



Sozialgericht Hannover

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

S 61 KA 545/11

Verkündet am: 22. Juni 2016

A., Justizfachangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

1. Dr. B.
2. Dr. C.
3. Dr. D.

- Kläger -

Prozessbevollmächtigte:
zu 1-3: Rechtsanwälte E.

gegen

F.

- Beklagte -

hat die 61. Kammer des Sozialgerichts Hannover auf die mündliche Verhandlung vom 22. Juni 2016 durch die Vorsitzende, Richterin am Sozialgericht Dr. G. sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. H. und Dr. I. für Recht erkannt:

Die Klagen werden abgewiesen.

Die Kläger tragen die Kosten der Rechtsstreite.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit der Honorarbescheide für die Quartale 3/2010 bis 4/2011.

Die Kläger sind als Fachärzte für Radiologie standortübergreifend in J. und K. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Honorarbescheide für die Quartale 3/2010 bis 4/2011 enthielten insbesondere Vergütungen für Leistungen im Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsbezogenen Zusatzvolumen (QZV), welche ihrerseits in ihrer Höhe auf quartalsweise an jeden einzelnen Arzt gerichteten „Amtlichen Mitteilungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV)“ beruhten, in denen den Ärzten jeweils RLV und QZV zugewiesen worden waren. Wegen des Inhalts der Amtlichen Mitteilungen und der Honorarbescheide im Einzelnen wird auf die in den Verwaltungsakten befindlichen Amtlichen Mitteilungen vom Mai 2010, August 2010, November 2010, Februar 2011, Mai 2011 und August 2011 sowie auf die jeweiligen Honorarbescheide Bezug genommen.

Ihren Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal 3/2010 begründeten die Kläger damit, dass insbesondere das RLV und die QZV zu niedrig seien. Mit dem RLV werde nicht einmal die behandlungsfallbezogene Konsiliarpauschale vollständig vergütet werde. Eine RLV-Überschreitung sei von vornherein unvermeidbar. Auch die 156 sonographischen Untersuchungen nach Ziffer 33041 EBM stellten keine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit dar. Für die Vergütung dieser Leistungen verblieben keine RLV-Honoraranteile, da dies bereits für die Konsiliarpauschale verbraucht sei. Von besonderer Bedeutung seien die QZV-Leistungen, da die QZV alle eigentlichen radiologischen Leistungen bzw. Einzelleistungen erfassten. Aus den Abrechnungs- und Honorarwerten sowie den EBM-Bewertungen in Euro ergebe sich, dass die sich gemäß EBM an sich ergebende Leistungsanforderung für die erbrachten MRT-Leistungen (in Höhe von 228.998,16 Euro) das zugewiesene QZV (in Höhe von 128.939,68 Euro) signifikant überschreite und sich dies von vornherein nicht verhindern lasse. Dies ergebe sich zwangsläufig daraus, dass das QZV mit einem Fallwert von 80,5873 Euro berechnet werde, obwohl fast jede MRT-Untersuchung gemäß EBM mit mindestens 120,21 Euro zu vergüten sei. Entsprechendes gelte auch für die computertomographischen Untersuchungen. Eine QZV-Überschreitung sei nahezu unvermeidbar, da einem QZV-Fallwert von 69,8536 Euro eine Bewertung der einzelnen CT-Untersuchungen zwischen ca. 56 Euro und ca. 97 Euro – ggf. zuzüglich einer Zuschlagsziffer – gegenüberstehe.

Die Ärzte würden auch nur auf Überweisung tätig, wobei die – engeren - Auftragsüberweisungen einen Anteil von ca. 52% im Quartal 3/2010 ausmachten.

Es sei auch nicht ansatzweise erkennbar, dass die erbrachten MRT- bzw. CT-Leistungen sowie die übrigen QZV-Leistungen als zu verhindernde übermäßige Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit anzusehen seien.

Die Kläger wiesen ferner auf den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 25. Januar 2011 zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten hin. Dort sei bestimmt, dass die Partner der Gesamtverträge prüfen, ob arztgruppenspezifische Honorarverluste aufgrund der Nichtberücksichtigung der QZV bei der Bemessung des Aufschlages für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß 1.3.1 des jeweils gültigen RLV-Beschlusses vorliegen. Dies sei hier der Fall, weil nahezu alle QZV-relevanten Leistungen zuvor RLV-relevant gewesen seien, so dass der 10%ige Zuschlag nunmehr entfallen sei.

Die Kläger legten auch gegen die Honorarbescheide für die Folgequartale 3/2010 bis 4/2011 Widersprüche ein. Die Begründungen entsprachen im Wesentlichen dem geschilderten Vorbringen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19. September 2011 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Honorarbescheid 3/2010 zurück. Die übrigen Widersprüche wie die Beklagte mit zwei Widerspruchsbescheiden vom 15. November 2011 (betreffend Quartal 4/2010 und Quartal 1/2011), einem Widerspruchsbescheid vom 18. Januar 2012 (betreffend Quartal 2/2011), einem Widerspruchsbescheid vom 25. April 2012 (betreffend Quartal 3/2011) und einem Widerspruchsbescheid vom 13. Juni 2012 (Quartal 4/2011) zurück. Auf die genannten Widerspruchsbescheide wird wegen ihres Inhalts im Einzelnen Bezug genommen.

