Abzug der Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 (erhöhtes Volumen gemäß Beschluss Teil D) anzupassen. Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird als RLV-Vergütungsvolumen (RLVVG) bezeichnet. Gemäß Teil F Anlage 2 Ziff. 1 wird das vorläufige RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs (hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich) dadurch berechnet, dass das Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM2008-Anpassungen aller Arztgruppen durch das Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM2008-Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs, dividiert und dieser Quotient mit dem RLV-Vergütungsvolumen multipliziert wird. Eine inhaltsgleiche Regelung enthält § 2 HVV (2009 und 2010). Die (nicht veröffentlichten) Richtlinien der KBV vom 25.11.2008 (gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V für die Durchführung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28.08.2008 ergänzt und geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 164. Sitzung am 17.10.2008 und durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 8. Sitzung am 23.10.2008) regeln in Ziff. 14: "a. Gemäß der Berechnungsvorschrift wird das RLV-Vergütungsvolumen gemäß 3.1 mit den versorgungsbereichsspezifischen Anteilen des entsprechenden Vergütungsvolumen 2007 unter Berücksichtigung der EBM2008-Anpassungen aufgeteilt. Dabei ist als Vergütungsvolumen

das zur Auszahlung gelangte Honorar für die Leistungen, die dem RLV-Vergütungsvolumen gemäß 3.1 unterliegen, zu verwenden, d.h. in der Abgrenzung des vorhersehbaren morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß Beschluss Teil B, 1.3 unter Abzug der Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie im Abschnitt 35.2 EBM. b. c. d. Werden über die Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hinaus regionale weitere Leistungen vereinbart, so ist das Vergütungsvolumen 2007 nach a. und b. ohne diese zusätzlich außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vereinbarten Leistungen zu ermitteln." Diese Regelungen, die bewirken, dass die so genannten extrabudgetären Leistungen bei der Aufteilung des RLV-Vergütungsvolumens auf die Versorgungsbereiche unberücksichtigt bleiben, stellt lediglich eine gesetzeskonforme Interpretation der Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses dar und hält sich damit im Rahmen der Richtlinienkompetenz der KBV gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V (so auch SG Berlin, Urteil vom 20.4.2011 - S 71 KA 632/09, juris Rdnr. 30; SG München, Urteil vom 14.7.2010 - S 38 KA 114/10, unveröffentlicht). Die Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses konkretisieren bis auf die Herausnahme der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie nicht näher, wie das "Vergütungsvolumen 2007" zu berechnen ist. Da es um die Aufteilung des RLV-Vergütungsvolumens geht, das Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist, liegt es nahe, auch nur den Anteil des Vergütungsvolumens 2007 bei der Berechnung des Trennungsfaktors zu berücksichtigen, der der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliefe. Dies ergibt sich auch aus der gesetzlichen Regelung in § 87b Abs. 3 Nr. 1 SGB V a.F., wonach bei der Bestimmung des RLV "die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen" ist. Gemäß § 87b Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V a.F. sind antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen außerhalb der RLV zu vergüten; weitere vertragsärztliche Leistungen können ebenfalls außerhalb der RLV vergütet werden. Insofern spricht bereits die gesetzeskonforme Auslegung der Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses für die von der KBV vorgenommene Interpretation, da bereits der Gesetzgeber die Leistungen bzw. Leistungsbereiche definiert, die nicht der Systematik der RLV unterliegen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind. Maßgeblich für die Berechnung des RLV-Vergütungsvolumens können aber auch nur die Leistungen sein, die dem RLV-Vergütungsvolumen unterfallen und Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind. Die Nichtberücksichtigung extrabudgetärer Leistungen, die von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, ist auch allein sachgerecht, weil ansonsten die Höhe der RLV-Vergütungsvolumina der einzelnen Versorgungsbereiche durch Leistungen beeinflusst würde, die gar nicht dem RLV-Vergütungsvolumen unterfallen (so überzeugend die Ausführungen der KBV in der von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme aus einem Parallelverfahren). 