

L 4 KA 12/17

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 16 KA 1083/13
Datum
20.07.2016
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 12/17
Datum
04.06.2019
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts

**Kiel vom 20. Juli 2016 und die Mitteilung über das RLV sowie die
Honorarabrechnung betreffend das Quartal III/2009 in der Fassung
des Widerspruchsbescheides vom 6. April 2011 aufgehoben.**

**Die Beklagte wird verpflichtet, die Klägerin unter Beachtung der
Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.**

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

Die Revision wird zugelassen.

**Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 51.602,04 EUR
festgesetzt.**

T a t b e s t a n d

Die Klägerin begehrt eine höhere Honorierung für das Quartal III/2009. Die entsprechenden abgetrennten Verfahren für die Quartale I und II /2009 und IV/2009 bis II/2010 sind ruhend gestellt.

Die Klägerin ist eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) in Elmshorn. Sie besteht aus Fachärzten für Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin. Im Einzelnen waren für die Klägerin im gesamten streitigen Zeitraum folgende Ärzte tätig:

Name	Facharztbezeichnung	Stellung in der Praxis
Dr. F _____	Facharzt für diagnostische Radiologie mit Genehmigung zur Durchführung von CT- und MRT-Leistungen	Gesellschafter
Dr. R _____	Facharzt für diagnostische Radiologie mit Genehmigung zur Durchführung von CT-Leistungen	Gesellschafter
Dr. W _____	Facharzt für diagnostische Radiologie mit Genehmigung zur Durchführung von CT-Leistungen	Gesellschafter I und II/2009 Jobsharing mit Dr. V _____ III und IV/2009 Jobsharing mit Dr. M _____
Dr. Rs _____	Facharzt für Radiologie mit Genehmigung zur Durchführung von CT-Leistungen (ab 14. März 2009)	Gesellschafter bis IV/2009 I und II/2009 Jobsharing mit Dr. Ra _____ bis II/2009 Einzelpraxis ab III/09 Gesellschafter Wachstumsarzt mit überdurchschnittlicher Fallzahl
Dr. Rj _____	Facharzt für Nuklearmedizin	bis II/2009 Gesellschafter III und IV/2009 angestellt, Jobsharing mit Dr. W _____ I und II/2009 angestellt, Jobsharing mit Dr. Rs _____.
Dr. M _____	Facharzt für diagnostische Radiologie mit Genehmigung zur Durchführung von CT- und MRT-Leistungen	ab III/2009 Gesellschafter, Nachfolger von Dr. M _____ Wachstumsarzt mit überdurchschnittlicher Fallzahl
Dr. Ra _____	Facharzt für diagnostische Radiologie mit Genehmigung zur Durchführung von CT- und MRT-Leistungen	Angestellte, ab 1. Feb. 2009 und II/2009, Jobsharing mit Dr. W _____
Dr. V _____	Fachärztin für diagnostische Radiologie mit Genehmigung zur Durchführung von CT- und MRT-Leistungen	Gesellschafter ab I/2010, Nachfolger von Dr. Rs _____. Wachstumsarzt
Dr. Wa _____	Facharzt für diagnostische Radiologie mit Genehmigung zur Durchführung von CT- und MRT-Leistungen	

Im Quartal III/2008 waren im Zuständigkeitsbereich der Beklagten 15 Radiologen mit einer Abrechnungsgenehmigung für CT, 54 Radiologen mit der Genehmigung für CT und MRT und 21 Nuklearmediziner niedergelassen. Im Quartal III/2009 waren es 14 Radiologen mit CT-Genehmigung, 56 Radiologen mit der Genehmigung für CT und MRT und 18 Nuklearmediziner. Diese Zahlen basieren auf einer Berücksichtigung der Ärzte nach Köpfen ohne Einbeziehung von Jobsharern. Im Quartal III/2008 war zusätzlich zu den 15 Radiologen mit CT-Genehmigung noch ein Jobsharer zugelassen, dem im Quartal III/2009 ein eigenes Regelleistungsvolumen (RLV) zugeteilt wurde. Unter den 21 Nuklearmediziner hatten 2 Ärzte jeweils eine halbe Stelle. Ein Arzt war nur 2/3 des Quartals beschäftigt.

Mit Bescheiden vom 29. Juni 2009 und 26. August 2009 und Korrekturbescheid vom 23. September 2009 teilte die Beklagte der Klägerin ihr RLV für das Quartal III/2009 in Höhe von 350.612,04 € mit. Dabei erhielten Dr. Ra _____ und Dr. F _____ jeweils ein RLV auf der Grundlage ihrer Fallzahlen des Vorjahresquartals und des durchschnittlichen Fallwerts zugewiesen. Für Dr. R _____, Dr. W _____, Dr. Rs _____ und Dr. Rj _____, die die Beklagte jeweils einer kleinen Arztgruppe zuordnete, gewährte sie Individualbudgets unter Zugrundelegung der jeweiligen Fallzahlen des Vorjahresquartals und der individuellen Fallwerte des Vorjahresquartals in Höhe von 31,24 € (Dr. R _____), 124,40 € (Dr. W _____), 33,70 € (Dr. Rs _____) und 58,95 € (Dr. Rj _____). Die so ermittelten Individualbudgets korrigierte die Beklagte durch einen Anpassungsfaktor entsprechend des RLV-Vergütungsvolumens der jeweiligen Arztgruppe. Für die Gruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT betrug der Anpassungsfaktor 0,954356, für die Gruppe der Nuklearmediziner lag er bei 0,782873. Danach betrug das Individualbudget von Dr. R _____ 14.227,28 €, das von Dr. W _____ 93.244,17 €, das von Dr. Rs _____ 20.503,15 € und das von Dr. Rj _____ 36.043,43 €. Der durchschnittliche Fallwert der Facharztgruppe für diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT betrug in diesem Quartal 61,66 € und der Fallwert der Arztgruppe der Fachärzte für Nuklearmedizin 80,97 €.

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 27. August 2009 und 4. Juni 2010 Widerspruch ein.

Die Honorarabrechnung für das Quartal III/2009 erfolgte mit Bescheid vom 4. Februar 2010 und gewährte der Klägerin ein Honorar in Höhe von 500.321,22 €. Darin enthalten war ein Konvergenzzuschlag in Höhe von 8.647,08 € wegen eines berechneten prozentualen Honorarverlustes von 10,96 % im Vergleich zum Basisquartal. Die jeweiligen Honoraranteile von Dr. Ra _____ und Dr. Rj _____ wurden in die Konvergenzberechnung mit einbezogen. Als konvergenzrelevantes Honorar des Basisquartals setzte die Beklagte bei Dr. Ra _____, der 2008 noch nicht als niedergelassener Arzt tätig war, das Honorar von Dr. M _____ an, dessen Nachfolger Dr. Ra _____ war. Das konvergenzrelevante Honorar von Dr. M _____ betrug im Quartal III/2008 228.857,29 €, das von Dr. Ra _____ im Abrechnungsquartal 109.578,99 €. Bei Dr. Rj _____ setzte die Beklagte das Honorar aus seiner Einzelpraxis im Basisquartal an. Dieses betrug nach dem damaligen Stand der von Dr. Rj _____ mit Widerspruch angegriffenen Honorarabrechnung für das Quartal III/2008 46.850,12 € bei 781 Fällen. Im Abrechnungsquartal erzielte er ein Honorar von 55.036,23 € bei 542,5 zugrunde gelegten Fällen. Die Gesamthonorarsumme beinhaltete eine Kürzung aufgrund einer Überschreitung der Jobsharing-Obergrenze in Höhe von 8.478,29 €. Diese Kürzung nahm die Beklagte erst nach der Berechnung des Konvergenzzuschlages vor. Die Forderung der Klägerin in Höhe von 536.754,51 € bezogen auf die RLV-relevanten Leistungen überstieg das gewährte Honorar für die RLV-relevanten Leistungen um 163.278,69 € (restliche Forderung

oberhalb des RLV 186.135,58 € abzüglich abgestaffelte Vergütung in Höhe von 12,28 % = 22.856,89 €). Eine Nachberechnung führte die Beklagte mit Bescheid vom 30. März 2011 durch und belastete das Honorarkonto der Klägerin um 93,04 €.

Mit Schreiben vom 11. Februar 2010 legte die Klägerin Widerspruch gegen die Honorarabrechnung für das Quartal III/2009 ein, den sie auch auf die RLV-Mitteilung bezog. Zur Begründung trug sie vor, es sei rechtswidrig, innerhalb der Fachgruppe der Radiologen eine Differenzierung der RLV-Fallwerte vorzunehmen. Insbesondere sei es sachwidrig, eine arztbezogene Differenzierung nach den jeweiligen Genehmigungen vorzunehmen. Aus dem Bezugszeitraum für die Bildung der RLV existierten für die Quartale I/2007 bis II/2008 keine Daten, die eine Trennung des Vergütungsvolumens in die gebildeten Untergruppen für Radiologen zuließen. Außerdem sei davon auszugehen, dass ein Arzt in einer BAG, in der sowohl CT- als auch MRT-Leistungen angeboten würden, die entsprechenden Leistungen vorhalte, auch wenn er selbst nicht über die Genehmigung zur Erbringung dieser Leistungen verfüge. Eine Benachteiligung ergebe sich durch diese Differenzierung auch für die Jobsharing-Ärzte. So hätte zum Beispiel für Dr. Rs_____ aufgrund des Jobsharings mit Dr. Ra_____ insgesamt der RLV-Fallwert der Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT berücksichtigt werden müssen, da Dr. Ra_____ über die entsprechende Genehmigung verfügt habe. Ebenso sei die Bildung von Individualbudgets rechtswidrig. Die Budgets von Dr. Rj_____ und Dr. W_____ hätten unterhalb des jeweiligen Fachgruppenschnitts gelegen, was gegen die Regelung in § 87 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) verstoße, wonach RLV zwingend als arztgruppenspezifische Grenzwerte auszugestalten seien. Auch nach den Vorgaben des erweiterten Bewertungsausschusses (eBewA) ergebe sich keine Ermächtigung für eine ersatzweise Bildung von RLV anhand von arztindividuellen Grenzwerten. Für die Ärzte mit unterdurchschnittlichen Bemessungsgrenzen fehle es an einer effektiven Wachstumsmöglichkeit, die jedoch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) fordere. Erst ab dem Quartal III/2010 seien für Wachstumsärzte Erleichterungen für das Erreichen der Durchschnittswerte vereinbart worden. Schließlich sei es rechtswidrig, die Honorarzuwächse von Dr. Rj_____ im Rahmen der Konvergenzberechnung mit einzubeziehen. Dr. Rj_____ habe im Bezugszeitraum 2008 noch eine Einzelpraxis geführt. Die Konvergenzbetrachtung könne sich immer nur auf solche Einheiten beziehen, die auch bereits 2008 bestanden hätten. Eine Saldierung der Konvergenzberechnungen im Fall der Fusion zweier Praxen hätte im Honorarverteilungsvertrag ausdrücklich geregelt werden müssen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 6. April 2011 wies die Beklagte die Widersprüche der Klägerin als unbegründet zurück. Zu beachten sei, dass im Zeitraum I/2009 bis IV/2009 jeweils zwei Obergrenzen griffen. Zum einen gebe es auf gesetzlichen Vorgaben beruhende Obergrenzen für das Jobsharing, zum anderen griffen für den zur Entscheidung stehenden Zeitraum RLV. Hinsichtlich der Jobsharing-Obergrenzen sei sie, die Beklagte, an die entsprechenden Beschlüsse des Zulassungsausschusses gebunden. Hinsichtlich der Aufnahme von Frau V_____ und Dr. Ra_____ sei es richtig gewesen, dass sich das RLV hierdurch nicht geändert habe. Durch die zusätzliche Aufnahme eines oder mehrerer Jobsharing-Partner ändere sich am Leistungsumfang der Vertragspraxis nichts, sodass das zugeordnete RLV unverändert bestehen bleibe. Dementsprechend seien im 1. und 2. Quartal 2009 im Hinblick auf den Jobsharing-Partner keiner Jobsharing-Praxis RLV zugebilligt worden. Ab dem Quartal III/2009 habe sich der Vorstand im Wege eines Grundsatzbeschlusses dafür entschieden, dass auch Jobsharing-Partner ein individuelles RLV erhielten. Dies setze jedoch voraus, dass diese im entsprechenden Vorjahresquartal bereits als Jobsharer tätig gewesen seien und ihnen aufgrund der LANR eine RLV-Fallzahl zugeordnet werden könne. Jobsharer, die im Vorjahresquartal noch nicht tätig gewesen seien, erhielten kein RLV. Wachstumsmöglichkeiten seien für Jobsharer nicht vorgesehen.