Gegen den Widerspruchsbescheid betreffend das Quartal 3/2010 vom 19. September 2011 wenden sich die Kläger mit ihrer am 6. Oktober 2011 erhobenen Klage. Sie wiederholen ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren und meinen, ihr Honorar sei in rechtswidriger Weise begrenzt worden. Sie hätten von vornherein keine Möglichkeit, mit dem zugewiesenen Honorarvolumen „auszukommen“. Die vertragsärztlichen Leistungen seien auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Aufgrund der zu geringen Fallwerte, insbesondere im Bereich der MRT-Leistungen (Fallwert 80,5873 Euro), erhielten sie durchgängig und vorhersehbar ihre Leistungen aber nicht mit diesen Preisen vergütet. Um mit dem RLV/den QZV auszukommen, hätten die Kläger ihre Fallzahlen fortlaufend reduzieren müssen, was aber zu einer Abwärtsspirale geführt hätte, denn die Fallzahl des Abrechnungsquartals sei zugleich die relevante Fallzahl für die RLV-/QZV-Zuweisung im entsprechenden Folgequartal des nächsten Jahres. Diese Problematik betreffe nicht nur die Kläger, sondern auch andere Radiologen. Durch die Vergütungsreform zum 1. Quartal 2009 trügen nicht mehr

die Vertragsärzte das Morbiditätsrisiko, sondern die Krankenkassen. Faktisch seien den Klägern in den Quartalen 3/2010 bis 4/2011 646.726,63 Euro nicht vergütet worden. Die RLV-/QZV-Ausschöpfungsquoten der Hausärzte und einiger Facharztgruppen zeigten, dass eine Vergütung zu Preisen des EBM/der Euro-Gebührenordnung auch unter Berücksichtigung der RLV-/QZV-Systematik möglich sei.

Die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) könne den Ärzten nicht anspruchsmindernd entgegengehalten werden. Bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung müsse auch darauf geachtet werden, dass Rechtspositionen der Vertragsärzte gewahrt und Vergütungsansprüche erfüllt werden könnten. Vorliegend sei die Vereinbarung der MGV für das Jahr 2010 maßgeblich, die nach den allgemeinen Vorgaben des §87a Abs. 3 SGB V auf der Grundlage des Behandlungsbedarfs zu bestimmen gewesen sei. Auf die lediglich rechnerische richtige Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses komme es nicht an, sofern bereits der Behandlungsbedarf für das Jahr 2010 zu niedrig festgelegt worden sei, der sich wegen der Regelung des § 87d Abs. 2 SGB V auch auf die Vergütung des Jahres 2011 auswirke. Im Übrigen komme eine abgestaffelte Vergütung nur bei Vorliegen einer übermäßigen Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit in Betracht, die im Falle der Kläger gerade nicht vorliege.

Im Hinblick auf das Urteil des BSG vom 11. Dezember 2013 (B 6 KA 6/13 R) weisen die Kläger nochmals auf die ihrer Ansicht nach gravierenden Unterschiede zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung im Hinblick auf die Ausschöpfungsquoten hin. Es sei fraglich, ob das für das Quartal 1/2009 ergangene BSG-Urteil undifferenziert für alle RLV-Verfahren gelte, insbesondere dann, wenn aufgrund der Fallwerte eine Vergütung zu Preisen der Euro-Gebührenordnung von vornherein ausgeschlossen sei. Da die Abstufung der Vergütung nach der genannten Rechtsprechung ohne weitere rechtliche Vorgaben erfolgen könne, stiegen die Anforderungen an die Rechtfertigung der eigentlichen Mengenbegrenzung als solcher. Es könne nicht sein, dass die Vergütung nach den rechtlichen Vorgaben „auf den Idealfall“ beschränkt bleibe. Die unabhängig vom Vorliegen einer Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit im Einzelfall erfolgende Abstufung führe zu erheblichen Vergütungseinbußen – ca. 143.000 Euro je Quartal bei den Klägern. Angesichts der klaren gesetzlichen Vorgabe, Leistungen nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten, und angesichts des Umfangs der im Abstufungsbereich erbrachten Leistungen sei zu folgern, dass es eine Untergrenze für die Abstufungsquote geben müsse. Bei einem kontinuierlich über Jahre äußerst niedrigen Niveau von ca. 7% bis 12% sei sie in unzulässiger Weise unterschritten. Die Ausschöpfungsquoten der Radiologen lägen in den Quartalen 3/2010 bis 4/2015 zwischen 127,3% und 168,1%, dabei in 16 von den 22 Quartalen über 140%. Dabei sei es ein an sich hergebrachter Grundsatz, dass das durchschnittliche Leistungsvolumen einer Arztgruppe als wirtschaftlich und damit notwendig angesehen werde, so dass an sich kein Anlass für eine

Abstaffelung bestehe. Die Ausschöpfungsquoten der Hausärzte lägen dagegen deutlich niedriger und die der Fachärzte niedriger.

Für die Überschreitungen bei den Radiologen bestehe eine strukturell bedingte Ursache. Aus Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 ergebe sich, dass – ausgehend von der MGV – innerhalb der versorgungsbereichsspezifischen RLV- und QZV-Vergütungsvolumina vor der Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina und der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche zahlreiche Abzüge erfolgten (Ziffern 1.2.4 und 2.5, 3.1.2, Anlage 5, Anlage 6 und Anlage 9 des Beschlusses; Teil A Ziffer 10 und 11 der „Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 - VNVV 2010). Die MGV, die auf den „notwendigen Behandlungsbedarf“ abstelle, werde damit nicht vollumfänglich – „eins zu eins“ – für den vereinbarten Behandlungsbedarf der entsprechenden RLV- und QZV-Leistungen genutzt. Die zwingende Folge sei, dass RLV und QZV von vornherein selbst dann nicht zur Vergütung dieser Leistungen ausreichten, wenn es keine Mengenentwicklung gegeben habe, wenn also der vereinbarte Behandlungsbedarf als notwendige medizinische Versorgung nicht überschritten worden sei. Damit seien Vergütungseinbußen unvermeidlich und rechtswidrig. Auch der BAG-Zuschlag komme der Arztgruppe der Radiologen nur sehr eingeschränkt zugute, da er nicht auf die QZV-Leistungen gewährt werde, die ihrerseits den Großteil der radiologischen Leistungen ausmachten.