5. Die Einbeziehung von bestandsgeschützten Einrichtungen nach § 311 SGB V (sogenannte 311er-Einrichtungen) und von ermächtigten Krankenhausärzten in das RLV steht nicht im Widerspruch zu dem aus Art 12 Abs. 1 i.V.m. Art 3 Abs. 1 GG abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Danach dürfen zwei Gruppen, die sich in verschiedener Lage befinden, nur beim Vorliegen zureichender Gründe gleichbehandelt werden (vgl. grundlegend BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 29, S. 219 m.w.N.; zuletzt BSG, Urteil vom 08.02.2012 - B 6 KA 14/11 R, juris). Nach § 311 Abs. 2 Satz 2 SGB V gelten für die so genannten 311er-Einrichtungen die für MVZ geltenden Regelungen entsprechend. Soweit sich die Regelungen des Vertragsarztrechts im SGB V (4. Kapitel, 2. Abschnitt) auf Ärzte beziehen, gelten sie für MVZ entsprechend, § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V. RLV sind nach § 87b Abs. 2 SGB V für Ärzte und Arztpraxen zu bilden. Eine Ausnahme für MVZ oder für 311er-Einrichtungen gibt es nicht, so dass die Regelungen gemäß §§ 72 Abs. 1 Satz 2, 311 Abs. 2 Satz 2 SGB V auch für diese gelten. Insofern ist der pauschale Vortrag der Klägerin, die Einbeziehung der 311er-Einrichtungen in die RLV widerspreche den Vorgaben des § 87b SGB V, nicht nachvollziehbar. Die Klägerin hat auch keine plausiblen Gründe dargelegt, die gegen eine Einbeziehung der 311er-Einrichtungen in die RLV sprechen. Sofern die Klägerin vorträgt, den 311er-Einrichtungen sei vor Geltung der RLV ein deutlich niedrigeres Budget zugestanden worden, lässt sich bereits diese Aussage nicht nachvollziehen, unabhängig davon, dass es für die Frage, ob in dem hier streitbefangenen Zeitraum eine sachlich nicht gerechtfertigte Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem vorliegt, darauf auch nicht ankommt. Vielmehr galten für die 311er-Einrichtungen unter Geltung der Individualbudgets dieselben Regelungen wie für MVZ und für Berufsausübungsgemeinschaften (vgl. § 9 Abs. 10 HVV 2008; vgl. auch SG Berlin, Urteil vom 17.11.2010 - S 71 KA 321/07, juris). Einschränkungen ergeben und ergaben sich insofern lediglich aus der Regelung in § 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach diese Einrichtungen nur in dem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in dem sie am 31.12.2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Dies beschränkt zwar den Zulassungsstatus und den Tätigkeitsumfang der 311er-Einrichtungen, rechtfertigt es aber nicht, sie von der Geltung der RLV auszunehmen. Da strukturelle Unterschiede zwischen einem MVZ einerseits und einer 311er-Einrichtung andererseits nicht erkennbar sind (wie sich der Wertung des § 311 Abs. 2 Satz 2 SGB V entnehmen lässt), ist insofern auch ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht erkennbar. Auch die Einbeziehung von Ermächtigten in die RLV-Vergütung verstößt nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Ermächtigung erfolgt gemäß § 116 Satz 1 SGB V "zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung". Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte werden gemäß § 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. In Teil F Ziff. 2.1 des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 heißt es hierzu: 2.1 Ärzte und Arztgruppen Regelleistungsvolumen kommen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Ermächtigung ist auf wenige Einzelleistungen begrenzt. Ähnlich in § 5 Abs. 5 HVV (2009 und 2010): Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich ein RLV nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Ermächtigung ist auf wenige Einzelleistungen beschränkt. Diese grundsätzliche Einbeziehung der Ermächtigten in das RLV entspricht der gesetzlichen Vorgabe in § 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V und ist daher nicht zu beanstanden. Insofern würde - im Gegenteil - eine Schlechterstellung der Ermächtigten gegenüber den niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen gegen die gesetzliche Regelung in § 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V verstoßen und eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung darstellen (vgl. auch - für in Krankenhäusern erbrachte Notfalldienstleistungen - BSG, Urteil vom 17.09.2008 - B 6 KA 46/07 R, juris). Die von der Klägerin angeführten strukturellen Unterschiede zwischen niedergelassenen Ärzten und Ermächtigten (eigene Praxis - keine eigene Praxis) rechtfertigen keine andere Beurteilung. Auch ermächtigte Ärzte und Einrichtungen benötigen zur Abhaltung der Sprechstunden entsprechend ausgestattete Räume, Geräte, Personal und Sachmittel, deren Kosten das Krankenhaus gemäß § 120 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V vor Weiterleitung der Vergütung von dieser einbehält. Die Höhe des diesbezüglichen Einbehalts betrifft allein das Innenverhältnis zwischen dem Ermächtigten und dem Krankenhaus und hat auf die hier zu entscheidenden Fragen der Honorarverteilung keinen Einfluss. Besonderheiten von Ermächtigten, die nur wenige spezielle Einzelleistungen erbringen, wird durch die diesbezügliche Ausnahme hinreichend Rechnung getragen. 6. Sofern die Klägerin pauschal die Intransparenz und die Höhe der Vorwegabzüge und der Rückstellungen der Beklagten rügt, dringt sie hiermit ebenfalls nicht durch. Rechtsgrundlage für die Rückstellungen ist § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V a.F. ... Danach können 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. Nach §

87b Abs. 4 Satz 2 SGB V a.F. bestimmt der Bewertungsausschuss unter anderem Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5. Diese Grundsätze sind in Teil G der Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 und vom 02.09.2009 wie folgt geregelt: Gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss erstmalig Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V: 1. Von der Summe der für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 SGB V insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden Anteile für die Bildung von Rückstellungen verwendet: - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgungsteilnehmenden Ärzte, - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen), - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten, - für Praxisbesonderheiten gem. § 87b Abs. 3. Satz 3 SGB V und - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 2. 2. Die Partner der Gesamtverträge stellen gemeinsam bis zum 15. November 2008 neben der für die Zuweisung der Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 5 SGB V anzuwendenden Berechnungsformel nach § 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V auch die Summe der Rückstellungen nach Nr. 1 für das Jahr 2009 fest. 3. Die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unter Berücksichtigung der im Jahr 2007 für die unter Nr. 1 genannten Sachverhalte aufgewendeten Vergütung. Im Jahr 2009 erwartete Änderungen des damit verbundenen Vergütungsbedarfs sind zu beachten. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge 4. Eine Über- oder Unterdeckung wird im Folgequartal berücksichtigt. Über das Verfahren der Vorwegabzüge (für extrabudgetäre Leistungen) einigen sich die Partner der Gesamtverträge gemäß Teil F Anlage 2 Ziff. 2 lit. f des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 und des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22.09.2009 ebenfalls. Die entsprechenden Regelungen zu den Vorwegabzügen und Rückstellungen enthalten §§ 3 und 4 des HVV (2009 und 2010). Nach § 12 HVV (2009 und 2010) sind Vorwegabzüge, Rückstellungen und nicht ausgeschöpfte RLV-Gelder innerhalb der Versorgungsbereiche verrechnungsfähig; Ausnahme: Vorwegabzug für abgestaffelte Leistungen. Überschreitungen und Defizite dieser Positionen werden in das nächsterreichbare Quartal fortgeschrieben und dort bei der Berechnung der Vorwegabzüge und Rückstellungen einvernehmlich berücksichtigt. Soweit Beträge verbleiben, werden bei der Festlegung der Gesamtvergütung 2011 entsprechende Regelungen einvernehmlich getroffen. Weitere Verrechnungen finden nicht statt. Die Klägerin hat nicht ansatzweise dargelegt, warum die Bildung der Vorwegabzüge und Rückstellungen durch die Beklagte nicht im Einklang mit diesen Vorgaben erfolgt sein sollten und auch Zweifel an der Rechtmäßigkeit dieser Vorgaben sind weder ersichtlich noch vorgetragen. Die Kammer sieht sich angesichts des völlig unsubstantiierten Vortrages der Klägerin nicht veranlasst, von Amts wegen nähere Ermittlungen