

L 5 KA 3897/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

5

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 20 KA 1369/14

Datum

20.08.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KA 3897/14

Datum

15.12.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufungen des Klägers gegen die Urteile des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.08.2014 ([S 20 KA 753/14](#), [S 20 KA 1369/14](#) sowie [S 20 KA 732/11](#)) werden zurückgewiesen.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.08.2014 ([S 20 KA 52/13](#)) wird als unzulässig verworfen.

Der Kläger trägt die Kosten der Verfahren.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 100.000 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Rechtmäßigkeit der honorarärztlichen Vergütung des Klägers in den Quartalen 3/2005 bis 1/2008, 3/2010, 4/2010, 1/2011, 3/2011, 4/2011 sowie 1/2012 bis 4/2012 streitig.

1. Der Kläger nimmt seit dem Quartal 3/2005 als Facharzt für Allgemeinmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung mit Sitz in F. teil.

a) Mit Schreiben vom 16.05.2007, welches bei der Beklagten am 18.05.2007 einging, machte der Kläger auf seine Praxissituation aufmerksam und beantragte eine höhere Vergütung seiner chirotherapeutischen Leistungen.

Mit Bescheid vom 31.05.2007 hob die Beklagte das Punktzahlgrenzvolumens (PZG) des Klägers ab dem Abrechnungsquartal 1/2007 um 22 Punkte je Fall im Bereich der Chirotherapie an.

Mit Schreiben vom 18.06.2007 beantragte der Kläger eine unbudgetierte Auszahlung von Leistungen für die Behandlung von Menschen in ihren letzten beiden Lebensquartalen.

Mit Bescheid vom 14.08.2007 gewährte die Beklagte - nach Überprüfung der Quartale 3/2005 bis 2/2006 - einen praxisindividuellen Zuschlag auf das PZG ab dem Quartal 2/2007 um 184 Punkte je Fall, lehnte jedoch gleichzeitig eine "Entbudgetierung" der Leistungen für einzelne Fälle ab.

Mit Honorarbescheid vom 12.07.2007 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 1/2007 auf 25.259,36 Euro fest. Die Festlegung der Fallpunktzahl stellte sich wie folgt dar:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Gesamt PZG 361 421 833 Aufschlag Chirotherapie 13 16 31 Praxisindividueller Zuschlag 213 244 28

Gesamt 587 681 892 Anerkannte Fallzahl 1 108 177 286 PZGV 587 73.548 157.884 232.019 durchschnittliche Fallpunktzahl 811,3

Mit Honorarbescheid vom 11.10.2007 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 2/2007 auf 25.429,44 Euro fest. Die Festlegung der Fallpunktzahl stellte sich wie folgt dar:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Gesamt PZG 361 421 833 Aufschlag Chirotherapie 13 16 31 Praxisindividueller Zuschlag 397 428 212

Gesamt 771 865 1.076 Anerkannte Fallzahl 0 118 179 297 PZGV 0 102.070 192.604 294.674 durchschnittliche Fallpunktzahl 992,2

Mit Bescheid vom 11.01.2008 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 3/2007 auf 29.437,68 Euro fest. Die Festlegung der Fallpunktzahl stellte sich wie folgt dar:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Gesamt PZG 361 421 833 Aufschlag Chirotherapie 13 16 31 Praxisindividueller Zuschlag 397 428 212

Gesamt 771 865 1.076 Anerkannte Fallzahl 0 147 182 329 PZGV 0 127.155 195.832 322.987 durchschnittliche Fallpunktzahl 981,7

Mit Bescheid vom 11.04.2008 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 4/2007 auf 39.625,39 Euro fest. Die Festlegung der Fallpunktzahl stellte sich wie folgt dar:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Gesamt PZG 361 421 833 Aufschlag Chirotherapie 13 16 31 Praxisindividueller Zuschlag 397 428 212

Gesamt 771 865 1.076 Anerkannte Fallzahl 1 170 183 354 PZGV 771 147.050 196.908 344.729 durchschnittliche Fallpunktzahl 973,80

Mit Honorarbescheid vom 14.07.2008 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 1/2008 fest.

Mit Schreiben vom 26.10.2007, welches bei der Beklagten am 29.20.2007 einging, legte der Kläger Widerspruch gegen die Honorarabrechnung für das Quartal 2/2007 ein. Er wünsche weiterhin eine "Entbudgetierung" der Chirotherapieleistungen, die Befreiung von der Budgetierung für das Sterbequartal eines Patienten sowie die Erhöhung des allgemeinärztlichen Budgets. Schließlich seien die Gebührennummern (GNR) 03120, 03311, 03312 und 30201 in vollen Umfang erbracht worden, da sie medizinisch notwendig gewesen seien.

Mit weiteren Schreiben vom 01.12.2007 widersprach der Kläger rückwirkend allen Abrechnungen ab dem Quartal 3/2005 mit der Begründung, einer seiner Kollegen, Dr. R., habe eine Freistellung vom PZG für die Chirotherapie erreicht.

Mit Schreiben vom 24.01.2008, welches bei der Beklagten am 29.01.2008 einging, griff der Kläger die Honorarabrechnung für das Quartal 3/2007 (Honorarbescheid vom 11.01.2008) an.

Am 25.04.2008, Schreiben vom 22.04.2008, erhob der Kläger zudem Widerspruch gegen den Honorarbescheid 4/2007 (Honorarbescheid vom 11.04.2008) und beantragte die von ihm gewünschten Korrekturen zu berücksichtigen.

Mit Schreiben vom 15.07.2008, welches bei der Beklagten am 17.07.2008 einging, legte der Kläger Widerspruch gegen die Abrechnung für das Quartal 1/2008 ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24.10.2008 wurden die Widersprüche des Klägers zurückgewiesen. Ein Anspruch auf weitergehende Erhöhungen des PZG sei nicht gegeben, da die Beurteilungskriterien nur die bisher gewährten Beträge begründen könnten. Des Weiteren seien die vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen in den Quartalen 2/2007 - 4/2007 nicht zu beanstanden. Weiterhin müsse man die Widersprüche rückwirkend gegen die Quartale 3/2005 bis 1/2007 als unzulässig zurückweisen. Schließlich sei der vorsorglich eingelegte Widerspruch vom 15.07.2008 gegen den erst am 24.07.2008 zur Post aufgegebenen Honorarbescheid ebenfalls als unzulässig zurückzuweisen.

Der Kläger erhob zunächst mit Schriftsatz vom 03.09.2008 - eingegangen am 08.09.2008 - Untätigkeitsklage betreffend die Quartale 3/2005 bis 1/2008 vor dem Sozialgericht (SG) Freiburg (S 1 KA 4500/08). Mit Beschluss vom 02.10.2008 verwies das SG Freiburg das Verfahren an das SG Stuttgart.

Das daraufhin beim SG Stuttgart unter dem Aktenzeichen S 20 KA 6771/08 geführte Verfahren erklärte der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schreiben vom 03.04.2009, welches dem SG im Rahmen des Erörterungstermins am 22.07.2009 vorgelegt wurde, für erledigt und erhob nunmehr ausdrücklich Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 24.10.2008, nachdem er zuvor am 10.11.2013 die Untätigkeitsklage bereits entsprechend erweitert hatte, da der Widerspruchsbescheid vom Kläger angegriffen werden müsse. Im Rahmen des Erörterungstermins vor dem SG Stuttgart am 22.07.2009 erklärte der Kläger weiter: "Für die Quartale 3/2005 (Zeitpunkt meiner Niederlassung) bis einschließlich 4/2006 erhebe ich keine Ansprüche gegen die Beklagte mehr. Insoweit nehme ich die Klage zurück." und zum anderen: "Ich nehme meine Klage gegen den Honorarbescheid für das Quartal 1/2008 zurück. Dies betrifft jedoch nicht die Folgequartale, für die ich Widersprüche bei der Beklagten eingelegt habe. Über diese ist noch nicht entschieden." Des Weiteren erzielten die Beteiligten darüber Einigkeit, dass sich die Klage "nunmehr nur noch gegen den Bescheid vom 31.05.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.10.2008 richtet und zwar insoweit, als dass das Punktzahlgrenzvolumen im Bereich der Chirotherapie lediglich um 22 Punkte je Fall ab dem Quartal 1/2007 angehoben wurde". Der Kläger stellte daraufhin seinen Klageantrag dahingehend, "den Bescheid vom 31.05.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.10.2008 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Erhöhung des Punktzahlgrenzvolumens im Bereich der Chirotherapie ab dem Quartal 1/2007 bis zum Quartal 4/2007 erneut zu entscheiden."

Mit Beschluss des Amtsgerichts F. vom 01.03.2011 wurde über das Vermögen des Klägers wegen Zahlungsunfähigkeit das Insolvenzverfahren eröffnet (IN 4 /10). Mit Schreiben vom 03.03.2011 gab die Insolvenzverwalterin zukünftige Ansprüche des Klägers aus der Tätigkeit als Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie und Sportmedizin frei. Der für das klägerische Vermögen zur Insolvenzverwalterin bestellten Rechtsanwältin, Dr. P. (im Folgenden: P), wurde seitens der Beklagten mit Schreiben vom 19.12.2011 ein Vergleichsvorschlag zur "Umsetzung der BSG-Rechtsprechung zum HVV der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in den Quartalen 2/2005 bis 4/2008" unterbreitet. Ziffer 1 des Vergleichsvorschlages lautete wie folgt: "Die Kassenärztliche Vereinigung vergütet Ihnen 1.140 Euro unter Abzug von Verwaltungskosten. []". In Ziffer 3 des Vergleiches war geregelt: "Etwaige noch anhängige Verfahren, die

den jeweiligen Honorarbescheid im Zeitraum der Quartale 2/05 bis 4/08 betreffen, erklären Sie für erledigt. Die beklagte KV erklärt den Rechtsstreit ebenfalls für erledigt und verpflichtet sich, unter Zugrundelegung des Regelstreitwertes je anhängiges Quartal die Kosten des Verfahrens zu tragen". Mit Schreiben vom 21.02.2012 beantwortete Dr. P den Vergleichsvorschlag wie folgt: "Ich beziehe mich auf Ihr Anschreiben vom 19.12.2011 und teile Ihnen mit, dass ich Ihr darin vorgetragenes Vergleichsangebot in Höhe von 1.140 Euro zur Abgeltung der Ansprüche aus den Quartalen 2/2008, 3/2008 und 4/2008 hiermit annehme."

Mit Beschluss des Amtsgerichts F. vom 19.03.2014 wurde das Insolvenzverfahren über das Vermögen des Klägers gemäß § 213 Insolvenzordnung (InsO) eingestellt. Der Kläger führte das - nunmehr unter dem Aktenzeichen S 20 KA 753/14 - geführte Verfahren fort.

b) Mit Schreiben vom 22.06.2010 übersandte die Beklagte dem Kläger die Zuweisung des RLV (RLV) und des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens (QZV) für das Quartal 3/2010. Dem Kläger wurde ein arztbezogenes RLV in Höhe von 15.493,80 Euro zugewiesen.