Umfang und Dauer der Vergütungseinbußen seien angesichts der Rechtsprechung des BSG nunmehr zu reflektieren. Dauerhafte Quotierungen innerhalb von RLV und QZV mit der Folge gravierender Vergütungseinbußen in einer Vielzahl von Behandlungsfällen seien rechtswidrig. Die rechnerische Richtigkeit der Honorarabrechnung ziehe nicht automatisch deren Rechtmäßigkeit nach sich.

Gegen die übrigen Widerspruchsbescheide wenden sich die Kläger mit ihren weiteren Klagen. Gegen die beiden Widerspruchsbescheide vom 15. November 2011 (Quartale 4/2010 und 1/2011) haben sie am 26. November 2011 Klagen erhoben (zunächst Az. S 61 KA 620/11 und 61 KA 621/11), und gegen den Widerspruchsbescheid vom 18. Januar 2012 (Quartal 2/2011), welcher am 19. Januar 2012 zur Post gegeben wurde, haben sie am 22. Februar 2012 Klage erhoben (zunächst Az. S 61 KA 144/12). Die genannten Verfahren wurden bereits mit Beschluss vom 15. März 2012 unter dem führenden Aktenzeichen S 61 KA 545/11 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Gegen den Widerspruchsbescheid vom 25. April 2012 (Quartal 3/2011) haben die Kläger am 9. Mai 2012 zunächst unter dem Aktenzeichen S 61 KA 295/12 Klage erhoben, gegen den Widerspruchsbescheid vom 13. Juni 2012 (Quartal 4/2011) haben sie am 27. Juni 2012 zunächst unter dem Aktenzeichen S 61 KA 362/12 Klage erhoben. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 22. Juni 2016 hat das Gericht auch die beiden letztgenannten Klagen zur

gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem führenden Aktenzeichen S 61 KA 545/11 verbunden.

Zur Begründung ihrer weiteren Klagen beziehen sich die Kläger auf ihr Vorbringen im Klageverfahren betreffend das Quartal 3/2010.

Die Kläger beantragen,

1. den Honorarbescheid der Beklagten betreffend das Quartal 3/2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. September 2011 aufzuheben, soweit nicht Honorar gewährt wurde, und die Beklagte zu verurteilen, über den Honoraranspruch der Kläger erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden,
2. den Honorarbescheid der Beklagten betreffend das Quartal 4/2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. November 2011 aufzuheben, soweit nicht Honorar gewährt wurde, und die Beklagte zu verurteilen, über den Honoraranspruch der Kläger erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden,
3. den Honorarbescheid der Beklagten betreffend das Quartal 1/2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. November 2011 aufzuheben, soweit nicht Honorar gewährt wurde, und die Beklagte zu verurteilen, über den Honoraranspruch der Kläger erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden,
4. den Honorarbescheid der Beklagten betreffend das Quartal 2/2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Januar 2012 aufzuheben, soweit nicht Honorar gewährt wurde, und die Beklagte zu verurteilen, über den Honoraranspruch der Kläger erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden,
5. den Honorarbescheid der Beklagten betreffend das Quartal 3/2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. April 2012 aufzuheben, soweit nicht Honorar gewährt wurde, und die Beklagte zu verurteilen, über den Honoraranspruch der Kläger erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden,
6. den Honorarbescheid der Beklagten betreffend das Quartal 4/2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Juni 2012 aufzuheben, soweit nicht Honorar gewährt wurde, und die Beklagte zu verurteilen, über den Honoraranspruch der Kläger erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klagen abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Honorarbescheide für rechtmäßig und ist der Auffassung, die Ermittlung der RLV und QZV sei insbesondere auch im Hinblick auf die Basisfallwertberechnung

nicht zu beanstanden. Die MGV spiele dabei eine zentrale Rolle, da sie vorgebe, wieviel Geld insgesamt für die Honorarverteilung zur Verfügung stehe. Dieses werde nach Teilung in die Versorgungsbereiche je Arztgruppe aufgeteilt. Der arztgruppenspezifische Anteil am gesamten zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs berechne sich nach der Anlage 2 zum Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 aus dem Verhältnis des Leistungsbedarfs für RLV-Leistungen der jeweiligen Arztgruppe zum gesamten Leistungsbedarf für RLV-Leistungen aller Arztgruppen eines Versorgungsbereichs aus dem Basiszeitraum, nämlich dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008. Die RLV-Basisfallwerte errechneten sich sodann aus der Division des arztgruppenindividuell zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens durch die RLV-relevante Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe des Vorjahresquartals. Entsprechendes gelte für die QZV, für die sich – vereinfacht – ausgedrückt – die Leistungsfallwerte aus der Division des arztgruppenindividuell zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen, hier QZV, durch die jeweilige Leistungsfallzahl des Vorjahresquartals der jeweiligen Arztgruppe ergäben.