Hiergegen hat die Klägerin am 2. Mai 2011 Klage erhoben, zu deren Begründung sie hinsichtlich des hier streitigen Quartals geltend gemacht hat, die Beklagte habe ihr trotz effektiver Fallzahlsteigerungen im Vergleich zum Vorjahresquartal unterdurchschnittliche RLV zugewiesen.

Außerdem hätten die Honorarzuwächse von Dr. Rj_____ und Dr. Ra_____ im Rahmen der Konvergenzberechnung nicht mit einbezogen werden dürfen. Für die Einbeziehung der Einzelpraxis von Dr. Rj_____ fehle es dafür an einer Rechtsgrundlage. Die Konvergenzbetrachtung könne sich nur auf solche Einheiten beziehen, die auch bereits 2008 bestanden hätten. Im Übrigen hätten sich sowohl Dr. Rj_____ als auch Dr. Ra_____ im Jahr 2009 noch in der Wachstumsphase befunden. Auch dies schließe die Einbeziehung ihrer Honoraranteile in die Konvergenzbetrachtung aus.

Des Weiteren wandte sich die Klägerin gegen die Bewertungsrelationen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Durch die Festlegung des Orientierungswertes ab dem 1. Januar 2009 auf 3,5001 € habe sich die Bewertungsrelation zwischen Kostenanteil und ärztlichem Lohn besonders hinsichtlich derjenigen Leistung verzerrt, in denen die technische Leistung die ärztliche Leistung weit überwiege. Gerade die Radiologen hätten besonders hohe Kosten für ihre einzusetzende Technik. Im Jahr 2005 sei für eine MRT-Untersuchung nach den GOP 34410 bis 34451 EBM kalkulatorisch von einem ärztlichen Leistungsanteil von 15,58 € und einem Kostenanteil von 159,79 € auszugehen. Im Jahr 2009 habe sich für eine MRT-Untersuchung lediglich noch eine Vergütung in Höhe von 120,05 € (120,21 € ab I/2010) ergeben. Mit diesem Betrag sei nicht einmal der Kostenanteil der Untersuchung auszugleichen. Von der Festsetzung des Orientierungswertes auf Werte unterhalb des Kalkulationspunktwertes seien ab 2009 auch andere Leistungsbereiche mit hohen Kostenanteilen, wie zum Beispiel für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen, betroffen gewesen. Für jene Leistungen habe der Bewertungsausschuss die Bewertungsrelationen angepasst, um eine dauerhafte Leistungserbringung zu gewährleisten. Für die schnittbildradiologischen Leistungen seien entsprechende Anpassungen hingegen nicht erfolgt. Diese Ungleichbehandlung sei nicht gerechtfertigt. Schnittbildradiologische Leistungen seien ab dem Quartal I/2009 nicht mehr kostendeckend zu erbringen gewesen. Die berufliche Existenz der Gruppe der Radiologen und der Sicherstellungsauftrag seien dadurch gefährdet.

Die Konstellation einer Vergütung von Einzelleistungen im Rahmen des EBM und der Vorgabe eines fallzahlabhängigen RLV im Rahmen der

Honorarverteilung sei in sich widersprüchlich. So lägen die RLV-Fallwerte der Radiologen mit Vorhaltung von CT bzw. CT und MRT zwar erheblich über der Konsiliarpauschale, die bei dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig sei. Die Behandlungskosten der am häufigsten durchgeführten Leistungen, insbesondere im Bereich der MRT-Untersuchungen, lägen jedoch weit über den von der Beklagten ermittelten Fallwerten. Dementsprechend verstoße die Einbeziehung von hoch bewerteten Einzelleistungen und Zusatzpauschalen in ein fallzahlabhängig gebildetes RLV gegen die gesetzlichen Vorgaben in § 87 Absatz 2c SGB V. Die Überschreitung der RLV-Fallwerte bereits durch eine Einzelleistung führe dazu, dass weitere Einzelleistungen und Zusatzpauschalen nur noch mit den abgestaffelten Punktwerten der das RLV überschreitenden Mehrleistungen vergütet würden. Aufgrund dieser Systematik würden Anreize gesetzt, möglichst wenige Leistungen über die Grundpauschale hinaus je Behandlungsfall zu erbringen. Dies sei mit den gesetzlichen Vorgaben unvereinbar. Die Konstruktion der arzt- und praxisbezogenen RLV habe gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V eine übermäßige Ausdehnung der Praxistätigkeit verhindern sollen. Jede Leistung, die den RLV-Fallwert überschreite, werde dabei lediglich abgestaffelt vergütet und stelle nach der Berechnungssystematik bereits eine übermäßige Ausdehnung der Praxistätigkeit dar. Wenn jedoch im Rahmen der Bewertung des EBM selbst Einzelleistungen oder Zusatzpauschalen bereits höher bewertet seien als die RLV-Fallwerte einer Fachgruppe, könne darin tatsächlich keine übermäßige Ausdehnung der Praxistätigkeit gesehen werden. Vielmehr überschreite jeder Radiologe, der über die Grundpauschale hinaus schnittbildradiologische Leistungen erbringe, zwangsläufig sein RLV. Dies widerspreche offensichtlich dem Wortlaut, dem Sinn und Zweck der Regelungen. Dasselbe gelte jeweils auch für CT-Untersuchungen.

Zudem sei es rechtswidrig, eine Differenzierung hinsichtlich der RLV-Fallwerte innerhalb der Fachgruppe der Radiologen vorzunehmen. Nach den Vorgaben des BewA seien die radiologischen Fachärzte in Untergruppen je nach Vorhaltung von CT bzw. CT und MRT unterteilt. Die Beklagte habe bei der Zuordnung der Fachärzte das Wort „Vorhaltung“ mit dem Begriff der Genehmigung gleichgesetzt. Der Begriff der Vorhaltung müsse jedoch praxis- und nicht arztbezogen verstanden werden. In ihrer Praxis, der der Klägerin, würden für alle Patienten MRT-Leistungen angeboten, unabhängig davon, welcher Arzt über eine Genehmigung zur Durchführung von MRT-Leistungen verfüge. Insofern hielten auch alle Ärzte entsprechende Leistungen vor.

In den Fällen des Jobsharing sei es fehlerhaft, für beide Jobsharing-Partner lediglich den geringeren Fallwert des Senior-Partners zu Grunde zu legen. Es sei von der Beklagten nicht berücksichtigt worden, dass Dr. Ra_____, der mit Dr. Rs_____ im Rahmen des Jobsharing tätig gewesen sei, auch MRT-Leistungen habe erbringen dürfen. Für Dr. Ra_____ sei kein eigenes RLV gebildet und für Dr. Rs_____ lediglich der niedrigere Fallwert angesetzt worden.

Zu Lasten von Dr. M_____ sei kein eigenes RLV zuerkannt worden. Zwar habe Dr. M_____ in den entsprechenden Vorjahresquartalen nicht am Jobsharing teilgenommen. Er sei jedoch bis zum Quartal II/2009 als Facharzt tätig gewesen und habe eine eigene LANR sowie RLV-relevante Fallzahlen zugeordnet bekommen.

Die individuellen Fallwerte von Dr. R____, Dr. W_____, Dr. Rs_____ und Dr. Rj_____ seien teilweise erheblich vom durchschnittlichen Fallwert der entsprechenden Facharztgruppe in den jeweiligen Quartalen abgewichen. Hierfür fehle es an einer Rechtsgrundlage. Die 1. Ergänzungsvereinbarung zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie Ersatzkassen vom 12. Februar 2009, die eine Sonderregelung für kleine Arztgruppen vorsehe, sei bereits mangels Veröffentlichung formell rechtswidrig. Zudem verstoße diese Regelung gegen höherrangiges Recht, da keine Ermächtigungsgrundlage zum Erlass einer solchen Regelung bestehe. Der eBewA habe keinerlei Vorgaben gemacht, die die Beklagte berechtigen könnten, ein Individualbudget zuzuweisen. Im Übrigen gebe § 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V eine arztgruppenspezifische Bewertung der RLV vor.

Auch die Kürzung im Bereich des Jobsharings sei rechtswidrig. Die Beklagte sei von den durch den Beschluss des Zulassungsausschusses festgelegten Obergrenzen abgewichen. Zudem stehe die Jobsharing-Kürzung im Widerspruch zur Konvergenzregelung. Es sei unsinnig, wenn das Honorar zunächst um den Konvergenzzuschuss erhöht, sodann jedoch durch die Jobsharing-Kürzung wieder verringert werde. Beide Regelungssysteme stützten sich auf den jeweiligen Vergleich zum Vorjahresquartal.

Die Klägerin hat beantragt,

die Mitteilungen über das RLV/die Obergrenzen und den Honorarbescheid jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. April 2011 betreffend das Quartal III/2009 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat zur Begründung vorgetragen, dass die Vorgaben des BewA für die Ermittlung der RLV ab dem Quartal I/2009 rechtmäßig gewesen seien. Dies habe auch das BSG in seiner Entscheidung vom 12. Dezember 2012 (B 6 KA 4/13 R) mittlerweile festgestellt. Auch sei es nach dieser Entscheidung nicht erforderlich, dass die wesentlichen Leistungen des Fachgebietes rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien. Dass sie hinsichtlich der Differenzierung der Facharztgruppen innerhalb der Radiologen den Begriff der Vorhaltung von MRT oder CT arztbezogen danach ausgelegt habe, ob der einzelne Arzt die entsprechenden Geräte aufgrund einer Genehmigung auch einsetzen dürfe, sei selbstverständlich. Dass ein Vertragsarzt mit umfangreicherem Leistungsspektrum beim Fallwert bevorzugt werde, sei gewollt.

Der arztindividuelle Fallwert sei so berechnet worden, dass jede von der BAG abgerechnete EBM-Ziffer anteilig den Ärzten zugeordnet worden sei, die diese nach der Genehmigungslage auch hätten erbringen dürfen. Insofern spiegele der arztindividuelle Fallwert den Honoraranteil im RLV-Bereich wider, den der betroffene Arzt mit Leistungen habe erzielen können, die seinem Leistungsspektrum entsprochen hätten. Über den Anpassungsfaktor sei die Summe der individuellen Budgets einer Arztgruppe an das jeweils zur Verfügung stehende RLV-Vergütungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe angepasst worden. Ab dem Quartal III/2009 seien die RLV-Fälle, die einem Arzt eindeutig zuordbar gewesen seien, diesem Arzt zugeordnet worden. Die Fälle, die mehreren Praxispartnern hätten zugeordnet werden müssen, seien entsprechend der Häufigkeit der von den Praxispartnern abgerechneten Versichertenpauschalen zugeordnet worden.

Auch sei es zulässig gewesen, die Sonderregelung für kleine Arztgruppen zur Anwendung zu bringen. Anlage 1 zu Teil F des Beschlusses des BewA zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung erlaube unter Punkt 2. Modifikationen von relevanten Arztgruppen durch die Partner der Gesamtverträge. Dies stelle eine Rechtsgrundlage für die abweichende Bildung von RLV in besonderen Fällen dar. Die 1. Ergänzungsvereinbarung zum HVV sei im Nordlicht Aktuell 01/02/2009, Seite 21 veröffentlicht worden. Dort sei darauf verwiesen worden, dass sich eine Ergänzungsvereinbarung im Unterschriftenverfahren befinde. Dieser Hinweis reiche für eine wirksame Veröffentlichung aus. Die Wirksamkeit der Vereinbarung hänge allein von der Einigkeit der Vertragsparteien ab. Die Unterschriften dienten lediglich Beweis Zwecken.