Mit Bescheid vom 13.01.2011 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 3/2010 auf 20.270,72 Euro abzüglich Praxisgebühren in Höhe von 2.700 Euro, mithin auf 17.570,72 Euro fest. Das Honorar setzte sich wie folgt zusammen:

Fälle Honorar Gesamt Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Gesetzl. Krankenvers. 341 19.948,12 -2.690,00 17.258,12 Sonstige Kostenträger 3 322,61 -10,00 312,61 Gesamtergebnis 344 20.270,72 -2.700,00 17.570,72 davon für Betriebsstätte 5 ... 17.532,56 davon für Nebenbetriebsstätte 5 ... 38,16

Leistungsart GKV Euro SKT Euro Gutschrift Euro 1. RLV und QZV RLV u. QZV anerkannt RLV u. QZV überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 15.041,30 2.029,90 17.071,20 0,00 0,00 0,00 15.041,30 2.029,90 17.071,20 2. Freie Leistungen Sonstige Freie Leistungen Kleinchirurgie Laborleistungen Wibo Kosten Euro Laborkosten Gesamt 0,00 80,75 0,00 127,30 10,00 218,05 277,78 0,00 0,00 0,00 277,78 277,78 80,75 0,00 127,30 10,00 495,83 3. Leistungen außerhalb der MGV Ambulantes Operieren Präventive Leistungen Labor Sachkosten Wegegebühren Hausarztzentrierte Versorgung Schutzimpfungen DMP Gesamt 139,80 687,47 2,00 204,50 88,00 264,10 1.273,00 2.658,86 0,00 44,83 0,00 0,00 0,00 0,00 44,83 139,80 732,30 2,00 204,50 88,00 264,10 1.273,00 2.703,69 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Gesamt -2.690,00 -2.690,00 -10,00 -10,00 -2.700,00 -2.700,00 Gutschrift Gesamt 17.258,12 312,61 17.570,72 davon für Betriebsstätte 5 ... 17.532,56 davon für Nebenbetriebsstätte 5 ... 38,16

Das dem Kläger mit der Honorarabrechnung zugewiesene arztbezogene RLV und QZV erhöhte sich auf 15.875,79 Euro. Der arztgruppenspezifische Fallwert betrug 42,37 Euro. Als regelleistungsrelevante Fallzahlen wurden anerkannt:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Summe keine 206 151 357

Als arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen wurde 1,0257 festgelegt. Hieraus ergab sich ein arztindividueller Fallwert nach Anpassung von 43,46 Euro. Der fallzahlabhängigen Berechnung des RLV wurde als Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe die Fallzahl von 804 zugrunde gelegt, für den Kläger ergab sich ein Fallwert ohne Abstufung für alle 357 Fälle. Bei einem Fallwert von 43,46 Euro ergab sich ein Betrag von 15.515,22 Euro. Schließlich wurde ein QZV für das Gebiet der Chirotherapie in Höhe von 1,01 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 360,57 Euro zuerkannt.

Mit Schreiben vom 14.09.2010 übersandte die Beklagte dem Kläger die Zuweisung des RLV und des QZV für das Quartal 4/2010. Dem Kläger wurde ein arztbezogenes RLV in Höhe von 22.292,16 Euro zugewiesen.

Mit Bescheid vom 15.04.2011 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 4/2010 auf 26.375,13 Euro abzüglich Praxisgebühren in Höhe von 2.840 Euro, mithin auf 23.535,13 Euro fest. Das Honorar setzte sich wie folgt zusammen:

Fälle Honorar gesamt Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Gesetzl. Krankenvers. 384 25.465,04 -2.810,00 22.655,04 Sonstige Kostenträger 9 910,09 -30,00 880,09 Gesamtergebnis 393 26.375,13 -2.840,00 23.535,13 davon für Betriebsstätte 5 ... 16.567,51 davon für Nebenbetriebsstätte 5 ... 6.967,63

Leistungsart GKV Euro SKT Euro Gutschrift Euro 1. RLV und QZV RLV u. QZV anerkannt RLV u. QZV überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 20.733,36 515,01 21.248,37 0,00 0,00 0,00 20.733,36 515,01 21.248,37 2. Freie Leistungen Sonstige Freie Leistungen Kleinchirurgie Laborleistungen Wibo Kosten Euro Laborkosten Gesamt 0,00 33,35 331,64 160,69 15,50 541,18 722,93 0,00 0,00 2,05 0,00 724,98 722,93 33,35 331,64 162,74 15,50 1.266,16 3. Leistungen außerhalb der MGV Ambulantes Operieren Präventive Leistungen Labor Sachkosten Wegegebühren Hausarztzentrierte Versorgung Schutzimpfungen DMP Gesamt 328,32 841,68 3,00 176,50 88,00 528,00 1.710,00 3.675,50 0,00 159,91 1,00 0,00 0,00 24,20 0,00 185,11 328,32 1.001,58 4,00 176,50 88,00 552,20 1.710,00 3.860,60 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Gesamt -2.810,00 -2.810,00 -30,00 -30,00 -2.840,00 -2.840,00 Gutschrift Gesamt 22.655,01 880,09 23.535,13 davon für Betriebsstätte 5 ... 16.567,51 davon für Nebenbetriebsstätte 5 ... 6.967,63

Das dem Kläger mit der Honorarabrechnung zugewiesene arztbezogene RLV erhöhte sich auf 22.397,76 Euro. Der arztgruppenspezifische Fallwert betrug 41,37 Euro. Als regelleistungsrelevante Fallzahlen wurden anerkannt:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Summe 5 328 195 528

Als arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen wurde 1,0015 festgelegt. Hieraus ergab sich ein arztindividueller Fallwert nach Anpassung von 41,43 Euro. Der fallzahlabhängigen Berechnung des RLV wurde als Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe die Fallzahl von 818 zugrunde gelegt, für den Kläger ergab sich daher ein Fallwert ohne Abstufung für alle 528 Fälle. Bei einem Fallwert von 41,43 Euro ergab sich ein Betrag von 21.875,04 Euro. Schließlich wurde ein QZV für das Gebiet der Chirotherapie in Höhe von 0,99 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 522,72 Euro zuerkannt.

Mit Schreiben vom 30.06.2010 (Eingang: 02.07.2010) und 27.09.2010 (Eingang: 29.09.2010) legte der Kläger jeweils Widerspruch gegen die Zuweisung des RLV für die Quartale 3/2010 und 4/2010 ein.

Mit Schreiben vom 25.01.2011 (Eingang 31.01.2011) sowie 10.05.2011 (Eingang: 16.05.2011) legte der Kläger zudem gegen die Honorarabrechnungen für die Quartale 3/2010 und 4/2010 Widerspruch ein.

Mit weiteren Schreiben vom 26.04.2011 (nicht in der Akte befindlich) wies der Kläger auf eine bei ihm vorliegende Praxisbesonderheit im Bereich der Chirotherapie hin.

Die Beklagte wertete das Schreiben vom 26.04.2011 als Widerspruchsbegründung im Hinblick auf die Widersprüche gegen die Honorarabrechnungen und half den Widersprüchen vom 25.01.2011 und 10.05.2011 mit Bescheid vom 17.05.2011 insoweit ab, als dass - aufgrund festgestellter Praxisbesonderheiten für den Bereich der Chirotherapie - eine individuelle Anhebung des RLV-Fallwertes in Höhe von 5,54 Euro je RLV-relevantem Behandlungsfall für die Quartale 3/2010 und 4/2010 verfügt wurde. Dies betraf die GNR 30200 sowie die GNR 30201 EBM. Das Honorar des Klägers erhöhte sich hierdurch im Quartal 3/2010 von 17.570,72 Euro auf 18.975,74 Euro und im Quartal 4/2010 von 23.535,13 Euro auf 25.106,86 Euro.

Der Kläger erklärte sich hiermit jedoch nicht einverstanden. Der "Tatbestand der Praxisbesonderheiten" hätte ihm schon zu einem früheren Zeitpunkt mitgeteilt werden müssen. Stattdessen sei er stets darauf verwiesen worden, dass für die von ihm erbrachte Chirotherapie keine bessere Besoldungsmöglichkeit bestehe. Es müsse daher für alle Quartale seit Praxisübernahme eine Neuberechnung erfolgen. Schließlich habe er erst vor kurzem erfahren, dass er auch die GNR 30420 EBM (Krankengymnastik - Einzelbehandlung) ansetzen dürfe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.11.2011 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die Honorarabrechnungen 3/2010 und 4/2010 als unbegründet zurück. Dem Kläger seien seit 2005, insbesondere für seine chirotherapeutischen Leistungen, stets alle zur Verfügung stehenden Besoldungsmöglichkeiten zugänglich gemacht worden. So sei ihm in den Abrechnungsjahren 2005 bis 2008 ein praxisindividueller Aufschlag auf die PGZ zugestanden und in den Quartalen ab 2009 seien Fallwertzuschläge gewährt worden. Zudem sei der Kläger stets umfassend über seine Abrechnungsmöglichkeiten informiert worden, obwohl die entsprechenden Kenntnisse über die Honorarabrechnungen bei den Vertragsärzten vorausgesetzt würden. Darüber hinaus stehe einer Verletzung der Fürsorgepflicht bereits entgegen, dass die Beklagte eine solche nicht treffe. Außerdem habe der Kläger in den Quartalen 3/2010 und 4/2010 die GNR 30420 EBM nicht abgerechnet, deshalb könne diese bei der Honorierung nicht berücksichtigt werden. Eine nachträgliche Korrektur der Abrechnung sei nicht möglich.

Hiergegen erhob die Insolvenzverwalterin Dr. P mit Schreiben vom 28.12.2011, eingegangen am selben Tag, Klage zum SG Stuttgart (S 20 KA 7321/11). Nachdem die Insolvenzverwalterin Dr. P mit Schreiben vom 15.08.2013 die möglichen Forderungen gegenüber der Beklagten - betreffend die Quartale 3/2010 und 4/2010 - aus der Insolvenzmasse freigegeben hatte, führte der Kläger das Verfahren weiter.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.07.2012 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers betreffend die RLV-Zuweisungsbescheide und Honorarbescheide für die Quartale 3/2010 und 4/2010 insgesamt als unbegründet zurück. Die hiergegen mit Schriftsatz vom 27.07.2013 - eingegangen am 30.07.2012 - erhobene unter dem Aktenzeichen S 20 KA 4383/12 geführte Klage wurde mit Beschluss der erkennenden Kammer vom 20.08.2014 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Aktenzeichen S 20 KA 7321/11 verbunden.

c) Mit Schreiben vom 24.11.2010 übersandte die Beklagte dem Kläger die Zuweisung des RLV und QZV für das Quartal 1/2011. Dem Kläger wurde ein arztbezogenes RLV in Höhe von 23.062,38 Euro zugewiesen.

Hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 02.12.2010 (Eingang 06.12.2010) Widerspruch.

Mit Bescheid vom 15.07.2011 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 1/2011 auf 28.657,11 Euro abzüglich Praxisgebühren und Zuzahlung Heilmittel in Höhe von 2.934,80 Euro, mithin auf 25.722,31 Euro fest. Das Honorar setzte sich wie folgt zusammen:

Fälle Honorar gesamt Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Gesetzl. Krankenvers. 335 27.918,69 -2.914,80 25.003,89 Sonstige Kostenträger 7 738,42 -20,00 718,42 Gesamtergebnis 342 28.657,11 -2.934,80 25.722,31 davon für Betriebsstätte 5 ... 21.439,60 davon für Nebenbetriebsstätte 5 ... 4.282,71

Leistungsart GKV Euro SKT Euro Gutschrift Euro 1. RLV und QZV RLV u. QZV anerkannt RLV u. QZV überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 24.327,65 105,90 24.433,54 0,00 0,00 0,00 24.327,65 105,90 24.433,54 2. Freie Leistungen Sonstige Freie Leistungen Kleinchirurgie Laborleistungen Wibo Kosten Euro Laborkosten Gesamt 0,00 72,90 379,48 96,70 8,50 557,58 732,82 0,00 0,00 5,60 0,00 738,42 732,82 72,90 379,48 102,30 8,50 1.296,00 3. Leistungen außerhalb der MGV Ambulantes Operieren Präventive Leistungen Labor Sachkosten Wegegebühren Schutzimpfungen DMP Selektivvertrag § 73 b Gesamt 127,57 643,83 2,50 185,00 219,90 1.569,00 179,76 2.927,56 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 127,57 643,83 2,50 185,00 219,90 1.569,00 179,76 2.927,56 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Zuzahlungen Heilmittel Gesamt -2.400,00 -514,80 -2.914,80 -20,00 0,00 -20,00 -2.420,00 -514,80 -2.934,80 Gutschrift Gesamt 25.003,89 718,42 25.722,31 davon für Betriebsstätte 5 ... 21.439,60 davon für Nebenbetriebsstätte 5 ... 4.282,71

Das dem Kläger mit der Honorarabrechnung zugewiesene arztbezogene RLV erhöhte sich auf 27.230,64 Euro. Der arztgruppenspezifische Fallwert betrug 46,04 Euro. Als regelleistungsrelevante Fallzahlen wurden anerkannt:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Summe 2 321 175 498

Als arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen wurde 0,9937 festgelegt. Hieraus ergab sich ein arztindividueller Fallwert nach Anpassung von 45,75 Euro. Der fallzahlabhängigen Berechnung des RLV wurde als Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe die Fallzahl 865 zugrunde gelegt, für den Kläger ergab sich ein Fallwert ohne Abstufung für alle 498 Fälle. Bei einem Fallwert von 45,75 Euro ergab sich ein Betrag von 22.783,50 Euro. Schließlich wurde ein QZV für das Gebiet der Chirotherapie in Höhe von 1,13 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 562,74 Euro, ein weiteres QZV für das Gebiet der psychosomatischen Grundversorgung in Höhe von 2,26 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 1.125,48 Euro, sowie ein individueller Fallwertaufschlag von 5,54 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 2.758,92 Euro, zuerkannt.

Hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 27.07.2011 (Eingang: 03.08.2011) Widerspruch bei der Beklagten.

Mit Schreiben vom 24.05.2011 übersandte die Beklagte dem Kläger die Zuweisung des RLV für das Quartal 3/2011. Dem Kläger wurde ein arztbezogenes RLV in Höhe von 16.505,91 Euro zugewiesen.

Mit Bescheid vom 16.01.2012 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 3/2011 auf 11.640,48 Euro fest, wobei sich dieser Betrag im Wesentlichen aus einer einbehaltenen Schlusszahlung für das Quartal 2/2011 zusammensetzte.

Der Kläger legte mit Schreiben vom 24.01.2012 - betreffend sein Honorar für das Quartal 3/2011 - (Eingang 27.01.2012) Widerspruch ein.

Mit Schreiben vom 18.08.2011 übersandte die Beklagte dem Kläger die Zuweisung des RLV für das Quartal 4/2011. Dem Kläger wurde ein arztbezogenes RLV in Höhe von 18.416,44 Euro zugewiesen.

Hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 31.08.2011 (Eingang: 09.09.2011) Widerspruch.

Mit Bescheid vom 16.04.2012 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 4/2011 auf 23.950,39 Euro abzüglich Praxisgebühren in Höhe von 2.529,20 Euro, mithin auf 21.421,19 Euro fest. Das Honorar setzte sich wie folgt zusammen:

Fälle Honorar gesamt Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Gesetzl. Krankenvers. 321 22.879,86 -2.509,20 20.370,66 Sonstige Kostenträger 6 1.070,53 -20,00 1.050,53 Gesamtergebnis 327 23.950,39 -2.529,0 21.421,19

Leistungsart GKV Euro SKT Euro Gutschrift Euro 1. RLV und QZV RLV u. QZV anerkannt RLV u. QZV überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 16.699,33 2.747,45 19.446,78 0,00 0,00 0,00 16.699,33 2.747,45 19.446,78 2. Freie Leistungen Sonstige Freie Leistungen Kleinchirurgie Laborleistungen Wibo Hausbesuche u. Besuche in Pflegeheimen Kosten Euro Laborkosten Gesamt 0,00 5,61 443,39 315,43 189,80 3,00 957,23 1.061,28 0,00 0,00 0,00 2,05 0,00 1.063,33 1.061,28 5,61 443,39 315,43 191,85 3,00 2.020,56 3. Leistungen außerhalb der MGW Präventive Leistungen Labor Sachkosten Wegegebühren Schutzimpfungen DMP Gesamt 438,10 2,00 117,50 256,25 1.662,00 2.475,85 0,00 0,00 0,00 7,20 0,00 7,20 438,10 2,00 117,50 263,45 1.662,00 2.483,05 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Zuzahlungen Heilmittel Gesamt -1.880,00 -629,20 -2.509,20 -20,00 0,00 -20,00 -1.900,00 -629,20 -2.529,20 Gutschrift Gesamt 20.370,66 1.050,53 21.421,19

Das dem Kläger mit der Honorarabrechnung zugewiesene arztbezogene RLV erhöhte sich auf 18.709,53 Euro. Der arztgruppenspezifische Fallwert betrug 41,46 Euro. Als regelleistungsrelevante Fallzahlen wurden anerkannt:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Summe 5 224 142 371

Als arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen wurde 1,0053 festgelegt. Hieraus ergab sich ein arztindividueller Fallwert nach Anpassung von 41,46 Euro. Der fallzahlabhängigen Berechnung des RLV wurde als Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe die Fallzahl 835 zugrunde gelegt, für den Kläger ergab sich ein Fallwert ohne Abstufung für alle 371 Fälle. Bei einem Fallwert von 41,46 Euro ergab sich ein Betrag von 15.381,66 Euro. Schließlich wurde ein QZV für das Gebiet der Chirotherapie in Höhe von 1,17 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 434,07 Euro, ein weiteres QZV für das Gebiet der psychosomatischen Grundversorgung in Höhe von 2,26 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 838,46 Euro sowie ein individueller Fallwertaufschlag von 5,54 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 2.055,34 Euro, zuerkannt.

Hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 03.05.2012 Widerspruch bei der Beklagten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.12.2012 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die RLV-Zuweisungen 1/2011 und 4/2011 sowie die Honorarabrechnungen 1/2011, 3/2011 und 4/2011 als unbegründet zurück. Die erneute Prüfung der streitigen Honorarabrechnungen habe ergeben, dass die Abrechnungsunterlagen ordnungsgemäß, d.h. entsprechend den Vorgaben von EBM und HVV erstellt worden seien. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass der Kläger in den Quartalen 1/2011 und 4/2011 - trotz rückläufiger Fallzahlen gegenüber dem Vorjahresquartal - sowohl sein Honorar als auch seine Fallwerte habe steigern können.

Hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 27.12.2012, eingegangen am 02.01.2013, Klage zum SG Stuttgart ([S 20 KA 52/13](#)).

d) Mit Schreiben vom 23.11.2011 übersandte die Beklagte dem Kläger die Zuweisung des RLV für das Quartal 1/2012. Dem Kläger wurde hiermit ein arztbezogenes RLV in Höhe von 15.640,78 Euro zugewiesen.

Mit Bescheid vom 16.07.2012 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 1/2012 auf 22.336,00 Euro abzüglich Praxisgebühren und Zuzahlung Heilmittel in Höhe von 2.529,32 Euro, mithin auf 19.806,68 Euro fest. Das Honorar setzte sich wie folgt zusammen:

Fälle Honorar gesamt Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Gesetzl. Krankenvers. 327 21.969,11 -2.529,32 19.439,79 Sonstige Kostenträger 3 366,89 0,00 366,89 Gesamtergebnis 330 22.336,00 -2.529,32 19.806,68

Leistungsart GKV Euro SKT Euro Gutschrift Euro 1. RLV und QZV RLV u. QZV anerkannt RLV u. QZV überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 14.062,64 4.493,46 18.556,10 0,00 0,00 0,00 14.062,64 4.493,46 18.556,10 2. Freie Leistungen Sonstige Freie Leistungen Kleinchirurgie Laborleistungen Wibo Hausbesuche u. Besuche in Pflegeheim Kosten Euro Laborkosten Gesamt 0,00 5,61 472,22 189,26 110,96 6,00 784,05 366,89 0,00 0,00 0,00 0,00 366,89 366,89 5,61 472,22 189,26 110,96 6,00 1.150,94 3. Leistungen außerhalb der MGW Präventive Leistungen Wegegebühren Schutzimpfungen DMP Gesamt 628,06 84,50 219,40 1.697,00 2.628,96 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 628,06 84,50 219,40 1.697,00 2.628,96 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Zuzahlungen Heilmittel Gesamt -1.780,00 -749,32 -2.529,32 0,00 0,00 0,00 -1.780,00 -749,32 -2.529,32 Gutschrift Gesamt 19.439,79 366,89 19.806,68

Das dem Kläger mit der Honorarabrechnung zugewiesene arztbezogene RLV unter Berücksichtigung des QVZ erhöhte sich auf 15.840,49 Euro. Der arztgruppenspezifische Fallwert betrug 40,85 Euro. Als regelleistungsrelevante Fallzahlen wurden anerkannt:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Summe 2 196 119 317

Als arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen wurde 1,0031 festgelegt. Hieraus ergab sich ein arztindividueller Fallwert nach Anpassung von 40,98 Euro. Der fallzahlabhängigen Berechnung des RLV wurde als Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe die Fallzahl 883 zugrunde gelegt, für den Kläger ergab sich ein Fallwert ohne Abstufung für alle 317 Fälle. Bei einem Fallwert von 40,98 Euro ergab sich ein Betrag von 12.990,66 Euro. Schließlich wurde ein QVZ für das Gebiet der Chirotherapie in Höhe von 1,19 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 377,23 Euro, ein weiteres QVZ für das Gebiet der psychosomatischen Grundversorgung in Höhe von 2,26 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 716,42 Euro sowie ein individueller Fallwert-aufschlag von 5,54 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 1.756,18 Euro, zuerkannt.

Sowohl gegen die RLV-Zuweisung als auch gegen die Honorarabrechnung für das Quartal 1/2012 legte der Kläger mit Schreiben vom 05.12.2011 (Eingang 12.12.2011) und 24.07.2012 (ohne Eingangsstempel) Widerspruch ein.

Mit Schreiben vom 22.02.2012 übersandte die Beklagte dem Kläger die Zuweisung des RLV für das Quartal 2/2012. Dem Kläger wurde hiermit ein arztbezogenes RLV und QVZ in Höhe von 12.742,35 Euro zugewiesen.

Mit Bescheid vom 15.10.2012 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 2/2012 auf 25.173,93 Euro abzüglich Praxisgebühren und Zuzahlung Heilmittel in Höhe von 3.153,73 Euro, mithin auf 22.020,20 Euro fest. Das Honorar setzte sich wie folgt zusammen:

Fälle Honorar gesamt Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Gesetzl. Krankenvers. 348 24.557,54 -3.133,73 21.423,81 Sonstige Kostenträger 5 616,39 -20,00 596,39 Gesamtergebnis 353 25.173,93 -3.153,73 22.020,20

Leistungsart GKV Euro SKT Euro Gutschrift Euro 1. RLV und QVZ RLV u. QVZ anerkannt RLV u. QVZ überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 12.300,91 9.048,27 21.349,18 0,00 0,00 0,00 12.300,91 9.048,27 21.349,18 2. Freie Leistungen Sonstige Freie Leistungen Kleinchirurgie Laborleistungen Wibo Hausbesuche u. Besuche in Pflegeheim Kosten Euro Laborkosten Gesamt 0,00 90,52 536,66 84,12 108,70 2,00 822,00 612,29 0,00 0,00 0,00 616,39 612,29 90,52 536,66 84,12 112,80 2,00 1.438,39 3. Leistungen außerhalb der MGV Ambulantes Operieren Präventive Leistungen Wegegebühren Schutzimpfungen DMP Gesamt 58,88 344,53 87,50 145,45 1.750,00 2.386,36 0,00 0,00 0,00 0,00 58,88 344,53 87,50 145,45 1.750,00 2.386,36 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Zuzahlungen Heilmittel Gesamt -2.260,00 -873,73 -3.133,73 -20,00 0,00 -20,00 -2.280,00 -873,73 -3.153,73 Gutschrift Gesamt 21.423,81 596,39 22.020,20

Das dem Kläger mit der Honorarabrechnung zugewiesene arztbezogene RLV erhöhte sich auf 12.948,90 Euro. Der arztgruppenspezifische Fallwert betrug 41,69 Euro. Als regelleistungsrelevante Fallzahlen wurden anerkannt:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Summe 2 159 94 255

Als arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen wurde 1,0010 festgelegt. Hieraus ergab sich ein arztindividueller Fallwert nach Anpassung von 41,73 Euro. Der fallzahlabhängigen Berechnung des RLV wurde als Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe die Fallzahl 819 zugrunde gelegt, für den Kläger ergab sich daher ein Fallwert ohne Abstufung für alle 255 Fälle. Bei einem Fallwert von 41,73 Euro ergab sich ein Betrag von 10.641,15 Euro. Schließlich wurde ein QVZ für das Gebiet der Chirotherapie in Höhe von 1,25 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 318,75 Euro, ein weiteres QVZ für das Gebiet der psychosomatischen Grundversorgung in Höhe von 2,26 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 576,30 Euro sowie ein individueller Fallwertaufschlag von 5,54 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 1.412,70 Euro, zuerkannt.