Der grundsätzliche Rückgang der insgesamt zur Verteilung zur Verfügung stehenden Honorarsummen für alle Arztgruppen im Jahr 2010 im Vergleich zu 2009, welcher zu den zum Teil sehr geringen Leistungsfallwerten geführt habe, habe einerseits darauf beruht, dass die bundesweit angenommene Steigerung des Leistungsbedarfs von 2007 auf 2008 in Höhe von 9,7%, auf der die MGV des Jahres 2009 basiert habe, in Niedersachsen real nicht habe erreicht werden können. Im Bereich der Beklagten seien im Jahr 2008 nämlich weniger Leistungen abgerechnet worden als bundesweit geschätzt gewesen sei. Die MGV des Jahres 2010 habe dann auf echten Abrechnungsdaten des Jahres 2008 beruht mit der Folge, dass die MGV des Jahres 2010 im Vergleich zur MGV des Jahres 2009 zurückgegangen sei. Gleichzeitig habe es im Bereich der Vorableistungen ein starkes Mengenwachstum gegeben. Zur Stützung der von den RLV abgedeckten Grundpauschalen seien dann die QZV geschaffen worden. Es sei durch den Beschluss vom 26. März 2010 auch eine Mengenbegrenzung der außerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen erfolgt. Zur Begrenzung der bis dahin freien Leistungen seien für fast alle Arztgruppen QZV eingeführt worden. Daraufhin hätten sich die RLV-Fallwerte aller Arztgruppen wieder stabilisiert, auch die der Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT und Abrechnung von CT- und MRT-Leistungen nach den EBM-Ziffern 34310 bis 34351 und 34410 bis 34460. Im Quartal 3/2010 habe der RLV-Basisfallwert 4,7698 Euro ohne und 5,24768 Euro mit RLV-Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften betragen. Eine Stützung des Fallwertes sei nicht erforderlich gewesen, weswegen auch die QZV-Volumen nicht hätten reduziert werden müssen. Es sei unzutreffend, dass der Fallwert nicht einmal die radiologische Konsiliarpauschale abgedeckt habe, was ein Abgleich mit den Euro-Preisen der Ziffern 24210, 24211 und 24212 ergebe, die unter Berücksichtigung des BAG-Zuschlags 5,78 Euro, 4,38 Euro und 5,78 Euro betragen hätten. Die Kläger hätten dabei in weit überwiegendem Maße Patienten betreut, die unter die Ziffer

24211 gefallen seien. Von den Sonographien sei lediglich die Ziffer 33041 innerhalb des RLV vergütet worden, alle übrigen fielen unter QZVs (Sonographie I bis Sonographie III). Hier müssten sich die Kläger eine Mischkalkulation vorhalten lassen, aufgrund derer teurere Fälle durch weniger leistungsintensive Fälle ausgeglichen würden.

Die Beklagte habe mit den niedersächsischen Kassenverbänden eine Regelung zum Ausgleich von Honorarverlusten für das Jahr 2010 vereinbart. Gemäß Nr. 8 des Teils A der VNVV sei bei einem Honorar- und Fallwertverlust von jeweils mehr als 15% gegenüber dem entsprechenden Referenzquartal aus 2008 eine Stützung aus der Gesamtvergütung mit der Hälfte des zur vollen Stützung notwendigen Betrages erfolgt. Außerdem habe es eine innerärztliche Ausgleichsrichtlinie für die Gewährung von Sicherstellungszahlungen gegeben, nach der bei einem Fallwert- und Honorarrückgang von jeweils über 9% im Vergleich zum Referenzquartal aus 2008 Stützungszahlungen von Amts wegen erfolgt seien, die aber bei den Klägern im Quartal 3/2010 nicht zum Tragen gekommen sei, da der Honorarrückgang 8,52% betragen habe.

Im Quartal 4/2010 sei eine Stützung des RLV-Fallwertes zu Lasten der QZV nach den Vorgaben in Nr. 10 des Teils A der VNVV erfolgt.

Der Gesetzgeber habe mit der Begrenzung des Leistungsvolumens auch eine präventive Maßnahme ergriffen, so dass es nicht darauf ankomme, ob bei dem einzelnen Arzt tatsächlich eine übermäßige Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit vorliege.

Die Beklagte sei auch nicht verpflichtet gewesen, eine höhere MGV zu erhandeln, um eine höhere Vergütung sicherzustellen. Im Übrigen habe sich das an die Arztgruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie ausgezahlte Honorar seit 2008 mit leichten Schwankungen gesteigert.

Weder die RLV-Basisfallwerte noch die Ausschöpfungsquoten des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs seien vergleichbar. Auch ein Vergleich mit anderen Facharztgruppen verbiete sich aufgrund des Berechnungsmodus der arztgruppenspezifischen Honorarvolumina.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte und der Gerichtsakten Bezug genommen, insbesondere auf die Klageschriften, die vorbereitenden Schriftsätze der Kläger vom 29. Dezember 2011, 12. November 2012, 6. Juni 2016, 20. Juni 2016 mit Anlagen sowie die vorbereitenden Schriftsätze der Beklagten vom 4. April 2012, 30. Oktober 2012, 5. August 2015 und 13. Juni 2016 mit Anlagen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht erhobenen und auch im Übrigen zulässigen Klagen sind nicht begründet, denn die angefochtenen Honorarbescheide erweisen sich als rechtmäßig.