Da die Konvergenzregelung vom BSG als rechtswidrig angesehen worden sei, könne die Klägerin hieraus für sich keine Rechte mehr herleiten. Auch habe es sich als ungünstig erwiesen, Wachstumsärzte einer BAG strikt auszuklammern. Sonst hätte eine BAG mit Honorarzuwachs gegenüber 2008 dennoch einen Konvergenzzuschlag erhalten können. Daher sei dies mit der Version des HVV ab II/2009 und in Einzelfällen rückwirkend für I/2009 abgestellt worden.

Das Sozialgericht hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband der Krankenkassen (Beigeladene zu 1) und 2)) zum Verfahren beigeladen und ihnen zur Klärung der aufgeworfenen rechtlichen Problematik Fragen gestellt. In diesem Zusammenhang hat die Beigeladene zu 1) ausgeführt, dass die Unterteilung der Fachgruppe der Radiologen in Untergruppen daraus resultiere, dass das Vorhalten eines CT oder MRT sachlogisch die Kosten für den Vertragsarzt erhöhe. Der Begriff „Vorhalten“ von MRT und CT sei so verstanden worden, dass der jeweilige Vertragsarzt unmittelbar Zugriff auf ein entsprechendes Gerät haben und über die entsprechende Genehmigung verfügen müsse, dieses in der vertragsärztlichen Versorgung einzusetzen. Mit Ausnahme der MRT-Angiographie habe sich bei den schnittbildradiologischen Leistungen kein Anpassungsbedarf bei der Einführung des Orientierungswertes ergeben. Dabei sei zu berücksichtigen, dass vor der Einführung des Orientierungswertes der tatsächliche Auszahlungspunkt nicht in Höhe von 5,1129 Cent, sondern regelmäßig wesentlich niedriger gelegen habe. Anpassungen seien nach der gesetzlichen Konzeption daher nur im Hinblick auf die GOP erforderlich, bei denen der Auszahlungspunkt in der Vergangenheit erheblich über oder unter dem Orientierungswert gelegen habe oder andere medizinischen bzw. versorgungspolitischen Erwägungen dies erforderlich gemacht hätten. Der von der Klägerin erwähnte Kalkulationspunktwert in Höhe von 5,1120 Cent habe lediglich der Bestimmung der Punktzahlen im EBM gedient und keine Auswirkungen auf den Punktwert, mit dem die Leistungen der Vertragsärzte tatsächlich vergütet worden seien. Anhaltspunkte dafür, dass die Arztgruppe, der die Klägerin angehöre, in ihrer beruflichen Existenz gefährdet sei, lägen nicht vor. Nur dies könne nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 11. März 2009 - B 6 KA 31/08 B) einen Anspruch auf eine höhere Vergütung begründen.

Diesen Ausführungen hat sich der Beigeladene zu 2) angeschlossen.

Hinsichtlich des Honorars von Dr. Rj _____ für den Zeitraum der Quartale II/2007 bis IV/2008 schlossen Dr. Rj _____ und die Beklagte im Juni 2013 einen Vergleich. Die Beklagte gewährte ihm eine Nachvergütung in Höhe von insgesamt 191.311,81 €. Ein Betrag in Höhe von 41.651,68 € entfiel davon auf das Quartal III/2008. Als Grundlage für die Vergleichsberechnung benannte die Beklagte eine „Vergütung auf der Grundlage von RLV“ in Abgrenzung zu der alternativ angedachten Einigung, Dr. Rj _____ eine iGV-Obergrenze zuzugestehen, die auch die Erbringung der MRT-Leistungen berücksichtigen würde.

Hinsichtlich der Jobsharing-Kürzung hat die Beklagte ein Teilerkenntnis über eine Nachvergütung in Höhe von 4.745,65 € abgegeben, das die Klägerin angenommen hat. Die Beklagte hat diesbezüglich eingeräumt, dass jeweils andere Jobsharing-Obergrenzen festgesetzt worden seien als im Beschluss des Zulassungsausschusses zugrunde gelegt.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht hat die Klägerin für den Fall, dass die Kammer die Einbeziehung der

Leistungsanteile von Dr. Rj _____, in die Konvergenzberechnung als nicht rechtmäßig erachte, beantragt, die nachträglich für die jeweiligen Quartale des Jahres 2008 geflossene Nachvergütung noch bei der Konvergenzberechnung zu berücksichtigen.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 20. Juli 2016 abgewiesen. Es hat in Höhe des Teilerkenntnisses eine Kostenquotelung vorgenommen und der Beklagten die Kostentragung zu 8,64 % auferlegt. Zur Begründung hat es auf die angefochtenen Bescheide und Ausführungen der Beklagten sowie auf die zwischenzeitlich ergangene Rechtsprechung des BSG, insbesondere das Urteil vom 11. Dezember 2013 (B 6 KA 4/13 R) und auf die Ausführungen der Beigeladenen zu 1) verwiesen.

Gegen das der Klägerin am 21. Dezember 2016 zugestellte Urteil hat diese am 23. Januar 2017, einem Montag, Berufung eingelegt und sich zur Begründung auf ihre Ausführungen in der Klagebegründung berufen. Ergänzend führt sie aus, es sei hinsichtlich der Verfügbarkeit von Großgeräten auf die Praxis und nicht auf den einzelnen Arzt abzustellen, da eine BAG als eine einzige Rechtspersönlichkeit anzusehen sei und die RLV nicht arzt-, sondern praxisbezogen zuzuweisen seien. Daher seien alle ihre Mitglieder als Fachärzte anzusehen, die ein MRT und CT vorhielten. Insgesamt sei ihr, der Klägerin, ein einheitlicher Fallwert zuzuordnen. Nach der Rechtsprechung des BSG ergebe sich zudem, dass die Vertragspartner auf Landesebene nicht von der Einteilung der Arztgruppen abweichen und wie vorliegend etwa für bestimmte kleine Arztgruppen Individualbudgets ausweisen dürften. Daran ändere auch die Berechtigung der Partner der Gesamtverträge durch Teil F, Anlage 1 Nr. 2 des Beschlusses des eBewA nichts, wonach Modifikationen von relevanten Arztgruppen vereinbart werden dürften. Im vorliegenden Fall sei die Facharztgruppe der Radiologen bereits sehr differenziert in vier Untergruppen je nach Vorhalten der technischen Geräte unterteilt. Eine Modifikation könne nicht darin bestehen, für eine der genannten Untergruppen Individualbudgets einzuführen. Der eBewA habe offenbar jede der vier Arztgruppen als für das RLV relevant angesehen. Soweit der erkennende Senat in seiner Entscheidung vom 20. Oktober 2015 (L 4 KA 2/13) die Regelung für kleine Arztgruppen für rechtmäßig angesehen habe, habe er jedoch auch ausgeführt, dass die Maßnahme zugunsten des dortigen Klägers erfolgt sei. Da sich vorliegend das Individualbudget zu ihren Lasten auswirke, sei aus der genannten Entscheidung nichts abzuleiten.

Dass die Berechnungsgrundlagen, auf denen die EBM-Vergütung beruhe, auf falschen Annahmen und Daten beruht hätten und nicht auf empirischen Erhebungen basierten, ergebe sich aus der Expertise „Plausibilität der Kalkulation des EBM“ von der IGES Institut GmbH. Zudem sei die Menge der Schnittbildleistungen erheblich angestiegen und die Zahl der einzelnen Bilder habe sich vervielfacht. Der Kostenanteil liege bei den einzelnen GOP der schnittbildradiologischen Leistungen bei 80 bis 90 %. Diese Kosten könnten als fixe Kosten nicht gesenkt werden. Im Übrigen könne ihre Fachgruppe aufgrund der Auftragsgebundenheit der Leistungen keinen unmittelbaren Einfluss auf Mengenausweitungen nehmen. Der Gefahr einer Leistungsausweitung durch die Berücksichtigung des höheren Fallwertes des Jobsharing-Partners werde durch die quartalsbezogenen Obergrenzen begegnet.

Den Antrag auf Einbeziehung der nachträglich für 2008 gewährten Leistungsanteile von Dr. Rj _____, in die Konvergenzberechnung lehnte die Beklagte mit Bescheid des HVM-Teams vom 22. Januar 2018 ab. Zur Begründung führte sie aus, dass der Vergleich von 2013 auf einer vereinbarten und teilweise gemittelten Regelung basiere. Die Datenlage des Vergleichs beruhe auf nicht ganz konkreten Parametern, sondern sei vor dem Hintergrund „iGV sind keine RLV“ zustande gekommen. Bei anderen Nachvergütungen beruhten die Nachvergütungsbeträge auf tatsächlichen Berechnungen und könnten somit auch nachvollziehbar bei der Konvergenzberechnung berücksichtigt werden. Schließlich sei die Konvergenzregelung seitens des Sozialgerichts als nicht rechtmäßig erachtet worden.

Hiergegen erhob die Klägerin am 1. Februar 2018 vorsorglich Widerspruch. Zur Begründung führt sie im Berufungsverfahren hierzu aus, der Vergleich aus dem Juni 2013 über die Nachvergütung von Dr. Rj _____, habe sich alleine auf solche Leistungen bezogen, die RLV-relevant seien. Gegenstand der Betrachtung sei die Frage gewesen, welche Leistungen unter einem angenommenen RLV-System im Quartal III/2008 im Honorar des Arztes zu berücksichtigen gewesen wären. Im Übrigen stellten sich die Erwägungen der Beklagten zu dieser Frage als nicht ermessensgerecht dar. Zum einen sei es nicht richtig, dass die Gerichte die Konvergenzzuschläge als nicht rechtmäßig erachtet hätten. Diese Rechtsprechung habe sich nur auf Konvergenzabschläge bezogen. Zudem habe zwischen den Beteiligten bei dem Vergleichsschluss über die Honorierung in den Jahren 2007 und 2008 Einigkeit bestanden, dass das ursprünglich gewährte Honorar zu gering bemessen gewesen sei und zugunsten von Dr. Rj _____, im Jahr 2008 ein RLV hätte gebildet werden müssen. Umstritten sei allein gewesen, in welcher Höhe eine Nachvergütung im Falle der rückwirkenden Einführung von RLV rechnerisch ausgefallen wäre. Mit dem geschlossenen Vergleich hätten sich die Beteiligten auf einen Mittelwert zwischen zwei Berechnungsmethoden verständigt. Schließlich hätte die Beklagte im Rahmen ihrer Ermessensausübung erwägen müssen, das Honorar von Dr. Rj _____, gänzlich bei der Konvergenzberechnung unberücksichtigt zu lassen. Unklar bleibe im Übrigen, wie sich die Nachvergütungen im Vergleichswege für die Jahre 2007 und 2008 von Dr. Rj _____, aber auch zahlreicher weiterer Radiologen und Nuklearmediziner auf die Bildung der RLV für die betreffenden Fachgruppen auswirke.

Die Klägerin hat beantragt, Beweis durch Einholung eines mathematischen Gutachtens zu erheben über die Frage, ob die Berechnung der relativen Streuung der Arztgruppen der Diagnostischen Radiologen, der Radiologen mit CT-Berechtigung und der Nuklearmediziner mathematisch richtig ermittelt worden ist. Im Übrigen sei es fehlerhaft, bei der Berechnung der Streubreite Jobsharer mit einem eigenen RLV innerhalb der Zahl der abrechnenden Ärzte zu berücksichtigen. Der Jobsharing-Partner sei untrennbar mit dem RLV des Seniorpartners verbunden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 20. Juli 2016 aufzuheben und die Mitteilungen über das RLV sowie die Honorarabrechnung betreffend

das Quartal III/2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom

6. April 2011 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, sie unter

Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufungen zurückzuweisen.