Sowohl gegen die RLV-Zuweisung als auch gegen die Honorarabrechnung für das Quartal 2/2012 legte der Kläger mit Schreiben vom 01.03.2012 (Eingang 05.03.2012) und 29.10.2012 (ohne Eingangsstempel) Widerspruch ein.

Mit Schreiben vom 14.06.2012 übersandte die Beklagte dem Kläger die Zuweisung des RLV für das Quartal 3/2012. Dem Kläger wurde hiermit ein arztbezogenes RLV und QVZ in Höhe von 38.837,96 Euro zugewiesen.

Mit Bescheid vom 15.01.2013 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 3/2012 auf 28.224,63 Euro abzüglich Praxisgebühren und Zuzahlung Heilmittel in Höhe von 3.029,54 Euro, mithin auf 25.195,09 Euro fest. Das Honorar setzte sich wie folgt zusammen:

Fälle Honorar gesamt Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Gesetzl. Krankenvers. 361 27.703,09 -3.019,54 24.683,55 Sonstige Kostenträger 3 521,54 -10,00 511,54 Gesamtergebnis 364 28.224,63 -3.029,54 25.195,09

Leistungsart GKV Euro SKT Euro Gutschrift Euro 1. RLV und QVZ RLV u. QVZ anerkannt RLV u. QVZ überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 15.063,82 9.228,55 24.292,37 0,00 0,00 0,00 15.063,82 9.228,55 24.292,37 2. Freie Leistungen Kleinchirurgie Laborleistungen Wibo Kosten Euro Laborkosten Sonstige Freie Leistungen Gesamt 89,72 563,57 69,30 3,50 0,00 726,09 0,00 0,00 0,00 0,00 492,04 492,04 89,72 563,57 69,30 3,50 492,04 1.218,13 3. Leistungen außerhalb der MGV Ambulantes Operieren Präventive Leistungen Wegegebühren Schutzimpfungen DMP Gesamt 77,98 405,50 122,00 379,15 1.700,00 2.684,63 0,00 0,00 0,00 29,50 0,00 29,50 77,98 405,50 122,00 408,65 1.700,00 2.714,13 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Zuzahlungen Heilmittel Gesamt -2.050,00 -969,54 -3.019,54 -10,00 0,00 -10,00 -2.060,00 -969,54 -3.029,54 Gutschrift Gesamt 24.683,55 511,54 25.195,09

Das dem Kläger mit der Honorarabrechnung zugewiesene arztbezogene RLV lag bei 15.063,81 Euro. Der arztgruppenspezifische Fallwert betrug 43,73 Euro. Als regelleistungsrelevante Fallzahlen wurden anerkannt:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Summe 3 251 77 331

Als arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen wurde 0,9375 festgelegt. Hieraus ergab sich ein arztindividueller Fallwert nach Anpassung von 41,00 Euro. Der fallzahlabhängigen Berechnung des RLV wurde als Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe die Fallzahl 812 zugrunde gelegt, für den Kläger ergab sich daher ein Fallwert ohne Abstufung für alle 331 Fälle. Bei einem Fallwert von 41,00 Euro ergab sich ein Betrag von 13.571,00 Euro. Schließlich wurde ein QZV für das Gebiet der Chirotherapie in Höhe von 0,88 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 291,28 Euro, ein weiteres QZV für das Gebiet der psychosomatischen Grundversorgung in Höhe von 2,29 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 757,99 Euro sowie ein individueller Fallwertaufschlag von 1,34 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 443,54 Euro, zuerkannt.

Sowohl gegen die RLV-Zuweisung als auch gegen die Honorarabrechnung für das Quartal 3/2012 legte der Kläger mit Schreiben vom 25.06.2012 (Eingang 27.06.2012) und 07.02.2013 (Eingang: 11.02.2013) Widerspruch ein.

Mit Schreiben vom 24.08.2012 übersandte die Beklagte dem Kläger die Zuweisung des RLV für das Quartal 4/2012. Dem Kläger wurde hiermit ein arztbezogenes RLV und QVZ in Höhe von 13.754,70 Euro zugewiesen.

Mit Bescheid vom 15.04.2013 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 4/2012 auf 31.092,38 Euro abzüglich Praxisgebühren und Zuzahlung Hilfsmittel in Höhe von 3.081,03 Euro, mithin auf 28.011,35 Euro fest. Das Honorar setzte sich wie folgt zusammen:

Fälle Honorar gesamt Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Gesetzl. Krankenvers. 385 29.781,40 -3.071,03 26.710,37 Sonstige Kostenträger 6 1.310,98 -10,00 1.300,98 Gesamtergebnis 391 31.092,38 -3.081,03 28.011,35

Leistungsart GKV Euro SKT Euro Gutschrift Euro 1. RLV und QZV RLV u. QZV anerkannt RLV u. QZV überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 13.663,14 13.128,56 26.791,70 0,00 0,00 0,00 13.663,14 13.128,56 26.791,70 2. Freie Leistungen Kleinchirurgie Laborleistungen Wibo Kosten Euro Laborkosten Sonstige Freie Leistungen Gesamt 16,82 312,41 125,78 2,86 0,00 457,87 0,00 0,00 0,00 0,00 1.290,98 1.290,98 16,82 312,41 125,78 2,86 1.290,98 1.748,85 3. Leistungen außerhalb der MGV Ambulantes Operieren Präventive Leistungen Wegegebühren Schutzimpfungen DMP Gesamt 122,49 262,34 585,50 375,50 1.186,00 2.531,83 0,00 0,00 20,00 0,00 0,00 20,00 122,49 262,34 605,50 375,50 1.186,00 2.551,83 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Zuzahlungen Heilmittel Gesamt -2.040,00 -1.031,03 -3.071,03 -10,00 0,00 -10,00 -2.050,00 -1.031,03 -3.081,03 Gutschrift Gesamt 26.710,37 1.300,98 28.011,35

Das dem Kläger mit der Honorarabrechnung zugewiesene arztbezogene RLV erhöhte sich auf 14.038,90 Euro. Der arztgruppenspezifische Fallwert betrug 45,52 Euro. Als regelleistungsrelevante Fallzahlen wurden anerkannt:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Summe 0 207 83 290

Als arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen wurde 0,9618 festgelegt. Hieraus ergab sich ein arztindividueller Fallwert nach Anpassung von 43,78 Euro. Der fallzahlabhängigen Berechnung des RLV wurde als Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe die Fallzahl 826 zugrunde gelegt, für den Kläger ergab sich daher ein Fallwert ohne Abstufung für alle 290 Fälle. Bei einem Fallwert von 43,78 Euro ergab sich ein Betrag von 12.696,20 Euro. Schließlich wurde ein QZV für das Gebiet der Chirotherapie in Höhe von 0,94 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 272,60 Euro, ein weiteres QZV für das Gebiet der psychosomatischen Grundversorgung in Höhe von 2,35 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 681,50 Euro sowie ein individueller Fallwertaufschlag von 1,34 Euro je Fall, insgesamt also in Höhe von 388,60 Euro, zuerkannt.

Sowohl gegen die RLV-Zuweisung als auch gegen die Honorarabrechnung für das Quartal 4/2012 legte der Kläger mit Schreiben vom 13.09.2012 (Eingang: 17.09.2012) und 13.05.2013 (Eingang: 16.05.2013) Widerspruch ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2014 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die RLV-Zuweisungen und Honorarabrechnungen für die Quartale 1/2012 bis 4/2012 als unbegründet zurück. Die erneute Prüfung der streitigen Honorarabrechnungen habe ergeben, dass die Abrechnungsunterlagen ordnungsgemäß, d.h. entsprechend den Vorgaben von EBM und HVV erstellt worden seien. Im Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass es in den Quartalen 1/2012 und 2/2012 zu einem Rückgang des Gesamthonorars gekommen sei, da der Kläger deutlich rückläufige Fallzahlen im Vergleich zu den Vorjahresquartalen zu verzeichnen gehabt habe. Für das Quartal 3/2012 sei ein Honorarvergleich nicht möglich, da im Vorjahresquartal keine Behandlungsfälle abgerechnet worden seien. Ab dem Quartal 4/2012 habe der Kläger seine Fallzahlen und damit sein Honorar wieder steigern können.

Hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 25.02.2014, eingegangen am 27.02.2014, Klage zum SG Stuttgart ([S 20 KA 1369/14](#)).

2.

Die (im eigenen Namen) geführten Klageverfahren begründete der Kläger bzw. sein Klägervertreter sodann einheitlich wie folgt:

Er, der Kläger, sehe sich bei seinen errechneten Fallzahlen in seinen Grundrechten verletzt. Der HVV in seiner fachspezifischen Ausrichtung schränke ihn verfassungsrechtlich unverhältnismäßig ein. Es liege insbesondere eine Ungleichbehandlung ([Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#)) vor. Als Allgemeinarzt und Chirotherapeut erbringe er in nennenswertem und für die Abrechnung erheblichem Umfang Leistungen. Die orthopädisch tätigen Chirotherapeuten seien freilich im streitgegenständlichen Zeitraum - im Gegensatz zu ihm - von allen Begrenzungen in der Abrechnung der streitgegenständlichen Positionen ausgenommen, ohne dass es hierfür eine sachlichen Grund gegeben habe. Dieses Ungleichgewicht sei der Beklagten auch bekannt gewesen. Trotzdem seien ab 2005 diese Umstände einfach übergangen und mit dem EBM 2009 den Allgemeinmedizinern die Ziffern 03111, 03112, 03212 für die Chirotherapie an zugewiesenen Patienten gestrichen worden, den Orthopäden, die theoretisch die gleiche chiropraktische Leistung erbracht hätten, aber nicht. Er, der Kläger, habe - derart in seiner Abrechnung eingeschränkt - zwangsläufig in die Insolvenz gehen müssen. Schließlich habe das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 17.03.2010 entschieden, dass der HVV ab dem 01.04.2005 rechtswidrig sei, weil dieser entgegen den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#)

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) weder arztgruppenspezifische Grenzwerte, noch feste Punktwerte enthalten habe. Es werde dabei nicht übersehen, dass dieses Urteil des BSG für den Bereich der Bezirksdirektion St. ergangen sei. Gleichwohl sei diese Entscheidung erheblich und entscheidend, da die Rechtslage für die Beklagte zumindest in Teilbereichen ebenfalls gleich und damit ebenfalls rechtswidrig sei. Dies alles führe zur Verfassungswidrigkeit der angefochtenen Bescheide bzw. deren gesetzlichen Grundlagen, was auch wiederum zur Rechtswidrigkeit der Bescheide selbst führe. Zudem fände sich nirgends in den angefochtenen Bescheiden ein Eingehen auf eine unzumutbare Härte im Einzelfall. Er rüge deshalb in besonderer Weise eine Willkürlichkeit und Ungleichbehandlung dahin, dass die gesamte Abrechnungslage keinerlei Härtefälle berücksichtige und schon gar nicht regele. Dies sei durch Stattgabe der Klage zu korrigieren. Die Abrechnungen seien auf der Grundlage der Abrechnung wie für die Orthopäden und ab EBM 2009 ohne die willkürlichen Streichungen zu berechnen und nachzuhonorieren. Darüber hinaus könne er sich aber auch auf die Zusicherungen und rechtlich erheblichen Äußerungen des Herrn Dr. F. (im Folgenden: F) von der Beklagten berufen. Dieser habe ihn, den Kläger, von Beginn an in rechtswidriger und gerade zu täuschender Weise von der Geltendmachung und Ausschöpfung seiner Abrechnungsmöglichkeiten abgehalten. Dieses Verhalten des Dr. F müsse sich die Beklagte zurechnen lassen. Dr. F habe ihm wahrheits- und pflichtwidrig die Gebührensnummer 30420 sowie den Tatbestand "Freistellung von PZGV Chirotherapie" verschwiegen. Nach alledem seien sämtliche Honorarbescheide ab dem Quartal 2/2005 rechtswidrig. Ihm seien Nachzahlungen in Größenordnung von mindestens 15.000 Euro je Kalenderjahr zu leisten. Die streitgegenständlichen Bescheide für den Zeitraum ab 2/2005 seien auch noch anhängig. Die im Termin vom 22.07.2009 erklärte Klagerücknahme erstreckte sich hierauf nicht.