Gesetzliche Rechtsgrundlage für die streitigen Honorarbescheide ist insbesondere § 87b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i. d. F. vom 26. März 2007 (§ 87b SGB V a. F.). Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V a. F. wurden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V a. F. vergütet. Gemäß § 87b Abs. 2 SGB V a. F. waren zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes oder der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Gemäß § 87b Abs. 2 S. 2 SGB V ist ein RLV 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 enthaltenen und für den Arzt oder Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten sind. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 der Norm ist gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V a. F. die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten. Nach § 87b Abs. 4 SGB V a. F. hatte der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV zu bestimmen. In Ausfüllung dieses Regelungsauftrages erging unter anderem der „Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010“, welcher in Teil F den „Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2010“ enthielt. Der Beschluss sah eine Honorarverteilung nach RLV und zusätzlich für bestimmte Leistungen gebildeten QZV vor. Dabei ergab sich die Höhe des RLV aus der Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes und der RLV-relevanten Fallzahl des Arztes (vgl. Ziffer 3.2.1 des BA-Beschlusses vom 26. März 2010), die Höhe der QZV ergab sich aus Ziffer 3.3 i. V. m. Anlage 8. Die in das RLV und die QZV fallende Leistungsmenge sollte mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen vergütet werden, für die über das RLV hinausgehenden Leistungen war ein abgestaffelter Preis vorgesehen (vgl. Ziffer 1.1 des BA-Beschlusses).

Auf der Grundlage dieses Beschlusses regelte die Beklagte die Honorarverteilung für die streitigen Quartale des Jahres 2010 durch die mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen geschlossenen „Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010“ (VNvV 2010) sowie der dazu ergangenen Nachträge.

Für die Honorarverteilung ab dem 1. Januar 2011 galt der „Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleis-

tungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2011“, welcher keine grundlegenden Änderungen am System der RLV und QZV vornahm. Weitere Beschlüsse aus der 245. Sitzung des Bewertungsausschusses vom 22. Dezember 2010 und aus der 256. Sitzung sahen mit Wirkung zum 1. April 2011 bzw. zum 1. Juli 2011 unter anderem Neuregelungen der Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften bzw. eine Neuregelung zur regionalen Bestimmung von derartigen Zuschlägen auf QZV vor.

Die Honorarverteilung ab dem 1. Januar 2011 regelte die Beklagte durch die mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen geschlossene „Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2011“ (VNVV 2011).

Die genannten Vorschriften sind rechtmäßig und, soweit es hier im Streit steht, auch rechtmäßig umgesetzt worden.

Die Berechnung der für die streitgegenständlichen Quartale zugewiesenen RLV und QZV mit Fallwerten, die unter den in der Euro-Gebührenordnung bzw. dem EBM festgelegten Preisen liegen, ist als rechtmäßige Folge einer nur begrenzt zur Verfügung stehenden Honorarverteilungssumme hinzunehmen. Auch die niedrigen Abstufungsquoten sind aus diesem Grunde rechtlich nicht zu beanstanden. Die Kammer folgt dabei der Auffassung des BSG, wonach eine Kassenärztliche Vereinigung nicht verpflichtet ist, das RLV eines Vertragsarztes so zu bemessen, dass die wesentlichen Leistungen seines Fachgebietes in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden (hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 – B 6 KA 6/13). Dies folgt aus der Diskrepanz, die zwischen den gesetzlichen Regelungen zur Euro-Gebührenordnung einerseits und den die Höhe des RLV bestimmenden Faktoren andererseits besteht. Das Gesetz enthält nämlich für die Berechnung des RLV keine Vorgaben, aus denen sich ergibt, dass sich ein RLV zwingend aus der Multiplikation des Punktzahlvolumens der in das RLV fallenden Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung errechnen lässt. Das Gesetz gibt auch nicht vor, dass ein RLV anhand der mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung bewerteten Leistungsmenge zu berechnen ist. Nach § 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V a. F. sind für die Höhe des RLV nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung maßgeblich, sondern die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen. Damit stellt das RLV faktisch nur im „Idealfall“ sicher, dass die von ihm erfasste Leistungsmenge in vollem Umfang mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird. Es ist aber keineswegs ausgeschlossen, dass der für die Vergütung der in das RLV fallenden Leistungen zur Verfügung stehende Anteil an der Gesamtvergütung hierfür nicht ausreicht. Für die Höhe der Gesamtvergütungen ist nämlich nicht das Punktzahlvolumen der tatsächlich abgerechneten Leistungen maßgeblich, sondern der – im Voraus – nach § 87a Abs. 3 SGB V vereinbarte Behandlungsbedarf. Nach Satz 2 a. a. O. vereinbaren die Gesamtvertragspartner auf der Grundlage des EBM den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten

verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit den nach § 87a Abs. 2 SGB V vereinbarten Punktwerten in Euro. Der so vereinbarte Behandlungsbedarf „gilt“ nach § 87a Abs. 3 Satz 2, 2. Halbsatz als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Dieser vereinbarte Behandlungsbedarf ist nicht identisch mit dem faktischen Behandlungsaufkommen - auch dann nicht, wenn dies medizinisch notwendig ist. Vielmehr entsteht dann, wenn die tatsächlich abgerechnete Leistungsmenge die als Behandlungsbedarf vereinbarte Leistungsmenge übersteigt, eine „Vergütungslücke“. Somit sind Vergütungsabsenkungen die zwangsläufige Folge. Die Fallwerte, welche die Beklagte bei der Berechnung von RLV und QZV zugrunde gelegt hat, stellen sich damit im Wesentlichen als das Ergebnis der Aufteilung des für die Fachgruppe der Radiologen zur Verfügung stehenden Anteils an der Gesamtvergütung auf die tatsächlich abgerechneten Fälle dar, während lediglich die MGV ihrerseits mit den sich aus der Euro-Gebührenordnung ergebenden Werten für einen „vereinbarten“ – nicht den tatsächlich angefallenen – Behandlungsbedarf berechnet wird. Damit sind auch die Fallwerte selbst das Ergebnis der Begrenztheit des Vergütungsvolumens. Diese führt im Ergebnis zu einer – rechtmäßigen - Quotierung auch derjenigen Leistungen, die in das RLV/die QZV fallen.