Sie hält die Auffassung des Sozialgerichts Kiel für richtig. Dass das RLV in einer BAG praxisbezogen zugewiesen werde, ändere nichts daran, dass zunächst für jeden einzelnen Arzt ein RLV zu ermitteln und anschließend zu addieren sei. Dass ein Großgerät in einer Praxis verfügbar sei, komme zwar theoretisch allen Patienten der Praxis zugute, wirke sich jedoch rein praktisch nur in dem Umfang aus, in dem Leistungen dadurch auch erbracht werden könnten. Eine Aufteilung des Arztsitzes im Wege des Jobsharings trage vor allem dem Interesse des Senior-Partners Rechnung, seine Arbeitszeit zu reduzieren. Zugleich dürfe diese Entscheidung nicht der Ausdehnung der Praxistätigkeit dienen. Die Unterwerfung unter eine Obergrenze, die die Ausdehnung der Praxistätigkeit verhindern solle, sei eine freie Entscheidung des jeweiligen Arztes. Insofern sei es sachgerecht, wenn sich durch die zusätzliche Aufnahme eines Jobsharing-Partners nichts am zugewiesenen RLV ändere. Der Jobsharing-Partner unterstütze lediglich die vertragsärztliche Tätigkeit des Senior-Partners. Von der Rechtsgrundlage, Modifikationen relevanter Arztgruppen auf Landesebene vorzunehmen, sei auch das Absehen von der Bildung von RLV gedeckt, wenn dies etwa für kleine Arztgruppen sachgerecht sei.

Bei der Zuordnung der Fachärzte für Radiologie mit CT-Genehmigung und der Nuklearmediziner zu kleinen Facharztgruppen habe sie auf die Arztzahlen des Quartals III/2008 abgestellt. Sie sei dabei von der Zahl der tatsächlich besetzten Arztstellen ausgegangen. Dementsprechend sei sie für das Quartal III/2009 von 16 Radiologen mit CT-Genehmigung und 19,66 Nuklearmedizinern ausgegangen. Die relative Streuung habe bei der Arztgruppe der Radiologen mit CT-Genehmigung 43,50 % und bei den Nuklearmedizinern 31,60 % betragen. Für die Berechnung der Streubreite sei sie von den tatsächlich abgerechneten Fallwerten der Arztgruppen ausgegangen. Die Berechnung sei nach Punkten erfolgt. Die Jobsharer seien dabei als abrechnende Ärzte mitberücksichtigt worden. Auf dieser Grundlage sei der Mittelwert der Fallwerte und für jeden einzelnen Fallwert die Abweichung zum Mittelwert bestimmt worden. Die so erhaltenen Werte habe sie quadriert. Dann habe sie eine Summe aus allen Werten gebildet, diese durch die Anzahl aller Werte geteilt und daraus die Wurzel gezogen. Es sei in der Mathematik umstritten, ob man für die Ermittlung der Streubreite durch die Gesamtzahl aller Werte teilen müsse oder durch die Gesamtzahl abzüglich 1. Der letztgenannte Rechenweg (Gesamtzahl minus 1) sei üblich bei Stichproben. Da es hier jedoch nicht um eine Stichprobenberechnung gegangen sei, habe sie durch die Gesamtzahl geteilt.

Trotz der Vergleichsregelung zugunsten von Dr. Rj_____ für das Aufsatzquartal 2008 habe sich das Honorar im Aufsatzquartal nicht erhöht, weil es sich bei dem Vergleichsbetrag nicht um Honorar im Sinne der Konvergenzregelung gehandelt habe. Es habe sich lediglich um eine vergleichsweise Pauschale gehandelt, die habe berücksichtigen sollen, was Dr. Rj_____ zu beanspruchen gehabt hätte, wenn schon 2008 RLV und keine Individualbudgets gebildet worden wären.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Der Beigeladene zu 2) bezieht sich auf die von ihm und der Beigeladenen zu 1) in der ersten Instanz eingereichten Schriftsätze und führt ergänzend aus, dass ein Vorhalten von MRT oder CT in jedem Fall auch die entsprechende Abrechnungsgenehmigung voraussetze, um diese Geräte auch in der vertragsärztlichen Versorgung einzusetzen. Ansonsten erschließe sich nicht, warum zugunsten eines Arztes in einer BAG der höhere RLV-Fallwert berücksichtigt werden solle.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung im Berufungsverfahren hat die Beklagte hinsichtlich der Jobsharing-Kürzungen ein weiteres Teilerkenntnis über 2.692,36 € abgegeben, da entsprechend der Rechtsprechung des BSG vom 24. Januar 2018 Jobsharing-Überschreitungen über die Quartale hinweg mit Jobsharing-Unterschreitungen saldiert werden müssten. Das Teilerkenntnis hat die Klägerin angenommen.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakten verwiesen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, insbesondere ist sie innerhalb der Berufungsfrist des § 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingelegt worden.

Gegenstand des Verfahrens ist neben den bereits im erstinstanzlichen Verfahren angegriffenen Bescheiden gemäß § 96 SGG auch der Bescheid vom 22. Januar 2018. Gemäß § 96 SGG wird ein neuer Verwaltungsakt nur dann Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt. Der Bescheid vom 22. Januar 2018 ändert den angegriffenen Honorarbescheid zwar gerade nicht, sondern lehnt eine Abänderung des Bescheides ab, hier ist aber dennoch § 96 SGG anzuwenden. Nach der Rechtsprechung des BSG steht es nämlich einer Abänderung oder Ersetzung eines Bescheides gleich, wenn die Verwaltung - etwa aufgrund neuer Umstände - die von ihr vorgenommene Regelung zum Streitgegenstand überprüft, daraufhin neu entscheidet, in der Sache aber an ihrer Regelung festhält (BSG, Urteil vom 11. Februar 2015 - B 4 AS 27/14 R -, juris Rn. 11). Formal sei in einem solchem Fall zwar keine Änderung der Beschwerde eingetreten, doch rechtfertige es die vorgenommene neue Sachprüfung, auch eine solche Entscheidung wie eine Änderung oder Ersetzung im Sinne von § 96 Abs. 1 SGG zu behandeln mit der Folge der unmittelbaren Anwendung dieser Vorschrift. Dieser Auffassung schließt sich der Senat an. Gerade im vorliegenden Fall ist die Frage der Höhe des Konvergenzzuschlages ohnehin Gegenstand des Verfahrens, so dass es prozessökonomisch nicht sinnvoll wäre, Teilaspekte dieser Frage in einem gesonderten Verfahren zu behandeln.

Die Berufung ist im Sinne einer Verpflichtung zur Neubescheidung auch begründet, da das angefochtene Urteil und die angegriffenen Bescheide teilweise rechtswidrig sind und die Klägerin in ihren Rechten verletzen. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Neufestsetzung ihres Honorars für das Quartal III/2009 durch die Beklagte, wobei diese die Rechtsauffassung des Senats zu berücksichtigen hat.

Gemäß § 85 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I Seite 378) verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen im Sinne des § 85 Abs. 1 SGB V an die Vertragsärzte. In der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V. Sie wendet gemäß Satz 2 der Vorschrift bei der Verteilung den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an. Gemäß 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 einzuhaltende Bestimmungen. Die Vergütung hat nach § 87b Abs. 1 SGB V ab diesem Stichtag auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V zu erfolgen. Nach Abs. 2 sind ab dem ersten Quartal 2009 zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Ein Regelleistungsvolumen in diesem Sinne ist gemäß 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 ist. Abweichend von Abs. 1 Satz 1 (Vergütung nach der regional geltenden Euro-Gebührenordnung) 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. 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 Bestimmung hat der eBewA (§ 87 Abs. 4 SGB V) im Beschluss vom 27./28. August 2008, Teil F Ziffer 1.2.4 bestimmt, dass die Zuweisung der RLV praxisbezogen erfolgt. Die Ausgestaltung der RLV erfolgt in Teil F Ziffer 3.2.1 des Beschlusses. In Anlage 1 zum Beschluss werden die für die RLV relevanten Arztgruppen aufgeführt. Nach Nr. 2 dieser Anlage können die Partner der Gesamtverträge Modifikationen (z.B. Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren. In dem Beschluss ist den Partnern der Gesamtverträge aufgegeben worden, Regelungen für Neuzulassungen und Umwandlungen der Kooperationsform zwischen Ärzten zu treffen (Teil F Ziffer 3.5). Ferner sind Regelungen für Praxisbesonderheiten (Ziffer 3.6) und als Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (Ziffer 3.7) zu schaffen. Im Beschluss vom 15. Januar 2009 hat der eBewA ergänzend in Teil A Ziffer 1. ausgeführt, dass zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen die im Teil F des Beschlusses vom 27./28. August 2008 beschlossenen Regelungen, insbesondere zu den Praxisbesonderheiten und zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten und zur Modifikation von relevanten Arztgruppen anzuwenden seien. Sollte es nach Anwendung dieser Regelungen nachweislich weiterhin zu überproportionalen Honorarverlusten und zu Problemen der Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen kommen, könnten die Partner der Gesamtverträge einvernehmlich ab dem 1. April 2009 zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2010 das unter den Ziffern 2. bis 4. dargestellte Verfahren zur schrittweisen Anpassung der RLV (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern die Honorarverluste nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet seien. Es sei sicherzustellen, dass bei der Bewertung der Höhe der Honorarverluste der GKV-Gesamtumsatz einer Praxis

einschließlich der zu erwartenden Vergütung für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und einschließlich der Vergütung aus Vorwegabzügen berücksichtigt werde. Mit Beschluss vom 27. Februar 2009 änderte der eBewA den Beschlussteil A vom 15. Januar 2009 in Teil A Ziffer 1 dahingehend, dass die Partner der Gesamtverträge entsprechende Konvergenzverfahren beschließen können, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind.

Die Festsetzung des Vertragsinhalts für das Jahr 2009 über die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgte in Schleswig-Holstein durch das Landesschiedsamt mit Beschluss vom 25. November 2008 (HVV), der an die Stelle der Honorarvereinbarung der Vertragspartner gemäß § 85 Abs. 1 Satz 2 SGB V tritt (BSG v. 21. Dezember 2012 - B 6 KA 21/11 R - SozR 4-2500 § 87a Nr. 1). Hierzu schlossen die Vertragspartner am 12. Februar 2009 eine erste Ergänzungsvereinbarung. Unter Ziffer 3 der Ergänzungsvereinbarung sind Regelungen für Ärzte in der Wachstumsphase getroffen, unter Ziffer 5 sind Regelungen für Härtefälle und Praxisbesonderheiten vorgesehen.

In der 2. Ergänzungsvereinbarung zur HVV vom 3. April 2009 trafen die Vertragspartner Regelungen über eine Konvergenzphase für einen Ausgleich zwischen Praxen mit überproportionalen Verlusten und Praxen mit Honorargewinnen. Mit Urteil vom 5. Juni 2013 (B 6 KA 47/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 2) hat das BSG derartige Honorarausgleichsmaßnahmen grundsätzlich für zulässig, jedoch einen Abzug bei den Praxen, die durch die Einführung der RLV einen Honorargewinn erzielt hatten, für unzulässig erachtet. Gemäß Teil A Ziffer 1.2 a. der 2. Ergänzungsvereinbarung vom 3. April 2009 wurden die Verluste der Praxen im ersten Halbjahr 2009 auf maximal 7,5 % im GKV-Umsatz und im zweiten Halbjahr 2009 gemäß Ziffer II. a. der 4. Ergänzungsvereinbarung vom 26. Juni 2009 auf 9 % begrenzt. Gemäß Teil A Ziffer 1.1 der 2. Ergänzungsvereinbarung findet die Konvergenzregelung dabei grundsätzlich Anwendung auf Ärzte in Arztpraxen oder anderen Berufsausübungsgemeinschaften, die einer RLV-relevanten Arztgruppe zugeordnet sind und sich in keiner Wachstumsphase befinden. Darüber hinaus hat der Vorstand der Beklagten in einem Grundsatzbeschluss vom 28. August 2009 entschieden, dass auf Antrag auch Praxen mit einer Obergrenze die Möglichkeit eingeräumt werden kann, an der Konvergenzregelung teilzunehmen, sofern im Quartal I/2009 die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe erreicht wurde. Gemäß Ziffer 3.2.1 der 1. Ergänzungsvereinbarung zur HVV vom 12. Februar 2009 befinden sich Ärzte in der Wachstumsphase, die innerhalb des abzurechnenden Quartals weniger als fünf Jahre niedergelassen sind und deren RLV-relevante Fallzahl unterdurchschnittlich ist.