3. Die Beklagte trat den Klagen jeweils entgegen.

a) Zunächst sei darauf hinzuweisen, dass im Verfahren [S 20 KA 753/14](#) allein die Quartale 1/2007 bis 4/2007 und hier die Höhe des PZG für den Bereich der Chirotherapie streitgegenständlich seien. Insoweit sei nochmals auf die Niederschrift über den Erörterungstermin vom 22.07.2009 hinzuweisen. Der Kläger habe im Übrigen lediglich einen Anspruch auf Teilhabe an der von der Krankenkasse entrichteten Gesamtvergütung entsprechend Art und Umfang der von ihm erbrachten abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelung im HVV. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei nur verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen werde, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestünden, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt sei. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) erhalte jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern ebenso das Gebot sachgerechter Differenzierung bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Zu einer Differenzierung bei ungleichem Sachverhalt sei der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß sei, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben dürfe. Zudem schließe das mit den Mengengrenzungsregelungen verfolgte Ziel der Punktwertstabilität aus, dass jedem Vertragsarzt aufgrund seiner individuellen Lebensverhältnisse eine bestimmte Praxisausrichtung auf Dauer schlechthin ohne Honorareinbuße garantiert werden müsse. Auch wenn der Kläger seine Leistungen nicht kostendeckend vergütet erhalten sollte, führe dies nicht zur Rechtswidrigkeit der Bestimmung des HVV, da der Vertragsarzt grundsätzlich keinen Anspruch auf eine kostendeckende Vergütung, sondern lediglich auf eine angemessene Vergütung der von ihm erbrachten und abgerechneten Leistungen habe. Gem. § 7 A I Nr. 1.1. iV. Anlage 1 HVV BD F. unterlägen die im EBM aufgeführten ärztlichen Leistungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal einer fallzahlabhängigen Begrenzung (PZG). Die das PZG überschreitenden Leistungsmengen würden mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet. Der Kläger unterliege als Facharzt für Allgemeinmedizin dem PZG. Gem. § 7 A I Nr. 1.2. HVV könnten für bestimmte Leistungsbereiche Aufschläge auf die Fallpunktzahlen des PZG gewährt werden. Insoweit habe der Vorstand beschlossen, dass in den Fällen, in denen die Fallpunktzahlen der Praxis für Leistungen im Zusatzmodul oder für bestimmte Leistungsbereiche um mehr als 30% über der Fallpunktzahl der Arztgruppe lägen, die Differenz zwischen der Fallpunktzahl der Praxis und der Fallpunktzahl der Arztgruppe als Aufschlag gewährt werde. Hierbei sei die obere Grenze bei 200% festgelegt worden. Aufgrund dessen sei dem Kläger ab dem Quartal 1/2007 eine Erhöhung der Fallpunktzahlen für den Bereich der Chirotherapie um 22 Punkte zugestanden worden, eine weitere Erhöhung sei nicht möglich. Der Kläger sei weiterhin darauf hinzuweisen, dass die Auswirkungen der Budgetierung nicht isoliert betrachtet werden dürften. Es komme nicht darauf an, ob ein Arzt Honorarminderungen bzgl. einiger einzelner Gebührennummern oder Leistungskomplexe als Folge der Budgetierung hinnehmen müsse. Die Auswirkung der Budgetierung stelle nur dann eine Beeinträchtigung dar, wenn erhebliche Honorareinbußen eintreten würden, die durch entsprechende Mehrvergütung bei anderen Positionen nicht kompensiert werden könnten. Das Gesamtbild der Honorarentwicklung des Klägers lasse aber erkennen, dass dieser im Vergleich zu seiner Fachgruppe extrem niedrige Fallzahlen gehabt habe. Der Kläger habe im Quartal 2/2007 lediglich 297 Fälle abgerechnet, während der Fachgruppennschnitt bei 832 Fällen gelegen habe. Beim Kläger sei weiterhin auffällig, dass er als Facharzt für Allgemeinmedizin die typischen Leistungen seines Fachgebietes nur eingeschränkt abrechne. Einen Anspruch auf Berücksichtigung selbstgewählter Behandlungsausrichtungen und individueller Praxisstrukturen sowie einen damit verbundenen privaten Finanzbedarf gebe es jedoch nicht. Der Kläger könne sich auch nicht darauf berufen, anderen Ärzten sei ein höheres PZG zugestanden worden. Die Ermittlung der Fallpunktzahlen für das PZG knüpfe an die individuellen Abrechnungsergebnisse in den Vorquartalen an. Dies habe das BSG in ständiger Rechtsprechung gebilligt. Dem liege die berechnete Annahme zugrunde, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtungsweise ein maßgebendes Indiz für den Umfang sei, auf den der Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgerichtet habe. Nicht nachvollzogen werden könnten die Ausführungen des Klägers dahingehend, dass die Orthopäden im streitgegenständlichen Zeitraum von allen Begrenzungen in der Abrechnung befreit gewesen seien. Gem. § 7 A I Nr. 1.1. iVm. Anlage 1 HVV BD F. hätten in den streitgegenständlichen Quartalen die im EBM aufgeführten Leistungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal einem PZG unterlegen. Sowohl der Kläger als Facharzt für Allgemeinmedizin als auch die Fachärzte für Orthopädie hätten in den hier streitgegenständlichen Quartalen 1/2007 bis 4/2007 dem PZG unterlegen. Der Kläger könne auch mit seinem Begehren, seine Abrechnungen seien auf der Grundlage der Abrechnungen für Orthopäden durchzuführen, nicht durchdringen. Das BSG habe in ständiger Rechtsprechung die Bildung von Honorarkontingenten nach Fachgruppen nicht beanstandet. Insoweit sei auch darauf hinzuweisen, dass der Aufschlag für den Bereich der Chirotherapie für die Fachgruppe des Klägers zwar niedriger sei als für die Fachgruppe der Orthopäden. In diesem Zusammenhang übersehe der Kläger jedoch, dass die Fallpunktzahlen für das PZG seiner Fachgruppe erheblich höher seien, als die der Orthopäden. Bei gleichen Fallzahlen würde der Kläger demnach ein höheres PZG erhalten als ein Facharzt für Orthopädie. Mit Schreiben vom 14.08.2014 wies die Beklagte abschließend darauf hin, dass sich das Verfahren durch Zustandekommen des außergerichtlichen Vergleichs vom 19.12.2011/21.02.2012 zwischen ihr und der Insolvenzverwalterin Dr. P erledigt habe.

b) Im Verfahren [S 20 KA 7321/11](#) führte die Beklagte aus, eine nachträgliche Berichtigung bereits eingereichter Behandlungsfälle sei nur unter engen - hier nicht vorliegenden - Voraussetzungen möglich. Nicht nachvollzogen werden könnten auch die Ausführungen des Klägers dahingehend, dass die Orthopäden im streitgegenständlichen Zeitraum von allen Begrenzungen in der Abrechnung befreit gewesen seien. Auf ihre, der Beklagten, Ausführungen im Verfahren [S 20 KA 753/14](#) sei insoweit zu verweisen. Gleiches gelte für das Begehren, seine

Abrechnungen seien auf der Grundlage der Abrechnungen für Orthopäden durchzuführen. Auch die Honorierung ab 2009 sehe für Orthopäden das RLV und damit eine Mengenbegrenzung vor. Aus dem vom Kläger angeführten Urteil des BSG vom 17.03.2010 könne der Kläger nichts für sich herleiten. Er übersehe insoweit, dass nicht arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen, sondern lediglich das Fehlen von arztgruppenspezifischen Grenzwerten und festen Punktwerten im HVV der BD St. bemängelt worden seien. Im HVV des Klägers seien demgegenüber Grenzwerte vereinbart und Punktwerte nachträglich festgesetzt worden. Des Weiteren sei eine Härtefallregelung existent. Eine solche sei ausdrücklich in § 12 des HVV ab dem 01.01.2009 vereinbart. Darüber hinaus sei für die Jahre 2009 und 2010 die Konvergenzvereinbarung als Härtefallregelung zu berücksichtigen. Schließlich stehe ihr, der Beklagten, keine Normverwerfungskompetenz im Hinblick auf die Regelungen des EBM zu. Auch dem Gericht stehe - unter dem Gesichtspunkt des Gestaltungsspielraums des Bewertungsausschusses - nur eine eingeschränkte Prüfungskompetenz zu. Anhaltspunkte für eine willkürliche oder die Fachgruppe des Klägers bewusst sachwidrig benachteiligende Regelung in Bezug auf die Chirotherapie seien nicht erkennbar.

c) Im Verfahren [S 20 KA 52/13](#) führte die Beklagte aus, dass der Kläger hinsichtlich des RLV-Zuweisungsbescheides für das Quartal 3/2011 keinen Widerspruch eingelegt habe. Hieraus folge, dass der Kläger eine Fehlerhaftigkeit des Honorars für das Quartal 3/2011 nicht mehr geltend machen könne. Der Kläger habe im Weiteren lediglich einen Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang, der von ihm erbrachten abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im HVV. Zudem schließe das mit den Mengenbegrenzungsregelungen verfolgte Ziel der Punktwertstabilität aus, dass jedem Vertragsarzt aufgrund seiner individuellen Lebensverhältnisse eine bestimmte Praxisausrichtung auf Dauer schlechthin ohne Honorareinbuße garantiert werden müsse. Der Kläger unterliege des Weiteren - gemäß § 9 Abs. 1 HVV - dem RLV. Zusätzlich erhalte nach § 11 HVV jeder Vertragsarzt, der die Voraussetzungen erfülle, ein QZV gemäß Teil B Anlage 2 a HVV. Dementsprechend sei dem Kläger ein QZV für die Chirotherapie und die Psychosomatische Grundversorgung gewährt worden. Hinzu komme der individuelle Fallwertaufschlag in Höhe von 5,54 Euro. Der besonderen Praxisausrichtung des Klägers sei daher hinreichend Rechnung getragen worden. Schließlich seien in den streitgegenständlichen Honorarabrechnungen des Klägers für die Quartale 1/2011 und 4/2011 die enormen Fallzahlrückgänge auffällig. Dennoch habe der Kläger eine Honorarsteigerung erreichen können. d) Im Verfahren [S 20 KA 1369/14](#) verwies die Beklagte auf die Ausführungen im Verfahren [S 20 KA 753/14](#).