Die Quotierung ist auch unabhängig davon rechtmäßig, ob es in der einzelnen Arztpraxis tatsächlich zu einer Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit gekommen ist. Dies folgt daraus, dass nach der gesetzlichen Vorgabe in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V a. F. die RLV „zur Verhinderung“ einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis gebildet werden. Damit sind präventive Maßnahmen ausdrücklich von der gesetzlichen Konzeption gedeckt. Darüber hinaus folgt die Kammer auch insoweit der Auffassung des BSG in dem zitierten Urteil, wonach der Begriff der „übermäßigen Ausdehnung“ nicht arztindividuell, sondern fachgruppenbezogen zu betrachten ist. Mengenausweitungen in der Fachgruppe gehen damit auch zu Lasten von Praxen, die ihrerseits keine übermäßige Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit aufweisen. Der Begriff der „übermäßigen Ausdehnung“ umfasst im Übrigen alle Konstellationen, in denen honorarbegrenzende Maßnahmen erforderlich werden.

Auch das Ausmaß der Abweichung des für die Berechnung von RLV und QZV zugrunde gelegten Fallwertes von den Werten der Euro-Gebührenordnung erweist sich im Ergebnis nicht als rechtswidrig. Die Abweichung ist allerdings erheblich, insbesondere soweit die MRT-Leistungen betroffen sind, die nach dem EBM zum ganz überwiegenden Teil mit 120,21 Euro bewertet sind und für die die Beklagte bei der QZV-Berechnung zum Teil nur einen Fallwert in Höhe von 83,02 Euro (Quartal 3/2010) bzw. 80,47 Euro (Quartal 4/2010) veranschlagt hat. Im Laufe des Jahres 2011 sind die Fallwerte dann wieder angestiegen, so dass im Quartal 2/2011 ein Fallwert von 96,40 Euro erreicht wurde, im Quartal 3/2011 in Höhe von 98,89 Euro und im Quartal 4/2011 von 95,35 Euro.

Ein Fallwert, der die Höhe der EBM-Bewertung erreicht, kann nach der Rechtsauffassung des BSG (a. a. O.) nur im Idealfall erreicht werden. Diese Betrachtung impliziert, dass vor dem Hintergrund der Regelungen zur Bemessung des RLV das Unterschreiten der EBM-Vergütung die Regel sein darf, da die MGV für einen „vereinbarten Bedarf“ und nicht für den tatsächlich abgerechneten Bedarf errechnet wird. Angesichts dieser rechtlichen Wertung ist die Kammer der Auffassung, dass auch die in den Quartalen 3/2010 bis 1/2011 zugrunde gelegten Fallwerte noch rechtmäßig sind, obwohl damit nur etwa zwei Drittel der EBM-Vergütung erreicht wurden.

Auch hier gilt, dass eine höhere Vergütung nur zu Lasten anderer Arztgruppen hätte stattfinden können. Im Übrigen hat die Beklagte für das Jahr 2010 mit den Kassenverbänden eine Regelung zum Ausgleich von Honorarverlusten vereinbart, die bei einem Honorar- und Fallwertverlust von mehr als 15% gegenüber dem Vorjahresquartal die Gewährung von Ausgleichszahlungen vorsah. Zusätzlich existierten die Regelungen nach der innerärztlichen Ausgleichsrichtlinie, die bei einem Honorar- und Fallwertrückgang von jeweils mehr als 9% zur Anwendung gelangte. So erhielt die klägerische Praxis nach den in der mündlichen Verhandlung gemachten Angaben für das Quartal 4/2010 zusätzlich zu den in den Honorarbescheiden ausgewiesenen Beträgen einen Ausgleich in einer Größenordnung von 45.000 Euro und für das Quartal 1/2011 in Höhe von 6.685 Euro.

Abgesehen davon ist es gerichtsbekannt, dass nahezu alle Facharztgruppen im Jahr 2010 ganz erhebliche Einkommenseinbußen gegenüber dem Vorjahr 2009 hinnehmen mussten. Dies liegt in den von der Beklagten geschilderten Umständen begründet, die für das Jahr 2009 zu ungewöhnlich hohen Honoraren geführt hatten und, nachdem die MGV für das Jahr 2010 auf den tatsächlich im Jahr 2008 erreichten Werten basierte, zusammen mit der Steigerung bei den Vorableistungen sodann zu einem starken Honorarrückgang führten. Eine realistische Betrachtung der Honorarentwicklung kann sich daher nur an einem Vergleich mit dem Basisjahr 2008 orientieren. Hier aber ergibt sich für die Fachgruppe der Radiologen nach der von der Beklagten vorgelegten „Honorarstatistik der Fachgruppen – 3/2010 im Vergleich zu 3/2008“, dass das insgesamt an die Fachgruppe der Radiologen ausgezahlte Honorar um 6,72% angestiegen ist und sich eine – minimale – Honorarsteigerung je Arzt von 0,07% ergab. Das Auseinanderklaffen der Steigerung bei Honorarsumme und Honorar je Arzt dürfte dabei unter anderem in der Steigerung der Anzahl der Ärzte von 241 auf 257 begründet sein. Außerdem ist im Laufe der streitgegenständlichen Quartale insgesamt ein Honoraranstieg – mit gewissen Schwankungen – zu verzeichnen, der sich auch an der in den Anlagen 2 der Honorarbescheide enthaltenen Vergütungsquoten ablesen lässt, die sich von etwa 69% im Quartal 3/2010 auf ca. 82 % im Quartal 3/2011 bzw. ca. 79% im Quartal 4/2011 gesteigert haben.