Ziffer 2 der 1. Ergänzungsvereinbarung zur HVV vom 12. Februar 2009 enthält eine Ausnahmeregelung zur Bildung des RLV bei kleinen Arztgruppen. Danach werden abweichend von den Vorgaben des eBewA die RLV der Ärzte in Arztgruppen mit weniger als 20 Ärzten auf Basis der individuellen Fallwerte des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 ermittelt, sofern eine relative Streuung von mindestens 30 % vorliegt. Die RLV der Ärzte in Arztgruppen mit höchstens 5 Ärzten werden grundsätzlich auf Basis der individuellen Fallwerte des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 ermittelt. Die individuellen Fallwerte werden entsprechend dem RLV-Vergütungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe angepasst.

Nach Maßgabe dieser Vorschriften hat der Senat keine grundsätzlichen Einwände gegen die Höhe der Honorierung der Radiologen im streitbefangenen Quartal. Die Klägerin macht diesbezüglich geltend, dass die Vergütung der Radiologen nach Einführung des einheitlichen Orientierungswerts von 3,5001 Cent zum Quartal I/2009 im Hinblick auf den hohen Kostenfaktor der radiologischen Leistungen nicht ausreiche, um die typischen Leistungen zu vergüten. Der eBewA habe wie in anderen Fällen auch zu einer Anpassung der Vergütung für die Fachgruppe der Radiologen kommen müssen.

Mit der Höhe der Vergütung der Radiologen ab dem Quartal I/2009 hat sich das BSG bereits befasst. Es hat in seiner Entscheidung vom 11. Dezember 2013 (B 6 KA 4/13 R, juris) festgestellt, dass der Beschluss des eBewA zur Ermittlung des Orientierungswerts als Grundlage der RLV für das Quartal I/2009 grundsätzlich und speziell auch im Hinblick auf die Gruppe der dort ebenfalls als klägerische Partei auftretenden Radiologen und Nuklearmediziner rechtmäßig ist.

In einer weiteren Entscheidung vom 11. Dezember 2013 (B 6 KA 6/13 R, juris) eine augenärztliche Praxis betreffend hat das BSG ausgeführt, dass eine Kassenärztliche Vereinigung nicht verpflichtet sei, das RLV eines Vertragsarztes so zu bemessen, dass die wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet würden. So sei das Grundsystem der Vergütung der Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen durch die Krankenkassen mit einem grundsätzlich festen Betrag nicht durchweg kompatibel mit der Vorstellung, eine bestimmte, den Großteil der vertragsärztlichen Leistungen auf einem bestimmten Fachgebiet umfassende Leistungsmenge je Fall mit festen Preisen zu vergüten. Maßgeblicher Faktor für die Höhe des RLV seien nämlich nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung, sondern die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen. Dementsprechend könne es dazu kommen, dass das RLV nicht alle notwendigen Leistungen umfasse. Ziel der mit der RLV-Systematik eingeführten Mengensteuerung sei es, den Vertragsärzten einerseits Kalkulationssicherheit zu geben und andererseits den ökonomischen Anreiz zur Leistungsausweitung zu begrenzen. Zielrichtung sei dabei nicht nur eine Begrenzung der Menge insgesamt, sondern auch eine Begrenzung des Umfangs der von einzelnen Arztgruppen erbrachten Leistungen, um zu verhindern, dass diese ihren Anteil an den zur Verteilung anstehenden Gesamtvergütungen zu Lasten anderer Arztgruppen erhöhen können. Der Begriff der übermäßigen Ausdehnung umfasse daher, ohne ein Urteil über eine mögliche Verletzung der Pflichten zur sorgfältigen und persönlichen Behandlung zu treffen, alle Konstellationen, in denen honorarbegrenzende Maßnahmen erforderlich würden. Hierzu gehörten auch Maßnahmen, die Mengenausweitungen zu Lasten anderer Arztgruppen verhinderten. Solche Maßnahmen seien auch für Arztgruppen zulässig, die nur auf Überweisung tätig würden und die Menge der erbrachten Leistungen nur in begrenztem Maße steuern könnten. Hierzu verweist das BSG auf eine Entscheidung vom 30. November 2016 (B 6 KA 4/16 R, juris Rn. 35 m.w.N.).

Dem folgt der Senat. Die Klägerin macht vorliegend zu Unrecht geltend, dass RLV gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) allein den Zweck hätten, eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis zu verhindern und dieser Zweck durch die Verteilungsregelung nicht verfolgt werde. Vielmehr ist mit der Auslegung des BSG die übermäßige Ausdehnung nicht allein arztindividuell, sondern auch fachgruppenbezogen zu betrachten. Mengenbegrenzungsregelungen führen im Ergebnis auch nicht dazu, dass die über die Grenze hinausgehenden Leistungen unvergütet bleiben, sondern lediglich dazu, dass die Höhe der Vergütung für jede einzelne der erbrachten Leistungen relativ absinkt. Maßgeblich für die Honorarverteilung bleibt die Gesamtvergütung, die ein wirtschaftliches Tätigwerden der Ärzte einer Fachgruppe ermöglichen muss. In diesem Zusammenhang hat der Senat auch berücksichtigt, dass die Beigeladenen zu 1) und 2) angegeben haben, sie hätten nach Einführung des Orientierungswertes die Leistungen der Radiologen auf einen möglichen Anpassungsbedarf überprüft, ein solcher habe sich allerdings nur für einen Teilbereich der schnittbildradiologischen Leistungen, nämlich die MRT-Angiographie, ergeben. Dabei seien Anpassungen dann für erforderlich erachtet worden, wenn der Auszahlungspunktwert in der Vergangenheit erheblich über oder unter dem Orientierungswert gelegen habe oder andere medizinische oder versorgungspolitische Erwägungen dies gerechtfertigt hätten. Das Argument der Klägerin, der Bewertungsausschuss habe in anderen kostenintensiven Bereichen, wie zum Beispiel bei den ambulanten Operationen, Anästhesien, präoperativen, postoperativen und orthopädisch-chirurgisch konservativen Leistungen, anders als bei den Radiologen durchaus Anpassungen vorgenommen, bestätigt aus Sicht des Senats gerade, dass die von den Beigeladenen angegebenen Überprüfungen tatsächlich stattgefunden haben und sich offenbar für die radiologischen Leistungen mit Ausnahme der MRT-Angiographie gerade kein Anpassungsbedarf gezeigt hat. Auch das Argument der Klägerin, dass der Orientierungswert in rechtswidriger Weise ca. 30 % geringer festgesetzt worden sei als der im Jahr 2005 ermittelte Kalkulationspunktwert für radiologische Leistungen in Höhe von 5,1129 Cent, relativiert sich durch die Angaben der Beigeladenen zu 1), wonach der tatsächliche Auszahlungspunktwert vor Einführung des Orientierungswerts regelmäßig wesentlich niedriger gelegen habe als bei 5,1129 Cent. Der Kalkulationspunktwert habe keine Auswirkungen auf den Punktwert gehabt, mit dem die Leistungen vor Einführung des Orientierungswerts tatsächlich vergütet worden seien. Nach Auffassung des Senats bietet der vom BewA herangezogene Vergleich der tatsächlich zur Auszahlung gelangten Punktwerte eine bessere Grundlage für die Einschätzung, ob die zur Auszahlung kommende Gesamtvergütung ein wirtschaftliches Tätigwerden auch nach Einführung des Orientierungswerts zulässt, als der Vergleich rein kalkulatorisch herangezogener Beträge.

Das BSG hat in der zitierten Entscheidung (B 6 KA 6/13 R) ebenso keinen Verstoß gegen [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) erkannt. Gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Allerdings komme ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) iVm [Art. 12 Abs. 1 GG](#) erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet sei (BSG ebd. Rn. 42 m.w.N.). Dass dies vorliegend der Fall sein könnte, ist nicht ersichtlich.

Zu Unrecht macht die Klägerin geltend, dass es für die Mitglieder einer BAG der Fachgruppe der Radiologen unzulässig sei, unterschiedliche Fallwerte zugrunde zu legen, je nachdem, ob sie eine Genehmigung für CT oder MRT haben oder nicht.

Der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 ist auch insoweit rechtlich nicht zu beanstanden, als nach Teil F Nr. 2.1 Satz 1 RLV für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung kommen und hierbei in Nr. 4 der Anlage 1 folgende relevante Arztgruppen gebildet worden sind:

„Fachärzte für Nuklearmedizin

Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT

Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT

Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT

Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT“

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG genießen der Bewertungsausschuss wie auch die Vertragspartner des HVV bei der Ausgestaltung untergesetzlicher Normen einen weiten Gestaltungsspielraum (stRspr. des BSG, vgl. [BSGE 94, 50](#) = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2, RdNr. 50 mwN; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 40 RdNr. 17). Diese Gestaltungsfreiheit gilt nicht allein für die Honorarverteilung im engeren Sinne, sondern umfasst insbesondere auch die Art und Weise der Ausformung von Honorarbegrenzungsregelungen (vgl. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 32 RdNr. 15). Den zur Normsetzung befugten Körperschaften ist es somit nicht verwehrt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalieren (stRspr. des BVerfG wie des BSG, vgl. BVerfGE 111, 115, 137 = SozR 4-8570 § 6 Nr. 3 RdNr. 39; [BVerfGE 116, 164, 182 f](#); [BSGE 93, 258](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12, RdNr. 13; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 28 RdNr. 21 mwN; [BSGE 100, 144](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 41, RdNr. 28). Diese Gestaltungsfreiheit geht typischerweise mit Rechtssetzungsakten einher und wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unverhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist (BSG aaO mwN). Die Beschlüsse des eBewA und der HVV müssen jedoch mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars (vgl. [BVerfGE 33, 171, 184](#) = SozR Nr. 12 zu Art 12 GG S Ab 15 R; [BSGE 81, 213, 217](#) = SozR 3-2500 § 85 Nr. 23 S 152) sowie den

aus Art 12 Abs. 1 i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten (s. ua [BSGE 75, 187, 191 f](#) = SozR 3-2500 § 72 Nr. 5 S 9; zuletzt [BSG, Urteil vom 28.11.2007, B 6 KA 23/07 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 36 RdNr. 10).

Nach diesen Maßstäben bestehen für den Senat keine rechtlichen Bedenken dagegen, für Nuklearmediziner eine eigene Facharztgruppe zu bilden und bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie darauf abzustellen, ob ein CT bzw. MRT vorgehalten wird. Wie die Beigeladene zu 1) ausgeführt hat, erfolgte die Unterteilung in Untergruppen im Hinblick auf die höheren Kosten bei Vorhalten eines CT bzw. MRT. Diese Kosten müssen im Fallwert abgebildet werden. Ansonsten könnte ein Arzt die Anschaffung eines dieser Geräte nicht finanzieren. Auf der anderen Seite würde ein Arzt, der ein entsprechendes Gerät nicht vorhält, in ungerechtfertigter Weise von dem hohen Fallwert der Arztgruppe profitieren. Der Fallwert ist grundsätzlich geeignet, typisierend das Leistungsspektrum bzw. die Leistungsstruktur einer Praxis wiederzugeben ([BSG, Urteil v. 29.06.2011, B 6 KA 17/10 R, Rn. 33](#)). Dementsprechend haben auch die Gesamtvertragspartner der HVV ihren Gestaltungsspielraum bei Bildung der wortgleichen Arztgruppen nicht überschritten. Der Senat sieht sich in seiner Auffassung durch die Entscheidung des BSG vom 17. Juli 2013 (B 6 KA 44/12 R, juris) gestützt. In dem vom BSG zu entscheidenden Verfahren einer aus Fachärzten für Radiologie bestehenden BAG, die einen CT und einen MRT vorhielt, hat das BSG die Bildung der RLV für das Quartal III/09 unter Anwendung der in Nr. 4 der Anlage 1 zum Beschluss des eBewA vom 27./28. August 2008 für Radiologen gebildeten Arztgruppen nicht beanstandet.