zur Höhe der Vorwegabzüge anzustellen. Ohne die Forderung eines Minimums an Vorbringen von rechtskundig Vertretenen ergäbe sich für die Gerichte die Verpflichtung zu "Ermittlungen ins Blaue hinein". Die Pflicht zur Sachverhaltsaufklärung von Amts wegen (§ 103 SGG) bedeutet nicht, dass die Gerichte auf bloße von einem Beteiligten geäußerte allgemeine Zweifel hin in Ermittlungen eintreten müssten; eine Überprüfung ist nur insoweit erforderlich, als substantiierte Einwände erhoben worden sind (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - B 6 KA 84/03 R, juris Rdnr. 47). Eine "unbefragte" Fehlersuche, die das eigentliche Rechtsschutzbegehren des Klägers oder Antragstellers aus dem Auge verliert, ist im Zweifel nicht sachgerecht und daher auch nicht veranlasst (BVerwG, Urteil vom 17.04.2002 - 9 CN 1/01 = BVerwGE 116, 188 ff., juris Rdnr. 43). Die Klägerin hat auch auf die entsprechende Rüge der Beklagten, dass der Vortrag unsubstantiiert sei, nicht im Ansatz dargelegt, warum die Vorwegabzüge und die Rückstellungen ihrer Ansicht nach zu hoch bemessen sein sollten. Zu berücksichtigen ist insofern auch, dass gerade in den ersten Quartalen nach Einführung der RLV wegen der erheblichen Unsicherheiten im Hinblick auf die Höhe der erforderlichen Vorwegabzüge und der Rückstellungen der Beklagten insofern eine Einschätzungsprärogative und auch die Möglichkeit einer großzügigen Schätzung zugebilligt werden muss. Dies gilt umso mehr, als nach § 12 HVV zu hoch bemessene Vorwegabzüge und Rückstellungen im nächsterreichbaren Quartal ausgeglichen werden und insofern der Gesamtvergütung wieder zugeführt werden. 7. Der Klägerin steht für das Quartal II/2009 nicht der 10%-ige Aufschlag auf das RLV für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften zu. Die Werte für die RLV nach § 87b Abs. 2 SGB V a.F. sind nach § 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V a.F. unter anderem unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen. Ziff. 7 der Anlage 2 zu Teil F des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 enthält insofern folgende Übergangsregelung: Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den Arztfällen vorgegeben. Für das 1. und 2. Quartal 2009 sind die Arztfälle des 1. bzw. 2. Quartals 2008 zu verwenden. Die Kennzeichnung der Abrechnungen unter Angabe der Arztnummer eines Arztes gemäß § 44 Abs. 6 BMV-Ä bzw. § 34 Abs. 12 EKV wurde erst zum 3. Quartal 2008 eingeführt. Zur Bemessung der Anzahl der Arztfälle für das 1. und 2. Quartal 2009 werden daher die Abrechnungen des 1. bzw. 2. Quartals 2008 wie folgt ausgewertet: a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der Arztfälle der Zahl der Behandlungsfälle. b) In fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe entspricht die Zahl der Arztfälle je Arzt der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte. c) Die Zahl der Arztfälle in fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen werden nach der Zahl der abgerechneten arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen bemessen. Für Ärzte des gleichen Fachgebiets wird die Zahl der Arztfälle je Arzt mit der Zahl der entsprechenden abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen bemessen. In dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 17.10.2008 heißt es in Teil A Ziff. 1 des Beschlusses: 1. Aufnahme eines dritten Absatzes in den Allgemeinen Bestimmungen 5.1 In arztgruppen- und schwerpunktglichen (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 10% auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen. In Teil B Ziff. 1 heißt es: 1. Teil F und Übergangsbestimmung zur Fallzählung im 1. Halbjahr 2008 - Zuschlag zu Regelleistungsvolumen in fachgruppengleichen Gemeinschaftspraxen mit Wirkung zum 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 Die Höhe des zutreffenden Regelleistungsvolumen für arztgruppen- und schwerpunktgliche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % berechnet. § 5 Abs. 4 lit. c) HVV 2009 lautet: Für die Quartale 1/2009 und 2/2009 gilt für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (einschl. § 311er-Einrichtungen) und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe, dass die Zahl der Arztfälle je Arzt der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte entspricht. Dabei wird für diejenigen Praxen, die bis zum 30.06.2008 