Auch der Umstand, dass die über das RLV bzw. die QZV hinausgehenden Leistungsanforderungen nur mit einer Abstufungsquote zwischen knapp 7% und knapp 11% vergütet worden sind, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Die niedrigen Abstufungsquoten erklären sich aus der Vorgabe des Bewertungsausschusses in seinem Beschluss vom 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010 bzw. mit Wirkung zum 1. Januar 2011, welcher unter Ziffer I.1.1 für die Berechnung des abgestaffelten Preises auf seine Anlage 1 verweist. Nach Anlage 1 Ziffer 2 beläuft sich das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Preise auf – nur – 2% des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens. Die Abstufungsquote errechnet sich nach Ziffer 3 der Anlage 1 sodann, indem das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Preise durch die nach Ziffer 1 der Anlage 1 versorgungsbereichsspezifisch festgestellten, über RLV und QZV hinausgehende Vergütungen (im Sinne von Vergütungsanforderungen) geteilt wird. Nach Ziffer 4 der Anlage 1 werden die über RLV und QZV hinausgehenden Vergütungen (im Sinne von Vergütungsanforderungen) mit der errechneten Quote multipliziert. Nach Auffassung der Kammer ist diese Vorgabe des Bewertungsausschusses nicht zu beanstanden.

Die Entscheidung als solche, für Leistungen, die über RLV und QZV hinausgehen, eine abgestaffelte Vergütung vorzusehen, entspricht der gesetzlichen Vorgabe in § 87b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V a. F., von der nach dem 2. Halbsatz der Regelung nur abgewichen werden kann, wenn eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten zu verzeichnen ist, wofür vorliegend keine Anhaltspunkte bestehen. Aber auch die Höhe der Abstufung, die sich aus dem geschilderten Rechenweg ergibt, ist nicht zu beanstanden. Die die Kläger betreffenden Abstufungsquoten sind äußerst gering und darauf zurückzuführen, dass mit 2% nur ein kleiner Bruchteil des versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumens für die abgestaffelten Preise zur Verfügung steht. Allerdings ist auch diese Entscheidung nach Auffassung der Kammer von der dem Bewertungsausschuss zustehenden Gestaltungsfreiheit gedeckt. Die Beklagte hat in diesem Zusammenhang auch zutreffend darauf hingewiesen, dass eine – vielleicht wünschenswerte – höhere Abstufungsquote das für die Vergütung der innerhalb des RLV/der QZV erbrachten Leistungen zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen vermindern würde, da der entsprechende Betrag hiervon abgezweigt wird. Der gesetzlichen Intention, eine Ausweitung der ärztlichen Tätigkeit zu verhindern, entspricht es, wenn angesichts eines nur begrenzt zur Verfügung stehenden Verteilungsvolumens dessen Großteil der Honorierung derjenigen Leistungen dient, die sich im Rahmen der errechneten RLV- und QZV-Volumen bewegen.

Da die Abstufungsquote nicht arztgruppen-, sondern versorgungsbereichsspezifisch errechnet wird, trifft sie sämtliche Facharztgruppen. Eine Benachteiligung der radiologischen Fachgruppe ist hier nicht gegeben, und auf einen Vergleich mit der hausärztlichen Situation kommt es nach Auffassung der Kammer aufgrund der strikten Trennung der Versorgungsgebiete nicht an.

Bedenken gegen eine zutreffende Vereinbarung der jeweiligen MGV bestehen nicht und können im Übrigen im vorliegenden Verfahren nicht auf ihre Berechtigung hin überprüft werden. Eine inzidente Prüfung einer Gesamtvergütungsvereinbarung in einem Rechtsstreit über den Honoraranspruch eines Vertragsarztes ist ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 27. April 2005 - B 6 KA 23/04 R).

Lediglich mittelbar ist insoweit eine Kontrolle möglich, als es um die Angemessenheit der Vergütung geht. Das in § 72 Abs. 2 SGB V enthaltene Gebot zur angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ist aber erst dann verletzt, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 - B 6 KA 6/13 R, Rn. 42). Eine solche Situation lag in den streitgegenständlichen Quartalen nicht vor, auch wenn es - wie in vielen Arztgruppen - zu erheblichen Honorareinbußen gekommen ist.