Die Beklagte hat bei der Bildung der RLV der Klägerin die Vorgaben aus dem Beschluss des eBewA vom 27./28. August 2008 bzw. aus der HVV in rechtmäßiger Weise umgesetzt. Danach hatte die Beklagte innerhalb der BAG unterschiedliche Fallwerte zugrunde zu legen. Dies folgt schon daraus, dass nach Teil F Nr. 1.2.2 des Beschlusses des eBewA vom 27./28. August 2008 die RLV je Arzt ermittelt werden und somit in fachgleichen BAG die Leistungen der Ärzte mit unterschiedlichen Fallwerten vergütet werden. Auch kann die Klägerin nicht damit gehört werden, dass sämtliche Mitglieder der BAG jedenfalls der Gruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung CT und MRT zuzuordnen seien. Der Senat hält es für fernliegend, das Wort „Vorhaltung“ eines CT bzw. MRT patienten- bzw. BAG-bezogen zu verstehen. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG kann, soweit der Wortlaut einer Vergütungsregelung zweifelhaft ist und es seiner Klarstellung dient, eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen erfolgen. Gegen die von der Klägerin vorgenommene Auslegung spricht bereits die arztbezogene Ermittlung des RLV, die den Umfang der Tätigkeit eines Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid berücksichtigt. Die Zuweisung des RLV ergibt sich nach Teil F 1.2.4 des Beschlusses des eBewA vom 27./28. August 2008 aus der Addition der RLV der einzelnen Mitglieder. Darüber hinaus rechtfertigt nur die Abrechnung der für CT- und MRT-Leistungen hochbewerteten EBM-Ziffern den hohen Fallwert, der zugleich den Kostenfaktor der Anschaffung des Geräts beinhaltet. Auch wird die Versorgung einer Region mit Untersuchungen mittels MRT oder CT nicht allein durch das Vorhandensein entsprechender Geräte, sondern erst durch die zusätzliche Verfügbarkeit von Ärzten, die Untersuchungen mit diesen Geräten durchführen und abrechnen können, sichergestellt. Sonst würden die vorhandenen Geldmittel, die für die Finanzierung solcher Großgeräte gedacht sind, letztlich unabhängig von der Frage verteilt, ob diese Großgeräte im Ergebnis auch genutzt werden können. Nach der systematischen Interpretation kann „Vorhaltung“ somit nur so verstanden werden, dass die Zuordnung zur Gruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung CT und MRT die Genehmigung zur Abrechnung entsprechender Leistungen verlangt. Der Senat sieht sich bei seiner Auslegung durch das oben genannte Urteil des BSG vom 17. Juli 2013 (B 6 KA 44/12 R) bestätigt. In dem streitigen Fall stufte die beklagte KV die Mitglieder der klagenden BAG aufgrund der Genehmigung zur Abrechnung von CT- bzw. MRT-Leistungen in die Gruppe der Radiologen mit Vorhaltung von CT und MRT ein. Die Formulierung des BSG „zwar erlangt eine radiologische Praxis, deren Ärzte Genehmigungen zB zur Abrechnung von CT- bzw. MRT-Leistungen und eventuell zudem für Leistungen der diagnostischen Radiologie und der MR-Angiografie erhalten, dadurch zusätzliche Attraktivität (was die Zuerkennung höherer Fallwerte nach sich zurückziehen kann)“, deutet darauf hin, dass das BSG die Einstufung von Radiologen in eine Facharztgruppe davon abhängig macht, über welche Genehmigungen der jeweilige Arzt verfügt. Jedenfalls hat das BSG nicht beanstandet, dass die Einstufung der Radiologen in die Gruppe mit Vorhaltung von CT und MRT von einer Genehmigung abhängig gemacht werde.

Schließlich führt auch innerhalb eines Jobsharing-Teams die Genehmigung des Juniorpartners zur Abrechnung von Leistungen an einem Großgerät nicht dazu, dass für das gesamte Team der höhere Fallwert einheitlich festzusetzen wäre. Das Argument der Klägerin, dass es zu ungerechten Ergebnissen führe, wenn der Jobsharing-Juniorpartner mit Genehmigung zur Durchführung von MRT und CT innerhalb eines Budgets tätig werden müsse, das die Abrechnung von Leistungen im MRT gar nicht abbilden könne, ist zwar nachvollziehbar, widerspricht aber dem Grundgedanken des Jobsharings. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Jobsharing nur in Bezirken mit Zulassungsbeschränkungen ausgeübt wird. Dementsprechend soll eine Leistungsausweitung im Rahmen eines Jobsharings nicht stattfinden. Gemäß § 23a Nr. 3 und 4 der Bedarfsplanungsrichtlinie für Ärzte in der ab dem 13. März 2009 geltenden Fassung vom 15. Februar 2007 (BedarfsplRL) muss der Antragsteller, also der Jobsharing-Juniorpartner, derselben Arztgruppe wie der Vertragsarzt angehören, wobei eine Übereinstimmung der Arztgruppen gemäß § 23b Abs. 4 BedarfsplRL immer dann gegeben ist, wenn sich Ärzte auf dem Gebiet der Radiologie zusammenschließen. Zudem müssen sich beide Jobsharing-Partner und im Falle einer bereits zuvor bestehenden BAG auch alle anderen dieser BAG angehörigen Ärzte gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit erklären, während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten und die dazu vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung anzuerkennen. Die Regelungen der BedarfsplRL basieren auf der Ermächtigung in § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss Ausnahmeregelungen beschließt für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung ausüben will und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet. Aus diesen Regelungen zur Fachidentität und zur Leistungsbegrenzung wird deutlich erkennbar, dass der Gesetz- und Richtliniengeber jeweils das Fachgebiet und den Leistungsumfang der zuvor bereits bestehenden Praxis als Maßstab ansehen. Dieser Gedanke findet sich bezogen auf Internisten zum Beispiel auch in § 23c Satz 5 BedarfsplRL, bei denen im Rahmen der Ermittlung des Gesamtpunktzahlvolumens zur Ermittlung des Fachgruppenschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen ist. Insgesamt wird aus diesen Regelungen deutlich, dass der Praxisumfang durch das Jobsharing nicht ausgeweitet

werden soll. Dies wäre aber der Fall, würde bei der Bildung des RLV der höhere Fallwert des Juniorpartners für das ganze Jobsharing-Team zugrunde gelegt. Daher bleibt der Fallwert des Seniorpartners maßgeblich, auch wenn der Juniorpartner aufgrund einer höheren Qualifizierung im Falle einer eigenen Zulassung einen höheren Fallwert beanspruchen könnte.

Die Beklagte hat in rechtmäßiger Weise Individualbudgets für Dr. R____, Dr. W____ und Dr. Rs_____. gebildet. Allerdings war es rechtsfehlerhaft auch für Dr. Rj_____. ein Individualbudget zu bilden.

Entgegen der Auffassung der Klägerin ist die Rechtsgrundlage zur Bildung von Individualbudgets für Ärzte, die einer kleinen Arztgruppe angehören, in Ziffer 2 der 1. Ergänzungsvereinbarung zur HVV vom 12. Februar 2009 rechtmäßig. Sie ist formell rechtmäßig zustande gekommen. Insbesondere ist sie rechtswirksam veröffentlicht worden. Im Mitteilungsblatt der Beklagten „Nordlicht Aktuell“ wird in der Ausgabe 1-2.2009, S. 21 auf die Ergänzungsvereinbarung und die Möglichkeit, diese auf der Homepage der Beklagten abzurufen oder in Papierform anzufordern, ausdrücklich hingewiesen. Sie befand sich im Unterschriftsverfahren. Nach der Rechtsprechung des BSG stehen fehlende Unterschriften der Wirksamkeit von durch Vereinbarung getroffenen Regelungen nicht entgegen. Zwar sei für das Zustandekommen eines öffentlich-rechtlichen Vertrages nach § 56 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) die Schriftform vorgeschrieben, die nach § 61 Satz 2 SGB X iVm § 126 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) auch die Unterzeichnung des Vertragstextes erfordere. Sofern aber die Willensbildung zum Zeitpunkt der Bekanntgabe abgeschlossen sei und der publizierte Text der tatsächlich zu einem späteren Zeitpunkt unterzeichneten Vereinbarung entspreche, stehe die fehlende Unterzeichnung einer ordnungsgemäßen Bekanntgabe nicht entgegen (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2015 – B 6 KA 39/14 R –, Rn. 22, juris). Es sei nicht zu beanstanden, dass im Interesse der Betroffenen eine Veröffentlichung bereits vor dem formellen Abschluss der Vereinbarung erfolge. Dieser Auffassung schließt sich der Senat an.

Die Regelung ist auch materiell rechtmäßig. Hierzu hat der Senat bereits in mehreren Urteilen Ausführungen gemacht, die jeweils die Fachgruppe der Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin betrafen (Urteile vom 20. Oktober 2015 – L 4 KA 2/13; vom 24. April 2018 – L 4 KA 52/15, L 4 KA 56/15, L 4 KA 57/15, L 4 KA 58/15, L 4 KA 59/15 und vom 12. Juni 2018 – L 4 KA 59/16). Dabei hat er die Vertragspartner auf Landesebene als ermächtigt angesehen, eine entsprechende Ausgestaltung der RLV in Ausnahmefällen vorzunehmen und hierzu ausgeführt:

„Das Regelwerk enthält eine hinreichende Ermächtigung für die Übertragung weitgehender Regelungsbereiche auf die Landesebene. § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V bestimmt hierzu ausdrücklich, dass der Bewertungsausschuss das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Abs. 2 und 3 bestimmt. In den Abs. 2 und 3 ist die Bildung der RLV dargestellt, insbesondere regelt § 87b Abs. 3 Satz 3, dass gegebenenfalls auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen seien. Nach § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V hat der Bewertungsausschuss darüber hinaus ebenfalls Vorgaben zur Umsetzung von Abs. 2 Satz 3, 6 und 7 sowie die Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Abs. 3 Satz 5 zu bestimmen. Der Begriff der „Vorgaben“ in diesem Sinne ist weit zu verstehen. Dies hat das BSG mit Urteil vom 27. Juni 2012 (B 6 KA 28/11 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 26; bestätigt durch Urteile vom 17. Juli 2013 – B 6 KA 44/12 R – SozR 4-2500 § 87b Nr. 2 sowie vom 28. Oktober 2015 – B 6 KA 35/15 B – juris) ausgeführt und die Regelungskompetenz des Erweiterten Bewertungsausschusses auf die Rahmenvorgaben beschränkt, die wiederum durch die Vertragspartner auf Landesebene ausgefüllt werden müssen. Diese Entscheidung, die ausdrücklich nur zu § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V ergangen ist, ist in gleicher Weise auf die Regelung in Satz 1 zu beziehen und auch in diesem Zusammenhang der Ausgestaltungsspielraum des Erweiterten Bewertungsausschusses auf allgemeine Vorgaben zu beschränken, die von den Vertragspartnern auszufüllen sind. Denn auch in Satz 1 ist lediglich eine Regelungskompetenz für das Verfahren zur Berechnung und Anpassung der RLV durch den Gesetzgeber erteilt; ferner bestimmt sich die Anwendung des Begriffs „Vorgaben“ in Satz 2 auf den Satz 1 aus der Formulierung „darüber hinaus ebenfalls“. Es wäre im Übrigen nicht erkennbar, warum bei der Ausgestaltung der RLV die Vertragspartner geringere Kompetenzen haben sollten als bei der Regelungsmaterie nach Satz 2. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der Bewertungsausschuss die Ausgestaltung auf die Vertragspartner übertragen hat.“ (Urteil vom 20. Oktober 2015 – L 4 KA 2/13)