keiner Leistungserbringerbezogenen Leistungskennzeichnung unterlagen, die Höhe des Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung eines Aufschlages von 10 % berechnet. Dies ist eine Übergangsregelung, die vom 1.1. bis 30.6.2009 befristet ist. Nach § 5 Abs. 4 lit. c) HVV 2009 hat die Beklagte der Klägerin für das Quartal II/2009 zu Recht keinen Aufschlag von 10 % auf das RLV gewährt, weil die klagende fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft erst zum 01.04.2009 gegründet wurde und als solche im Quartal II/2008 noch nicht bestand, vielmehr Herr R in Einzelpraxis und Herr Dr. H noch gar nicht niedergelassen war. Die Regelung im HVV 2009 hält sich auch im Rahmen der Ermächtigungsgrundlage in Teil B Ziff. 1 des Beschlusses vom 17.10.2008. Zwar findet sich dort der im HVV enthaltene Zusatz, dass den Zuschlag nur diejenigen fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften erhalten, die bis zum 30.06.2008 keiner leistungserbringerbezogenen Kennzeichnungspflicht unterlagen, nicht (vgl. auch SG Marburg, Urteil vom 14.4.2010 - S 11 KA 512/09, juris). Dass der Aufschlag auf das RLV aber nur speziell für diese Berufsausübungsgemeinschaften gedacht war, ergibt sich aber aus der

Systematik und dem Sinn und Zweck der Regelung. Die Regelung des in Teil B Ziff. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 17.10.2008 war ausdrücklich bis 30.06.2009 befristet, ebenso wie die Übergangsregelung in Nr. 7 der Anlage 2 Teil F des Beschlusses vom 27./28.08.2008. Letztere Regelung nimmt zudem ausdrücklich auf die bis zum 30.06.2008 nicht bestehende leistungserbringerbezogene Kennzeichnungspflicht. Ebenso die Überschrift zu Teil B Ziff. 1 des Beschlusses vom 17.10.2008. Der Zweck des Zuschlages auf das RLV ebenso wie des 10%-igen Zuschlages auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen besteht darin, den Nachteil auszugleichen, der dadurch entsteht, dass in einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft die Pauschale bei Behandlung durch mehrere Ärzte im selben Quartal nur einmal abrechenbar ist, obwohl der Behandlungsaufwand unter Umständen wegen der Behandlung durch mehrere Ärzte höher ist, als in einer Einzelpraxis (vgl. BT-Drs. 15/1525, Zu Nummer 66 -§ 87-, Zu Buchstabe d, Zu Doppelbuchstabe aa.). Insofern ist es grundsätzlich konsequent, den 10%-igen Aufschlag auf die Pauschalen nach dem EBM auch auf das RLV zu gewähren, sofern wegen der an die Behandlungsfälle (anstatt an die Arztfälle) anknüpfenden Fallzählung auch im RLV mehrfache Behandlungen eines Versicherten durch verschiedene Ärzte der fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft im RLV keine Berücksichtigung finden. Im Rahmen des RLV besteht dieser Nachteil für die Quartale I/2009 und II/2009 aber nur dann, wenn auch in den für die Fallzählung maßgeblichen Vorjahresquartalen tatsächlich eine fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft bestanden hat. Würde bei einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft, die sich erst nach dem Quartal II/2008 aus zwei vorher in Einzelpraxis tätigen Ärzten gegründet hat, bei der Fallzählung deren jeweilige (Einzel-)fallzahl des Vorjahresquartals zu Grunde gelegt, würden diese durch die Gewährung des Zuschlages gegenüber den bereits bestehenden fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften, bei denen die Fallzählung allein anhand der Behandlungsfälle erfolgt, ungerechtfertigt bevorzugt. Den Nachteil, dass im Rahmen der Fallzählung Behandlungsfälle anstatt Arztfälle gezählt werden, den der 10%-ige Zuschlag ausgleichen soll, haben die im Vorjahresquartal in einer Einzelpraxis tätig gewesenen Ärzte, bei denen (wie hier bei Herrn R) allein die Arztfälle gezählt wurden, gerade nicht. Insofern spricht auch der Umstand, dass der Zuschlag zu den Pauschalen nach dem EBM ohne Einschränkung gewährt wird, nicht für die Gewährung des Zuschlages im Rahmen des RLV (a.A. SG Marburg, Urteil vom 14.4.2010 - S 11 KA 512/09, juris), weil der Nachteil, der durch diesen Zuschlag ausgeglichen wird (Maßgeblichkeit von Behandlungs- anstatt von Arztfällen bei der Abrechenbarkeit der Grundpauschalen) in dem für die RLV-Berechnung maßgeblichen Vorjahresquartal bei neu gegründeten Berufsausübungsgemeinschaft von zuvor in Einzelpraxis tätigen Ärzten nicht bestand. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-10-08