Soweit die Kläger vortragen, dass die vereinbarte MGV aufgrund zahlreicher Vorwegabzüge gar nicht vollumfänglich - „eins zu eins“ - zur Vergütung der dem vereinbarten Behandlungsbedarf entsprechenden RLV- und QZV-Leistungen verwendet wurde, folgt auch hieraus nicht die Rechtswidrigkeit der angefochtenen Bescheide. So wird die MGV nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V a. F. für „die gesamte vertragsärztliche Versorgung“ der Versicherten vereinbart. Lediglich Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit und darüber hinaus vertraglich vereinbarte Leistungsbereiche werden gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V a. F. außerhalb der MGV vergütet. Es gibt aber keine Vorgabe, dass aus der MGV lediglich die reine Vergütung für RLV und QZV-Leistungen zu finanzieren ist. Vielmehr gehören auch die von den Vorwegabzügen nach Ziffer 3.1.2 des Beschlusses vom 26. März 2010 umfassten Bereiche zur vertragsärztlichen Versorgung im Sinne der MGV.

Die streitigen Bescheide halten auch insoweit einer rechtlichen Überprüfung stand, als die Beklagte den BAG-Zuschlag lediglich auf die zugewiesenen RLV, aber nicht auf die QZV gewährt hat. Die Begrenzung auf die RLV entspricht für die Quartale 3/2010 bis 2/2011 zunächst den Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 unter Ziffer I.1.3.1, welche in dieser Fassung nach Ziffer 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Dezember 2010 (aus der 245. Sitzung) bis zum 30. Juni 2011 galten. Demnach wurde lediglich das praxisbezogene RLV, nicht die QZV, unter bestimmten Voraussetzungen um einen Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften erhöht. Mit Wirkung zum 25. Januar 2011 galt zusätzlich der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 25. Januar 2011 (248. Sitzung), der vorsah, dass die Partner der Gesamtverträge zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten prüfen, ob arztgruppenspezifische Honorarverluste aufgrund der Nichtberücksichtigung der QZV bei der Bemessung des BAG-Zuschlages vorliegen. Zur Fi-

nanzierung von Maßnahmen zum Ausgleich festgestellter überproportionaler Honorarverluste waren weitere Vereinbarungen durch die Gesamtvertragspartner vorgesehen. Eine solche findet sich in Ziffer 8.4 Abs. 1a Buchstabe b) der VNVV 2011 für die Radiologen. Danach wurden von Amts wegen beim Vorliegen bestimmter Voraussetzungen in gewissem Umfang Ausgleichszahlungen gewährt. Aufgrund dieser Regelung ist den Klägern für das Quartal 1/2011 eine Zahlung in einer Größenordnung von 6.685 Euro gewährt worden. Ab dem 3. Quartal 2011 bestand nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 256. Sitzung zusätzlich die Möglichkeit, dass die Partner der Gesamtverträge einvernehmliche Regelungen zu einer Anwendung der BAG-Zuschläge auch auf QZV treffen. Derartige Regelungen sind in Niedersachsen ersichtlich nicht zustande gekommen. Eine Überprüfung der Frage, ob die Gesamtvertragspartner zu Recht nicht von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, ist nach Auffassung der Kammer aber der gerichtlichen Überprüfung entzogen (vgl. BSG, Beschluss vom 28. Oktober 2015 - B 6 KA 35/15 B).

Im Ergebnis ist die Begrenzung des BAG-Zuschlages auf die RLV rechtmäßig und von der Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses gedeckt. In der Begrenzung des Zuschlages auf die RLV liegt auch kein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz. Zwar erbringen die Radiologen den Großteil ihrer Leistungen gerade nicht im RLV und unterscheiden sich dadurch von anderen Arztgruppen. Andererseits gibt es aber auch unter den übrigen Arztgruppen keine Einheitlichkeit im Hinblick auf die Vergütungsanteile, die im RLV bzw. in den QZV erbracht werden. Auch der Umstand, dass die erwarteten Zahlungen für die BAG-Zuschläge vorab vom versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen abgezogen werden (vgl. Ziffer I.3.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010 bzw. zum 1. Januar 2011) und in die Fachgruppe der Radiologen nur zu einem geringeren Teil zurückfließen als in diejenigen Fachgruppen, die höhere Honoraranteile im RLV erzielen, führt nicht zu einer gleichheitssatzwidrigen Ungleichbehandlung, da für die Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens für die streitigen Quartale auf das Basisjahr 2008 abgestellt wird (vgl. Ziffer I.3.1.3 i. V. m. Anlage 5 der genannten Beschlüsse). Damit ist eine Umverteilung unter den Arztgruppen zu Lasten der Radiologen im streitigen Zeitraum von vornherein ausgeschlossen. Etwaigen Härten wurde durch die Möglichkeit, Ausgleichszahlungen zu gewähren, in ausreichendem Maße Rechnung getragen.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Kläger mit ihrem Vorbringen, wonach sie in den streitigen sechs Quartalen Honorarverluste in einer Größenordnung von ca. 600.000 Euro erlitten hätten, die Differenz zwischen Leistungsanforderung und tatsächlich gewährter Vergütung meinen. Auf die vollständige Vergütung der Leistungsanforderung auch außerhalb von RLV und QZV besteht aber von vornherein kein Anspruch, so dass nicht von Einbußen, sondern lediglich von nicht vergüteten Leistungen zu sprechen ist.

Nach alledem konnten die Klagen keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Sozialgerichtsgesetz i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder in elektronischer Form nach Maßgabe der Niedersächsischen Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Justiz vom 21.10.2011 (Nds. GVBl. S. 367) in der jeweils aktuellen Fassung oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Hannover, Leonhardtstraße 15, 30175 Hannover, schriftlich oder in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Hannover, Leonhardtstraße 15, 30175 Hannover, schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der obengenannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.

Dr. G.