Weiter hat der Senat in seinen Urteilen vom 24. April 2018 (L 4 KA 52/15, L 4 KA 56/15, L 4 KA 57/15, L 4 KA 58/15, L 4 KA 59/15) zu dieser Frage ausgeführt:

„Der BewA hat zwar in der Anlage 1 zu Teil 3 seines Beschlusses vom 29. Oktober 2004 vorgesehen, dass im HVV weitere Differenzierungen oder Zusammenfassungen der nachfolgenden Arztgruppen vereinbart werden könnten. In der entsprechenden Regelung der Anlage 1 zu Teil F des Beschlusses vom 27./28. August 2008 heißt es dagegen, die Partner der Gesamtverträge könnten Modifikationen (z. B. Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren. In Abgrenzung zur Regelung in Anlage 1 zu Teil 3 des Beschlusses vom 29. Oktober 2004 liegt darin eine Erweiterung der Kompetenzzuweisungen, denn nun sind die Differenzierungen oder Zusammenfassungen von Arztgruppen lediglich Beispiele für Modifikationen, die folglich auch andere abweichende Regelungen enthalten können. Diese erweiterte Kompetenzübertragung hält der Senat auch in Kenntnis des Vortrags des Klägers für rechtmäßig. Bereits im Urteil vom 20. Oktober 2015 (L 4 KA 3/13) hat er begründet, warum er für § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V eine weite Auslegung für erforderlich hält, die die Kompetenzzuweisung erlaubt, und dass er anderenfalls Wertungswidersprüche zwischen dieser Regelung und der des Satzes 1 der Norm sieht. Das BSG hat im Beschluss vom 27. September 2015 (B 6 KA 13/16 B) betont, dass der Senat sich damit nicht in Widerspruch zu dessen Rechtsprechung setzt. Ferner hat es auf das anderenfalls bestehende Problem hingewiesen, die RLV kleiner Arztgruppen, wie die der Ärzte für physikalisch-rehabilitative Medizin, angemessen zu bestimmen, wenn eine Orientierung am eigenen Fallwert vorangegangener Quartale nicht möglich wäre.“

Unabhängig von der Frage, ob der Begriff der Vorgaben in § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V in weiter Auslegung sich auch auf Satz 1 der Norm bezieht, ist der Senat der Auffassung, dass sich bereits aus dessen Wortlaut die Kompetenz für den EBewA ableitet, in Ziffer 2 der Anlage 1 zu Teil F des Beschlusses vom 27./28. August 2008 die Vertragspartner auf Landesebene zu ermächtigen, Modifikationen von relevanten Arztgruppen zu vereinbaren. Denn der Regelungsauftrag in § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V geht dahin, das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Absätzen 2 und 3 zu bestimmen. Die Bildung von (Fach-)Arztgruppen und die Möglichkeiten der Abweichung von solchen Gruppen sind weder hier noch in den in Bezug genommenen Absätzen 2 und 3 geregelt. Absatz 3 Satz 1 setzt lediglich voraus, dass die RLV nach Arztgruppen unterschieden werden. Wie diese Gruppen ausgestaltet sind, ist folglich nach dieser Regelung offen. Allerdings nimmt § 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V auf § 87 Abs. 2a SGB V Bezug. Dieser regelt jedoch lediglich die zwingende Trennung zwischen den Honorarbereichen für Haus- und Fachärzte und setzt im Übrigen unterschiedliche Facharztgruppen voraus, denen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden müssen. Damit ist nicht verlangt, dass der BewA die Fachgruppen abschließend regeln musste. Bei dem ihm nach ständiger Rechtsprechung eingeräumten weiten Gestaltungsspielraum (vgl. nur BSG vom 27. Juni 2012 – B 6 KA 28/11 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 2) hatte folglich der EBewA die Befugnis, im Rahmen der Verfahrensbestimmung im Sinne des § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V nicht nur konkrete Arztgruppen vorzugeben, sondern auch zu regeln, dass in Ausnahmefällen die Vertragspartner davon abweichen können. Wie oben ausgeführt, ist bei sehr kleinen Arztgruppen dieser Ausnahmefall gegeben.“

Schließlich hat er an dieser Rechtsauffassung in der Entscheidung vom 12. Juni 2018 (L 4 KA 59/16) festgehalten und dahingehend ergänzt:

„Auch ist nicht zu erkennen, dass der streitigen Regelung sachfremde Erwägungen zugrunde liegen. Die Beklagte hat nachvollziehbar dargelegt, dass bei Fachgruppen mit einer sehr geringen Anzahl von Ärzten davon auszugehen sei, dass der für die RLV-Bildung im Regelfall heranzuziehende rein rechnerisch ermittelte durchschnittliche Fallwert wenig aussagekräftig sei. Dies insbesondere bei relativ neuen Fachgruppen, die in ihrem Abrechnungsverhalten noch nicht vollständig manifestiert seien. Dass der Kläger von höheren Punktzahlen anderer Ärzte der Fachgruppe nicht profitiert hat, ist nicht zu beanstanden. Andernfalls könnten erhebliche Verwerfungen dadurch entstehen, dass – wegen der fehlenden Streubreite – Ärzte mit geringem individuellem Fallwert einerseits von den hohen Fallwerten anderer Kollegen profitieren und andererseits Ärzte mit einem hohen individuellen Fallwert durch geringe Fallwerte anderer Ärzte der Fachgruppe erhebliche Verluste erleiden. Außerdem ist es dem Satzungsgeber ungeachtet des Gleichbehandlungsgebots des Art. 3 Abs. 1 GG nicht verwehrt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalisieren. Der Gestaltungsspielraum des Norm-gegers wird erst dann rechtswidrig ausgefüllt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unvertretbar oder unverhältnismäßig ist; unzulässig wäre eine typisierende Regelung, durch die eine ganze Gruppe von Leistungserbringern systematisch benachteiligt wird, ohne dass dies durch den Zweck der (Verteilungs-) Regelung geboten wäre oder als geringfügig vernachlässigt werden kann. Das ist vorliegend nicht der Fall. Darauf, ob die Gesamtpartner auf Landesebene jeweils die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden haben, kommt es nicht an (BSG, Urteil vom 29. Januar 1997 – 6 RKA 3/96 –, juris).“

Das BSG hat die Nichtzulassungsbeschwerde gegen die Entscheidung vom 20. Oktober 2013 verworfen. Auch die Urteile vom 24. April 2018 und 12. Juni 2018 sind rechtskräftig geworden. Es besteht aus Sicht des Senats keine Veranlassung, im vorliegenden Fall zu einer anderen Beurteilung zu kommen.

Die Klägerin macht diesbezüglich geltend, dass die Situation der Radiologen anders gelagert sei als in den bislang vom Senat entschiedenen Fällen, da die Berufsgruppe der Diagnostischen Radiologie bereits nach den Vorstellungen des eBewA in vier Untergruppen unterteilt sei. Der eBewA habe offenbar jede der vier Arztgruppen als für das RLV relevant angesehen. Zudem sei die Fachgruppe der Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin seinerzeit neu entstanden, weshalb kein fachgruppenspezifischer Fallwert aus Vorquartalen existiert habe, aus dem ein entsprechender Wert hätte ermittelt werden können. Diese Argumente führen jedoch nicht zu einer anderen Beurteilung, da die Partner auf Landesebene die Sonderregelung für kleine Arztgruppen weder deshalb getroffen haben, weil sie einzelne Fachgruppen für nicht relevant hielten, noch weil die Berechnung eines durchschnittlichen Fallwertes auf der Basis der Werte des Vorjahresquartals in Einzelfällen nicht möglich wäre, sondern weil es bei den kleinen Arztgruppen durch einzelne Ausreißer im Fallwert zu großen Verwerfungen für die ganze Fachgruppe kommen könnte. Durchschnittswerte sind nicht aussagekräftig, wenn die Gruppe zu klein wird, aus deren Werten der Durchschnitt gebildet wird. Insofern gelten die Ausführungen zur Ermächtigung der Partner auf Landesebene, Ausnahmeregelungen für kleine Arztgruppen vorzusehen, unabhängig von der Facharztgruppe. Letztlich dient es dem Schutz der einer kleinen Arztgruppe angehörenden Ärzte, wenn sie an ihren eigenen Fallwerten gemessen werden und nicht an einem durchschnittlichen Fallwert, der aufgrund der inhomogenen Abrechnungsweise innerhalb der Gruppe nicht repräsentativ ist. Dass diese Vorgehensweise im Einzelfall für die Ärzte mit geringerem Fallwert ungünstiger ist als es die Heranziehung des durchschnittlichen Fallwerts wäre, liegt in der Natur der Sache.

Soweit die Klägerin schließlich in diesem Zusammenhang geltend macht, die Rechtsprechung des Senats im Verfahren L 4 KA 2/13 sei auf den hiesigen Fall nicht übertragbar, da dort ausgeführt sei, dass sich die streitige Maßnahme zu Gunsten des dortigen Klägers ausgewirkt habe, während sich die Regelung hier zu Lasten der Klägerin auswirke, verfängt dies ebenfalls nicht. Die Äußerung des Senats in der Entscheidung L 4 KA 2/13, die Maßnahme der Beklagten sei nicht angreifbar, da sie zu Gunsten des Klägers erfolgt sei, bezieht sich lediglich auf eine dort vorgenommene nachträgliche Erhöhung des Anpassungsfaktors. Die grundsätzliche Begrenzung des individuellen Fallwerts durch einen Anpassungsfaktor, der die Summe der Individualbudgets auf das Honorarvolumen der Arztgruppe im Abrechnungsquartal begrenzt, hat der Senat in der genannten Entscheidung ausdrücklich für rechtmäßig erachtet.