4. Mit Urteilen vom 20.08.2014 wies das SG die Klagen ab.

Zu a) Insoweit führte es im Verfahren [S 20 KA 753/14](#) aus, dass die Klage bereits unzulässig sei. Streitgegenständlich seien die Honoraransprüche für die Quartale 3/2005 bis 1/2008. Unabhängig von der Frage, ob der Kläger im Rahmen des Erörterungstermins vom 22.07.2009 die Klage wirksam auf die Quartale 1/2007 bis 4/2007 beschränkt habe, sei die Fortführung der Klage für die vom Kläger angeführten Quartale 3/2005 bis 1/2008 jedenfalls arglistig und damit unzulässig. Der Kläger habe sich im Rahmen von außergerichtlichen Vergleichsverhandlungen wirksam zur Erledigung des vorliegenden Rechtsstreits verpflichtet. Eine Auslegung der beiderseitigen Erklärungen gemäß [§§ 133, 157 BGB](#) ergebe, dass die über das Vermögen des Klägers bestellte Insolvenzverwalterin Dr. P und die Beklagte einen außergerichtlichen Vergleich über den hier streitgegenständlichen Zeitraum geschlossen hätten. Das in dem Schreiben vom 19.12.2011 an Dr. P gerichtete Vergleichsangebot der Beklagten enthalte in Ziffer 1 den Passus: "Die Kassenärztliche Vereinigung vergütet Ihnen 1.140 Euro []" sowie in Ziffer 3 den Passus: "Etwaige noch anhängige Verfahren, die den jeweiligen Honorarbescheid im Zeitraum der Quartale 2/05 bis 4/08 betreffen, erklären Sie für erledigt". Dieses Schreiben stelle ein annahmefähiges Angebot dar. Der Antrag beziehe sich erkennbar auf die Quartale 2/2005 bis 4/2008 und spreche hierbei die Umsetzung der BSG-Rechtsprechung in seinem Urteil vom 17.03.2010 ([B 6 KA 43/08 R](#)) an. Die Worte im Vorspann zum Vergleichsangebot "Ziel der gütlichen und vor allem endgültigen Erledigung der gesamten Problematik" sowie Ziffer 4 des Vergleichsvorschlages "Sie verzichten auf die Neuverbescheidung Ihrer Honoraransprüche bezüglich der Quartale 2/05 bis 4/08 und akzeptieren die betreffenden Honorarbescheide" würden verdeutlichen, dass mit der unter Ziffer 1 angebotenen Nachzahlung in Höhe von 1.140 Euro eine umfassende Erledigung der Honorarstreitigkeiten für die Quartale 2/2005 bis 4/2008 angestrebt gewesen sei. Das Setzen einer Annahmefrist verdeutliche den Willen der Beklagten, ein annahmefähiges Angebot abzugeben. Die Insolvenzverwalterin Dr. P habe das Angebot der Beklagten mit Schreiben vom 21.02.2012 auch uneingeschränkt angenommen. Dies ergebe sich bereits aus dem ersten Satz dieses Schreibens, in dem mitgeteilt worden sei, dass sie das vorgetragene Vergleichsangebot der Beklagten annehme, wobei "annehme" fett gedruckt worden sei. Die mit diesem Satz erfolgte Bezugnahme auf die "Abgeltung der Ansprüche aus den Quartalen 2/2008, 3/2008 und 4/2008" stelle lediglich klar, für welche Quartale die 1.140 Euro ausgezahlt würden. Dies stelle entgegen der Auffassung des Klägers keine Annahme unter Änderungen dar, die als Ablehnung verbunden mit einem neuen Antrag gelten würde ([§ 150 Abs. 2 BGB](#)). Insoweit habe das Angebot der Beklagten erkennbar nicht den Zweck gehabt, nur die Quartale 2/2008 bis 4/2008 zu regeln und die anderen Quartale offenzulassen. Typischerweise hätten die Vertragsparteien bei einem Rechtsstreit über einen längeren Zeitraum ein Interesse, das Schicksal des streitigen Vertragsverhältnisses insgesamt zu regeln. Hier mache beispielsweise die Vereinbarung einer Zahlungspflicht keinen Sinn, wenn der Vertrag gar nicht beendet werde und damit weitere Zahlungspflichten im Raume stünden. Das Angebot der Beklagten berücksichtige nur dann die Belange beider Parteien angemessen und stehe mit den Anforderungen des redlichen Geschäftsverkehrs im Einklang, wenn es das gesamte streitige Rechtsverhältnis betreffe und bezüglich aller Quartale 2/2005 bis 4/2008 gelte. Eine wie von dem Kläger behauptete Annahme der 1.140 Euro ohne gleichzeitige Verpflichtung zur Beendigung der noch offenen Verfahren in den Quartalen 2/2005 bis 1/2008 sei offenkundig nicht Intention des Vergleichsvorschlages der Beklagten gewesen und sei so auch nicht von der Insolvenzverwalterin des Klägers verstanden worden. Hierzu korrespondiere die im letzten Absatz des Schreibens vom 21.02.2012 mitgeteilte Absicht der Wiederaufnahme des vorliegenden Verfahrens und die angekündigte Abgabe einer Erledigungserklärung für dieses Verfahren ([S 20 KA 6771/08](#)). Der vom Kläger beantragten Vernehmung der Insolvenzverwalterin habe die Kammer dementsprechend nicht nachkommen müssen, da es auf die innere Vorstellung der Insolvenzverwalterin über die Bedeutung des Schreibens vom 21.02.2012 nicht ankomme. Empfangsbedürftige Willenserklärungen seien vielmehr so auszulegen, wie sie der Erklärungsempfänger nach Treu und Glauben und unter Berücksichtigung der Verkehrssitte verstehen müsse. Dies ergebe sich aus dem Gedanken des Vertrauensschutzes und den [§§ 119 ff. BGB](#), die anderenfalls leerlaufen würden. Demzufolge sei dem Beweisthema bereits eine fehlende Entscheidungserheblichkeit zu attestieren. Das Zustandekommen des außergerichtlichen Vergleiches mit der Verpflichtung zur Abgabe einer Erledigungserklärung müsse der Kläger - nach Beendigung des Insolvenzverfahrens - zudem gegen sich gelten zu lassen. Nach [§ 80 InsO](#) verliere der Gemeinschuldner mit der Eröffnung des Insolvenzverfahrens die Befugnis, sein zur Insolvenzmasse gehöriges Vermögen zu verwalten und über dasselbe zu verfügen. Gleichzeitig gehe das Verwaltungs- und Verfügungsrecht auf den Insolvenzverwalter über ohne Rücksicht darauf, ob er den Rechtsstreit bereits aufgenommen habe. Mit dem Verwaltungs- und Verfügungsrecht erhalte der Insolvenzverwalter die Befugnis, die Insolvenzmasse betreffende Prozesse zu führen oder außergerichtliche Vergleiche über das Vermögen des Schuldners zu schließen. Verfahrensrechtlich sei er seit Eröffnung des Insolvenzverfahrens als Rechtsnachfolger des Gemeinschuldners Partei. Der Kläger könne demnach - nach Beendigung des Insolvenzverfahrens - den Rechtsstreit

im eigenen Namen fortführen ([§ 240 ZPO](#)), er sei hierbei jedoch an die materiell-rechtliche Rechtslage - so wie sie die Insolvenzverwalterin zurückgelassen habe - gebunden. Dementsprechend sei der Kläger materiell-rechtlich verpflichtet, das vorliegende Verfahren betreffend die Quartale 3/2005 bis 1/2008 für erledigt zu klären. Dass der Kläger demgegenüber eine Fortführung der Klage wünsche, sei - angesichts der Weigerung der Beklagten zur Sache zu verhandeln - arglistig und führe zur Unzulässigkeit der Klage (vgl. BSG, Urteil vom 21.02.1962 - [4 RJ 315/61](#) -, in: juris).

Zu c) Im Verfahren [S 20 KA 52/13](#) führte das SG zunächst aus, dass die Klage für das Quartal 3/2011 bereits deshalb unbegründet sei, da es insoweit an einer Anfechtung des entsprechenden Bescheides über die Zuweisung des RLV für das Quartal 3/2011 fehle. Der Kläger habe es vorliegend versäumt den RLV-Zuweisungsbescheid für das Quartal 3/2011 nicht bestandskräftig werden zulassen.

Zu d) Hinsichtlich der Quartale 1/2011 und 4/2011 begründete das SG die Klageabweisung - so auch in den Urteilen in den Verfahren S 20 KA 7321/11 bezüglich der Quartale 3/2010 und 4/2010 und [S 20 KA 1369/14](#) bezüglich der Quartale 1-4/2012 - damit, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss bzw. Bewertungsausschuss, ausgehend von den gesetzlichen Vorschriften, Vorgaben gemacht habe, die die beklagte Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen in dem jeweils anwendbaren HVV für die Zeit ab 01.01.2010 umgesetzt hätten. Der Erweiterte Bewertungsausschuss habe in Teil F des in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010 gefassten Beschlusses bestimmt, dass für Fachärzte für Allgemeinmedizin das RLV zur Anwendung komme (Teil F, Ziffer 2.1 des Beschlusses sowie Anlage 1, Ziffer 4 zum Beschluss) und sich die Höhe des RLV eines Arztes aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal ergebe (Teil F, Ziffer 3.2.1 des Beschlusses und Anlage 2 zum Beschluss).

Im Beschluss vom 26.03.2010 heiße es in Teil F weiter:

- 2.1 Ärzte und Arztgruppen

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen kommen für die in Anlage 3 aufgeführten ggf. im Gesamtvertrag modifizierten Arztgruppen und Leistungen zur Anwendung.

Die Partner der Gesamtverträge können Zusammenfassungen von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in der Anlage 3 auch mit den RLV sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für weitere Leistungen und Arztgruppen vereinbaren.

- 3.3. Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

Für die in Anlage 3 aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen, wenn

er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat

und

er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#), [§ 137 SGB V](#) oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich

oder

die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist

und/oder

die Partner der Gesamtverträge andere Regelungen vereinbart haben (z. B. für Neupraxen).

Die Partner der Gesamtverträge können abweichend von der Vorgabe eines für alle berechtigten Ärzte einheitlichen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2008 der in einem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen enthaltenen Leistungen oder gemäß [§ 136 Abs. 4 SGB V](#) vornehmen. Die Partner der Gesamtverträge können Zusammenfassungen von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in der Anlage 3 auch mit den RLV sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für weitere Leistungen und Arztgruppen vereinbaren. Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt je Arzt oder je Fall gemäß Anlage 8. Von der in Anlage 8 beschriebenen Berechnung können die Partner der Gesamtverträge abweichen, wenn im Falle einer niedrigen Anzahl der für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen berechtigten Ärzte eine statistische Ermittlung nicht mehr vertretbar ist. In diesem Fall können sie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundesweit ermittelte Werte für die entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen verwenden. Über das Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einigen sich die Partner der Gesamtverträge."