Hinsichtlich der Gruppe der Radiologen mit Vorhaltung von CT, der Dr. R____, Dr. W____ und Dr. Rs_____. angehörten, war die

Einstufung als kleine Arztgruppe im streitigen Quartal rechtmäßig. Da in III/2008 insgesamt 16 Radiologen mit Vorhaltung von CT niedergelassen waren, war hier auf die Streubreite abzustellen, die nach den Berechnungen der Beklagten 43,50 % betrug. Der von der Beklagten in der mündlichen Verhandlung dargelegte Rechenweg zur Ermittlung der Streubreite ist plausibel und für den Senat rechnerisch nachvollziehbar. Der Senat hat keine Notwendigkeit gesehen, zur Frage der Berechnungsmodalitäten ein mathematisches Gutachten einzuholen. Die Klägerin hat keinerlei konkrete Argumente oder Anhaltspunkte dafür vorgetragen, warum die Berechnung fehlerhaft sein könnte. Der Senat ist nicht verpflichtet, ohne weitere Veranlassung hin auf Antrag der Klägerin die Berechnung gutachtlich untersuchen zu lassen. Die Erläuterungen zur Berechnung sind plausibel. Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung durch ihren Mathematiker Dr. S_____ nachvollziehbar dargelegt, dass sie die in der Mathematik diskutierten unterschiedlichen Rechenwege zur Ermittlung der Streubreite erkannt und sich für den angewandten Rechenweg entschieden hat. Da es nicht um eine Stichprobenberechnung gegangen sei, habe sie die Gesamtmenge der Streuung durch die Gesamtzahl der Fälle geteilt. Im Übrigen würde aber auch der alternative Rechenweg, die Division der Gesamtmenge der Streuung durch die Gesamtfallzahl minus 1, nicht dazu führen, dass eine Streuung von unter 30 % anzunehmen wäre. Dies ergibt sich schon aus einfachen mathematischen Überlegungen. Wenn die Gesamtmenge der Streuung durch eine niedrigere Zahl geteilt wird, wird das Ergebnis höher und nicht niedriger ausfallen. Auch hält es der Senat für richtig, dass die Beklagte bei der Berechnung der Streubreite die Jobsharer in die Gesamtzahl der Ärzte mit einbezogen hat. Ob die Ausnahmeregelung in Ziffer 2 der 1. Ergänzungsvereinbarung zum HVV vom 12. Februar 2009 eingreift, hängt von der Anzahl der Ärzte einer Facharztgruppe ab. Hierbei kann es sich dem Wortlaut nach nur um Personen handeln und nicht um Arztstellen oder Zulassungen. Insofern ist jeweils auf die Anzahl der niedergelassenen Ärzte nach Köpfen abzustellen und nicht auf die besetzten Arztstellen. Dies entspricht auch dem Zweck der Vorschrift. Die Ermittlung der Streubreite dient dazu festzustellen, ob die Ärzte einer kleinen Arztgruppe, der zwar mehr als 5, aber weniger als 20 Ärzte angehören, insgesamt so homogen Leistungen erbringen, dass der für die Bildung eines RLV herangezogene durchschnittliche Fallwert als repräsentativ für die gesamte Gruppe herangezogen werden kann. Auch wenn für einen Jobsharer kein eigenes RLV gebildet würde – was ab dem Quartal III/2009 nur noch in Ausnahmefällen der Fall war –, ließen sich aus dem Abrechnungsverhalten dieses Jobsharers dennoch ebenso wie aus dem der anderen Ärzte dieser Arztgruppe Schlüsse hinsichtlich der Homogenität im Abrechnungsverhalten der Ärzte dieser Arztgruppe ziehen.

Zugunsten von Dr. Rj_____ hätte die Beklagte jedoch im Quartal III/2009 ein RLV nach den allgemeinen Vorschriften zuweisen müssen. Die Facharztgruppe der Nuklearmediziner war in diesem Quartal nicht als kleine Arztgruppe zu qualifizieren, da im maßgeblichen Bezugsquartal III/2008 21 Nuklearmediziner zugelassen waren. Wie bereits dargelegt, hätte die Beklagte bei der Zahl der Ärzte nicht auf die Anzahl der Arztstellen – dies waren 19,66 – abstellen dürfen, sondern maßgeblich war die Anzahl der niedergelassenen Ärzte nach Köpfen. Dies waren mehr als 20, so dass die Ausnahmenvorschrift unabhängig von der Streubreite nicht einschlägig ist.

Auch die Berechnung des Konvergenzzuschlages erfolgte rechtsfehlerhaft. Die Beklagte hätte zunächst die auch nach den beiden durch die Beklagte erklärten Teilanerkennnissen noch verbleibende Kürzung aufgrund der Überschreitung der Jobsharing-Obergrenze im Rahmen der Konvergenz berücksichtigen müssen. Die Kürzungen im Rahmen des Jobsharings verminderten das ausgewiesene Honorar der Klägerin im Abrechnungsquartal, so dass sich der Honorarverlust gegenüber dem Basisquartal entsprechend erhöhte. Die Beklagte war nicht berechtigt, die Jobsharing-Kürzung erst nach Ermittlung des Konvergenzzuschlages vorzunehmen. Soweit die Beklagte hierzu den Standpunkt vertritt, dass die Jobsharing-Kürzungen nicht greifen würden, wenn sie im Abrechnungsquartal mögliche Honorarverluste gegenüber dem Basisquartal erhöhten und somit letztlich über die Konvergenzzahlung wieder ausgeglichen würden, folgt der Senat dem nicht. Jobsharing-Kürzungen und Konvergenzzuschläge beruhen auf unterschiedlichen Bewertungen. Es gibt nach Auffassung des Senats keinen Anlass, diese kausal miteinander zu verknüpfen. Die Jobsharing-Kürzungen stellen keine Strafabzüge für eine Arztpraxis da. Sie begrenzen lediglich die möglichen Honorarzuwächse, die sich durch eine Aufteilung der Leistungen auf mehrere Personen ergeben könnten und verhindern insofern einen unangemessenen Honoraranstieg. Demgegenüber sollen die Konvergenzzuschläge eine Art Mindesthonorar bezogen auf das Honorar des jeweiligen Basisquartals garantieren. Sie sollen absichern, dass keine Arztpraxis durch die Neustrukturierung der Honorierung ab dem Quartal I/2009 existenzvernichtende Verluste erleidet. Diesem Bedürfnis an Existenzabsicherung unterliegen Praxen, die Jobsharing betreiben, ebenso wie alle anderen Praxen. Das Honorar einer Praxis nach Abzug von Jobsharing-Kürzungen stellt das eigentliche Honorar der Arztpraxis dar. Genau auf dieses Honorar ist für die Berechnung der Konvergenzzahlung abzustellen. Folgte man der Auffassung der Beklagten, wären Jobsharing-Praxen im Ergebnis systematisch schlechter gestellt als andere Praxen. Denn ihr Honorarverlust im Vergleich zum Basisquartal wäre nicht auf die entsprechenden Prozentsätze der Konvergenzzahlung (im streitigen Quartal 9 %) begrenzt, sondern würde sich addieren aus dem entsprechenden prozentualen Honorarverlust zuzüglich der Jobsharing-Kürzung. Hierfür ist kein sachlicher Grund ersichtlich.

Zudem hätte die Beklagte die Nachvergütung von Dr. Rj_____ für das Quartal III/2008 bei Ermittlung des Vergleichshonorars im Basisquartal mit einbeziehen müssen. Dabei legt der Senat den unwidersprochenen Vortrag der Klägerin zugrunde, dass die erfolgte Nachvergütung ausschließlich RLV-relevantes Honorar enthielt.

Entgegen der zunächst von der Klägerin vertretenen Ansicht war es rechtmäßig, den Honoraranteil von Dr. Rj_____ aus der Zeit seiner Einzelpraxis für die Berechnung des Konvergenzzuschlages der BAG mit einzubeziehen. Dr. Rj_____ befand sich im streitigen Quartal zwar noch innerhalb des 5-Jahres-Zeitraums nach seiner Niederlassung. Da er jedoch eine überdurchschnittliche Fallzahl erreichte, fanden die Regelungen für Wachstumsärzte für ihn keine Anwendung, so dass auch die Anwendung der Konvergenzregelung nicht ausgeschlossen war. Auch der Wechsel von der Einzelpraxis in eine BAG innerhalb des Konvergenzzeitraums führt nicht dazu, ihn bei der Berechnung der Konvergenz der BAG außer Acht zu lassen. Der Wortlaut der Regelung in Teil A Ziffer 1.1.1 der 2. Ergänzungsvereinbarung zum HVV vom 3. April 2009 erklärt die Konvergenzregelung für anwendbar auf Ärzte in Arztpraxen oder anderen BAG. Voraussetzung ist lediglich, dass der Arzt einer RLV-relevanten Arztgruppe zugeordnet ist und sich in keiner Wachstumsphase befindet. Eine spezifische Regelung für Ärzte, die die Praxis innerhalb des Konvergenzzeitraums wechseln, findet sich nicht. Eine solche wäre aber zu erwarten gewesen, hätten die Vertragspartner die Konvergenz lediglich auf Ärzte anwenden wollen, die bezogen auf das Basisquartal noch in der gleichen Praxisform tätig sind. Der aufgrund der Umstellung der Honorierungssystematik zum Quartal I/2009 drohende Honorarverlust traf die Ärzte letztlich unabhängig von der jeweiligen Praxisform. Lediglich soweit sich aus den Umständen ergibt, dass nicht die Umstellung auf die neuen

Steuerungselemente ursächlich für einen Honorarverlust war, sondern dieser kausal etwa auf den Praxiswechsel zurückzuführen ist, findet die Konvergenzregelung aufgrund des Ausschlusses in Teil A Ziffer 1, letzter Halbsatz des Beschlusses des eBewA vom 27. Februar 2009 keine Anwendung. Dementsprechend wird die Beklagte auch im Rahmen der Neubescheidung bei der Konvergenz zu berücksichtigen haben, dass Dr. Rj_____ einen nicht unerheblichen Fallzahlrückgang zu verzeichnen hatte. Aufgrund des Rückgangs der Fallzahlen von 781 Fällen in III/2008 auf 542,5 Fälle in III/2009 ist allerdings davon auszugehen, dass der Honorarverlust in einem Umfang von 30 % nicht auf der Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik beruht.

Bei dem Dr. Rj_____ im Vergleichswege gewährten Nachzahlungsbetrag handelt es sich nach Auffassung des Senats um konvergenzrelevantes Honorar, das die Beklagte nachträglich in die Konvergenzberechnung des Quartals III/2009 hätte mit einbeziehen müssen. Die Honorarabrechnung von Dr. Rj_____ für das Quartal III/2008 war zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Konvergenz in III/2009 noch nicht bestandskräftig. Erst der Vergleichsschluss im Juni 2013 führte zu einer Rücknahme des eingelegten Rechtsbehelfs. Als Berechnungsgrundlage des Nachzahlungsbetrags sind die Beteiligten übereinstimmend davon ausgegangen, Dr. Rj_____ hypothetisch so zu stellen, als hätte es auch vor 2009 bereits RLV gegeben. Die für die einzelnen streitigen Quartale der Jahre 2007 und 2008 durch die Beklagte bis auf die Centbeträge im Einzelnen errechneten Beträge stellen entgegen der Darstellung der Beklagten auch keine Pauschale dar, die nicht auf konkreten Berechnungsparametern beruhte. Sie sind offensichtlich ein Berechnungsergebnis. Da der Nachzahlungsbetrag jeweils Leistungen innerhalb eines fiktiv angenommenen RLV betraf, war davon nur der budgetierte Bereich betroffen, so dass mangels anderweitiger Anhaltspunkte davon auszugehen ist, dass der gesamte Betrag konvergenzrelevant ist. Auch ist angesichts der Höhe des gesamten nachvergüteten Betrages von 191.311,81 € davon auszugehen, dass auch die Beklagte davon ausging, dass sie Dr. Rj_____ rechtswidrig ein zu geringes Honorar gewährt hatte. Allein die Tatsache, dass sie es nicht auf eine gerichtliche Verurteilung zur Neubescheidung ankommen ließ, sondern im Vergleichswege mit Dr. Rj_____ eine Einigung über die Art der Berechnung und die Höhe der Nachzahlung aushandelte, führt nicht dazu, die nachvergüteten Leistungen als außerhalb des Vergütungssystems stehend anzusehen. Schließlich hätten die Partner des Vergleiches die Möglichkeit gehabt, zu regeln, dass der vereinbarte Betrag nicht als Teil der Vergütung von Dr. Rj_____ anzusehen sein sollte, bzw. sich der Nachzahlungsbetrag nicht auf etwaige Ansprüche aus den Folgequartalen auswirken sollte. Unabhängig davon, dass äußerst zweifelhaft sein dürfte, dass sich Dr. Rj_____ auf eine solche Regelung eingelassen hätte, hat die Beklagte, soweit aus den Akten ersichtlich, auch keinen Versuch diesbezüglich unternommen. Ein entsprechender Wille der Vertragsparteien, den Nachzahlungsbetrag als außerhalb des Honorierungssystems stehend zu betrachten, lässt sich ohne jeden Anhaltspunkt hierzu auch nicht in den Vergleich hineinlesen.

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

Der Senat hat der Sache grundsätzliche Bedeutung beigemessen und daher die Revision gemäß § 160 Abs. 2 SGG zugelassen.

Der Streitwert war gemäß § 197a Abs 1 i.V.m. §§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG) auf 51.602,04 festzusetzen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2021-12-28