Dieser Verpflichtung seien die Gesamtvertragsparteien in Teil B der auf dieser Grundlage getroffenen HVV nachgekommen. Darin werde die Bildung eines arztgruppenspezifischen RLV, innerhalb dessen abgerechnete vertragsärztliche Leistungen mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten seien (§ 3 Abs. 2 HVV) und dessen Höhe sich als Produkt aus dem zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwert und den kurativ-ambulanten Fallzahlen des Vertragsarztes im entsprechenden Vorjahresquartal errechneten (§ 9 Abs. 1 HVV), sowie die Vergütung der das RLV überschreitenden Leistungsmenge mit einem abgestaffelten Preis geregelt (§ 10 HVV). Die Beklagte habe zudem die Vorgaben zum QZV in § 11 i.V.m. Anlage 2 a im HVV 2010 dergestalt umgesetzt, dass für bestimmte - in der Anlage 2 a aufgezählte - Arztgruppen qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für die dort genannten Leistungen ermittelt und festgesetzt worden seien. Des Weiteren seien nach Nr. 3.7. des Beschlusses vom 26.03.2010 zwischen

den Partnern der Gesamtverträge Praxisbesonderheiten vorzusehen. Praxisbesonderheiten würden sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben. Über das Verfahren der Umsetzung würden sich die Partner der Gesamtverträge einigen. Auf der Grundlage dieser Regelungen des Bewertungsausschusses hätten die Beklagte und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen in Teil B, § 15 des HVV 2010 ebenfalls die Anerkennung von Praxisbesonderheiten vorgesehen, wobei das Nähere die Beklagte regelt. Daraufhin habe die Beklagte am 28.07.2010 eine Richtlinie zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten beschlossen. Hiernach müsse der Antrag auf Praxisbesonderheiten neben dem Hinweis auf die Besonderheit auch diejenigen Leistungen beinhalten, in denen sich Praxisbesonderheiten ausdrückten. Bei Erfüllung dieser Voraussetzungen erfolge ein individueller Zuschlag auf den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert in der ermittelten Höhe. Der besondere Versorgungsbedarf müsse grundsätzlich ein relevanter Umsatzbestandteil (10 %) sein und sich in einem von der Arztgruppe abweichenden, erhöhten Behandlungsbedarf dokumentieren. Diese Abweichung müsse mehr als 30 % betragen. Letzterer Passus übernehme damit im Wesentlichen die Vorgängerregelung aus Teil F, Nr. 3.6 des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008. Die Regelungen des HVV der Beklagten für das Jahr 2010 betreffend RLV, QZV sowie Praxisbesonderheiten seien aus Sicht der Kammer grundsätzlich nicht zu beanstanden. Ein vollständiges Absehen der Prüfung und Ermittlung von Praxisbesonderheiten - wie es noch § 2 Ziffer 6 der Konvergenzvereinbarung aus dem Jahr 2009 vorgesehen habe - sei in den hier streitgegenständlichen Quartalen gerade nicht mehr vorgesehen gewesen. Davon ausgehend sei das beim Kläger festgesetzte RLV nicht zu beanstanden. Unstreitig erfülle der Kläger auch die Qualifikationsvoraussetzungen für den Bereich der Chirotherapie und der psychosomatischen Grundversorgung, weshalb ihm ein QZV mit 0,99 Euro (3/2010), 1,01 Euro (4/2010), 1,19 Euro (1/2012), 1,25 Euro (2/2012), 0,88 Euro (3/2012) bzw. 0,94 Euro (4/2012) sowie ein weiteres QZV in Höhe von 2,26 Euro (1/2012, 2/2012), 2,29 Euro (3/2012) sowie 2,35 Euro (4/2012) je RLV-relevanten Behandlungsfall gewährt worden sei. Des Weiteren sei dem Kläger für den Bereich der Chirotherapie - als Praxisbesonderheit - eine weitere individuelle Anhebung des RLV-Fallwertes in Höhe von 5,54 Euro (3/2010, 4/2010, 1/2012, 2/2012) bzw. 1,34 Euro (3/2012 und 4/2012) je RLV-relevanten Behandlungsfall zugesprochen worden, was zugleich das Vorbringen des Klägers, es gebe keine Härtefallregelung, entkräfte. Mit diesen Aufschlägen werde der besonderen Ausrichtung der Praxis des Klägers im Bereich Chirotherapie, insbesondere im Hinblick auf [Artikel 3 GG](#), hinreichend Rechnung getragen. Denn die Praxis des Klägers unterscheide sich von der Arztgruppe der Allgemeinärzte, wie er selbst vortrage, gerade dadurch, dass er überwiegend chirotherapeutisch tätig sei. Diese Praxisbesonderheit habe in dem für die Honorarabrechnung des Klägers maßgeblichen HVV 2010 der Beklagten durch die bereits oben dargestellte Gewährung eines Zuschlags für den Bereich Chirotherapie und außerdem die weitergehende Erhöhung des Fallwertes durch Anerkennung als Praxisbesonderheit hinreichend Berücksichtigung gefunden, weshalb Ermessensfehler der Beklagten nicht vorlägen. Der Kläger könne des Weiteren nicht verlangen, mittels Wechsels in die Fachgruppe der Chirurgen ein Honorar in bestimmter Höhe zu verlangen. Vielmehr richte sich sein Vergütungsanspruch für die von ihm erbrachten Leistungen nach den maßgeblichen Grundlagen (insbesondere den EBM und HVV) unter Berücksichtigung des Gebotes der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Dieses Gebot sei im Hinblick auf die für die chirotherapeutische Ausrichtung der Allgemeinarztpraxis des Klägers gewährten Zuschläge gewahrt. Anhaltspunkte für einen (ermessensfehlerhaft) zu niedrig gewährten Zuschlag seien nicht erkennbar und vom Kläger auch nicht vorgetragen. Die mit der Einführung des HVV für das zweite Halbjahr 2012 verbundene Verringerung des individuellen Fallwertaufschlages von 5,54 Euro auf 1,34 Euro sei ebenfalls nicht zu beanstanden. Hiermit werde - nunmehr auch für den Kläger - eine Obergrenze in Höhe von 200 % des Fachgruppendurchschnittes für die Gewährung von praxisbedingten Zuschlägen realisiert (vgl. Richtlinie des Vorstandes der KV). Diese "Deckelungsregelung", die eine Ausgleichszahlung von der Honorarentwicklung der Fachgruppe abhängig mache und sich damit von ausschließlich einzelpraxisbezogenen Kriterien löse, lasse weder sachfremde noch gleichheitswidrige Erwägungen erkennen. Sie verfolge vielmehr eine plausible Zielsetzung, indem sie sicherstelle, dass ein Härtefallausgleich nicht losgelöst von der Honorarentwicklung der Facharztgruppe erfolgen könne. Diese Zielsetzung sei mit Blick auf die vertragsärztliche Solidargemeinschaft nicht zu beanstanden. Eine Rechtswidrigkeit folge auch nicht aus dem vom Kläger angeführten Urteil des BSG vom 17.03.2010. Der Kläger verkenne insoweit, dass das vom BSG bemängelte Fehlen arztgruppenspezifischer Punktwerte und fester Punktwerte für den HVV ab 2009 behoben worden sei und daher keine rechtliche Betroffenheit des Klägers für die hier streitgegenständlichen Quartale 3/2010 und 4/2010 auslösen könne. Des Weiteren sei ein Verstoß gegen höherrangiges (Verfassungs-)Recht nicht gegeben. Die den Honorarabrechnungen zugrundeliegenden Regelungen, insbesondere das RLV, stünden mit [Art. 12 GG](#) im Einklang. Die formalgesetzliche Vorgabe von RLV zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit ([§§ 85 Abs. 4 Satz 6](#) und [7 SGB V](#), [87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) sei als solche verfassungsgemäß. Denn als Instrument der Mengensteuerung dienen RLV der Erhaltung der Leistungs- und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, die als überragend wichtiger Gemeinwohlbelang nicht nur - wie hier - Berufsausübungsregelungen, sondern sogar objektive Zulassungsbeschränkungen und damit selbst schwerste Eingriffe in die Berufsfreiheit des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) rechtfertigen könnten. Im System einer regelmäßig mit befreiender Wirkung entrichteten Gesamtvergütung ([§ 85 Abs. 1 SGB V](#)) werde durch RLV außerdem Planungs- und Kalkulationssicherheit hinsichtlich der gemäß [§ 87b Abs. 1 SGB V](#) gebotenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen auf Grundlage der Euro-Gebührenordnung gewährleistet und so für den Vertragsarzt Rechtssicherheit geschaffen. Deshalb stünden Bewertungsfiguren wie die Praxisbudgets (1997 bis 2003) oder RLV (ab 2004) mit höherrangigem Recht in Einklang. Ein Anspruch des Klägers auf höhere Vergütung der in den Quartalen 3/2010 und 4/2010 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen ergebe sich auch nicht unmittelbar aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#). Bei der Prüfung, ob normative Regelungen der Honorarverteilung insoweit den Anforderungen des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) genügen würden, sei primär auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragssituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen. Dementsprechend sei unerheblich, in welcher Höhe der einzelne Vertragsarzt Honoraransprüche erwerben und ob seine Praxis einen ausreichenden Gewinn abwerfen könne. Dies hänge nicht nur von der Höhe der insgesamt zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen und der Ausgestaltung der normativen Regelungen über die Honorarverteilung ab, sondern werde von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die der Verantwortungssphäre des einzelnen Vertragsarztes zuzurechnen seien. Solche Umstände seien z.B. die Ausrichtung seiner Praxis, die Qualität seines Dienstleistungsangebotes, die Qualität seiner medizinischen Leistungen, aber auch strukturelle Faktoren wie z.B. die Infrastruktur des Praxisstandortes (Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Parkplatzsituation), die Größe des Einzugsbereichs der Praxis, die Patientenstruktur (Verhältnis von Primärkassen- und Ersatzkassenpatienten und Privatpatienten) und nicht zuletzt die Konkurrenzsituation. Vor diesem Hintergrund gingen das BVerfG und das BSG davon aus, dass der Schutz der vertragsärztlichen Tätigkeit aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Leistungen umfasse. Dieser Schutz könne jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen des [§ 72 Abs. 2](#) und des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) erfolgt sei. Diese würden spezifisch vertragsarztrechtliche Begrenzungen der Honorierung ergeben. Die Vorschrift des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) enthalte Vorgaben für die Bemessung der Gesamtvergütungen und die Zuweisung dieser Aufgabe an die dort genannten Vertragsparteien. Das so festgelegte Gesamtvergütungsvolumen hätten die KÄVen und die Krankenkassen-Verbände zu beachten, wenn sie gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ("im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses" bzw. früher: des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung treffen würden. Dabei hätten sie zwei Ziele zu realisieren. Sie müssten zum einen eine ausreichende, zweckmäßige und

wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und zum anderen für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die u.U. bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen zugleich in vollem Umfang gerecht zu werden, könnten es notwendig machen, diese in einen verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen. Hierfür habe der Gesetzgeber des SGB V ineinander greifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen. Die als verfassungskonform zu bewertenden gesetzlichen Grundstrukturen über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erforderten einen Ausgleich u.a. zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung. Dieser Ausgleich sei nach ständiger Rechtsprechung des BSG - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet sei. Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die vom Kläger angeführten niedrigen Honorare die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Allgemeinmedizin gefährdet haben könnten, bestünden nicht. Es sei auch nicht ersichtlich, dass Allgemeinmediziner im Jahr 2010 generell nicht in der Lage gewesen seien, bei einer mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit existenzfähige Praxen zu führen. Vielmehr sei beim Kläger sowohl in den streitgegenständlichen Quartalen als auch in den Jahren zuvor eine deutlich unter dem Fachgruppendurchschnitt liegende Fallzahl augenfällig. In dem Quartal 2/2007 habe die Fallzahl bei 297 (Fachgruppendurchschnitt: 832), in dem Quartal 3/2010 bei 357 (zu 804) sowie in dem Quartal 4/2010 bei lediglich 528 (zu 818) gelegen. Des Weiteren würden bestimmte GNR der EBM, die fachtypisch für Allgemeinmediziner seien, gar nicht oder weit unter dem Fachgruppendurchschnitt erbracht. Der Kläger könne nicht beanspruchen, dass von ihm selbst gewählte Behandlungsstrukturen respektive eine individuelle Praxisausrichtung und ihre Auswirkungen über die Erhöhung seines Honorars von den übrigen Vertragsärzten des KÄV-Bezirks mitgetragen würden (vgl. Argumentation: BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, in: juris, Rn. 156). Die Insolvenz der klägerischen Praxis sei daher aus Sicht der Kammer ein Einzelfall. Auch ein Verstoß gegen [Art. 3 GG](#) - im Hinblick auf die Orthopäden - sei nicht erkennbar. Nach dem aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitenden Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit dürften zwei Gruppen, die sich in verschiedener Lage befänden, nur beim Vorliegen zureichender Gründe gleichbehandelt werden. Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen werde, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestünden, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt sei. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) enthalte jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern genauso das Gebot sachgerechter Differenzierung bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Zwei Gruppen, die sich in verschiedener Lage befänden, dürften nur bei Vorliegen zureichender Gründe gleichbehandelt werden, und es sei mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) unvereinbar, Ungleiches gegen ein zwingendes Gebot gleich zu behandeln. Deutliche Unterschiede zwischen den Allgemeinmedizinern und Orthopäden würden bereits aus der Weiterbildungsordnung resultieren. Nach der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg aus dem Jahr 2006, Stand 01.02.2014 (zitiert nach <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/wbo.pdf>) (im Folgenden: WBO), umfasse das Gebiet der Allgemeinmedizin die lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Sie umfasse die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall. Dazu gehöre auch die Betreuung von akut oder chronisch Erkrankten, die Vorsorge und Gesundheitsberatung, die Früherkennung von Krankheiten, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Zusammenarbeit mit allen Personen und Institutionen, die für die gesundheitliche Betreuung der Patienten Bedeutung hätten, die Unterstützung gemeindenaher gesundheitsfördernder Aktivitäten sowie die Zusammenführung aller medizinisch wichtigen Daten des Patienten. Ziel der Weiterbildung sei die Erlangung der Facharztkompetenz Allgemeinmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses (Abschn. B. 1. WBO). Der Facharzt für Orthopädie sei demgegenüber spezieller und bilde ein eigenständiges Fachgebiet. Das Gebiet der Chirurgie - als Oberbegriff der Orthopädie - umfasse die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborener und erworbener Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane und der onkologischen Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie (Abschn. B.7 WBO). Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der Orthopädie seien sonographische Untersuchungen der Bewegungsorgane einschließlich Arthrosonographien, auch bei Säuglingen, operative Eingriffe einschließlich Notfalleingriffe an Körperhöhlen, Wirbelsäule, Schulter/Oberarm/Elbogen, Unterarm/Hand, Becken, Hüftgelenk, Oberschenkel, Kniegelenk, Unterschenkel, Sprunggelenk, Fuß, Eingriffe an Nerven und Gefäßen, Eingriffe bei Infektionen an Weichteilen, Knochen und Gelenken, Implantatentfernungen, Behandlung von thermischen und chemischen Schädigungen, konservative Behandlungen von angeborenen und erworbenen Deformitäten, Luxationen, Frakturen und Distorsionen, Injektions- und Punktionstechniken an Wirbelsäule und Gelenken, Osteodensitometrie sowie Anordnung, Überwachung und Dokumentation von Verordnungen orthopädischer Hilfsmittel. Entsprechend unterschiedlich würden auch die allgemeinmedizinischen und orthopädischen Gebiete im EBM 2010 abgebildet. Nach Abschnitt III.18 würden Fachärzte für Orthopädie einem einheitlichen Kapitel zugeordnet (s. Nr.1 der Präambel zu Abschnitt III.7.1). Demgegenüber könnten die Fachärzte für Allgemeinmedizin - im Rahmen der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung - keinen eigenständigen Honorarabschnitt beanspruchen. Entsprechend unterschiedlich sei auch die Honorierung nach dem EBM. Dementsprechend existierten solche Unterschiede zwischen der Fachgruppe der Allgemeinmediziner einerseits und den Fachärzten für Orthopädie andererseits, die - auch unter Beachtung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit - eine Differenzierung zwischen beiden Arztgruppen nicht nur zulässig, sondern notwendig machen würde. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sei es nicht zu beanstanden, dass der Kläger - als Facharzt für Allgemeinmedizin - nicht wie ein Kollege aus dem Bereich der Orthopädie vergütet werde. Vielmehr könne hiervon aus sachlichem Grund abgewichen werden, wenn auch damit verbunden sei, dass gleiche Leistungen nicht stets gleich vergütet würden. Die sachliche Rechtfertigung hierfür folge aus dem Bestreben, dass die in [§ 85 Abs. 3 bis 3e SGB V](#) normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig auswirkten und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringerten, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern würden. Dadurch würden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren könnten. Soweit der Kläger in diesem Zusammenhang auf die seines Erachtens rechtswidrige Streichung der GNR 03111, 03112 und 03212 für die chirotherapeutisch tätigen Allgemeinmediziner mit Einführung des EBM 2009 hinweise, werde übersehen, dass der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander gemäß [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) durch den EBM bestimmt werde, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteile der Bundesmantelverträge vereinbart habe ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Da die Beschlüsse des

Erweiterten Bewertungsausschusses als Normsetzung durch Vertrag zu qualifizieren seien, sei der für jeden Normgeber kennzeichnende weite Gestaltungsspielraum des Erweiterten Bewertungsausschusses bei der Beschlussfassung auch von der Rechtsprechung zu beachten. Gleichwohl unterliege der Bewertungsausschuss als untergesetzlicher Normgeber gerichtlicher Kontrolle; er sei an die einfachgesetzlichen Vorgaben ebenso wie an die grundrechtlichen Gewährleistungen in [Art. 3 Abs. 1](#) und [Art. 12 Abs. 1 GG](#) gebunden. Die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränke sich jedoch darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten würden. Dies sei erst dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in einem "groben Missverhältnis" zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken stehe, mithin in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig sei. Die gerichtliche Kontrolle von Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses sei somit im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen könne und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten seien. Der Erweiterte Bewertungsausschuss überschreite den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn sich zweifelsfrei feststellen lasse, dass seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen seien – etwa weil eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt werde – oder dass es im Lichte von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. für die ungleiche Behandlung von im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalten gebe. Ausgehend von den bereits dargelegten Unterschieden zwischen den Orthopäden und chirotherapeutisch tätigen Allgemeinmedizinern sei nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss den ihm eingeräumten Spielraum überschritten hätte und weitere vom Kläger abgerechnete Leistungen mit Blick auf [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) noch vergütet werden müssten.

Zu b) Soweit der Kläger die nachträgliche Vergütung der GNR 30420 EBM im Quartal 3/2010 und 4/2010 im Verfahren S 20 KA 7321/11 begehere, sei Grundlage für die Abrechnung des vertragsärztlichen Honorars in den Quartalen 3/2010 und 4/2010 der HVV 2010. Dieser habe in § 3 vorgesehen, dass die nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung von fehlerhaft oder unvollständig durchgeführten Leistungen für bereits zur Abrechnung eingereichter Behandlungsfälle durch den Arzt ausgeschlossen sei. Eine Ausnahme hiervon komme nur dann in Betracht, wenn die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend gewesen sei und der Abrechnungsausschluss einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde. Diese Abrechnungsvorschrift verstoße aber auch nicht gegen höherrangiges Recht. Nach der Rechtsprechung des BSG (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 29/06 R](#) -, in: juris) seien Abrechnungsfristen und die Sanktionierung von Fristüberschreitungen durch Honorarabzüge rechtmäßig und von der Rechtsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) gedeckt. Diese Regelungen wären deshalb gerechtfertigt, weil die Honorierung der in einem Quartal erbrachten Leistungen möglichst aus dem für dieses Quartal zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumen zu erfolgen habe, nachträgliche Honorierungen dem Ziel zügiger und zeitgerechter Honorierung zuwiderlaufen sowie zusätzlichen Verwaltungsaufwand erfordern würden. Daher sei der mit dem Abrechnungsausschluss verbundene Eingriff grundsätzlich verhältnismäßig und stelle eine rechtmäßige Berufsausübungsregelung im Sinne des [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) dar, es sei denn der Eingriff wiege so schwer, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck stehe. Für Letzteres sei wiederum nichts erkennbar. Der Abrechnungsausschluss sei demnach gerechtfertigt.

Zu b) - d) Ein weitergehender Honoraranspruch könne schließlich auch nicht über die "rechtlich erheblichen Äußerungen" des Herrn Dr. F begründet werden. Unabhängig davon, ob den Äußerungen des Herrn Dr. F eine solche Bedeutung überhaupt zukomme, sei jedenfalls hiermit kein erhöhtes Honorarverlangen des Klägers verbunden. Eine "allgemeine" Betreuungspflicht sei im Vertragsarztrecht weder gesetzlich anerkannt noch richterrechtlich vorgesehen. Insbesondere finde [§ 25](#) Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) im Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) keine Entsprechung, weil spezielle Auskunft- und Beratungspflichten in den [§§ 13](#) bis [15](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) geregelt seien. [§§ 13](#) bis [15 SGB I](#) seien jedoch im Vertragsarztrecht nicht anwendbar, da die Beklagte, die Kassenärztliche Vereinigung, kein Leistungsträger im Sinne von [§ 12 SGB I](#) sei. Demzufolge könnten aus dem behaupteten Verschweigen gebührenrechtlicher Tatbestände keine weiteren Rechtsfolgen geknüpft werden, insbesondere scheide ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch von vornherein aus. Ein Anspruch könne auch nicht aus einer schuldhaften Pflichtverletzung eines Mitarbeiters respektive eines Vorstandmitgliedes der Beklagten hergeleitet werden. Das Mitgliedschaftsverhältnis des Klägers bei der Beklagten ([§ 77 Abs. 3 SGB V](#)) sei kein öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis, das in analoger Anwendung der Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches einen Erfüllungs- oder Schadensersatzanspruch begründen könne. Auch unter diesen Aspekten sei die Klage unbegründet. Das Verhältnis des Vertragsarztes zur Kassenärztlichen Vereinigung sei ein Mitgliedschaftsverhältnis ([§ 77 Abs. 3 S. 1 SGB V](#)), kein öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis, in dem quasi-vertragliche Betreuungs- und Schadensersatzpflichten bestehen könnten. Verwaltungsrechtliche Schuldverhältnisse seien öffentlich-rechtliche Rechtsbeziehungen zwischen der Verwaltung und dem Bürger, die nach Struktur und Gegenstand den bürgerlich-rechtlichen Schuldverhältnissen vergleichbar seien, insbesondere Leistungs- und Benutzungsverhältnisse im Bereich der Daseinsvorsorge, die Geschäftsführung ohne Auftrag, die öffentliche Verwahrung und in Teilbereichen das Beamtenverhältnis bzw. andere personenbezogene Schuldverhältnisse wie das Zivildienstverhältnis, das Strafgefangenenverhältnis oder das Schulverhältnis. Das Mitgliedschaftsverhältnis des Klägers bei der Beklagten werde demgegenüber durch die gesetzlichen Regelungen der [§§ 72](#) ff SGB V, die darauf basierenden Normverträge (Gesamtverträge, [§ 83 SGB V](#)) und Richtlinien ([§ 92 SGB V](#)) sowie die Satzung der Beklagten, die gemäß [§ 81 Abs. 1 S. 1 Nummer 4 SGB V](#) die Rechte und Pflichten der Mitglieder regelt, umfassend und abschließend definiert. Eine Vergleichbarkeit mit bürgerlich-rechtlichen Schuldverhältnissen bestehe nicht. Das Mitgliedschaftsverhältnis des Klägers zur Kassenärztlichen Vereinigung stelle vielmehr ein verwaltungsrechtliches Dauerrechtsverhältnis dar, das in erster Linie durch das Statusrecht der jeweiligen Körperschaft, das heißt die Satzung der Beklagten, und die Normen des SGB V geprägt werde. Es schließe eine analoge Anwendung der zivilrechtlichen Vorschriften über einen Schadensersatz wegen Pflichtverletzung ([§§ 280, 311 BGB](#)) wegen der strukturellen Unterschiede zum bürgerlich-rechtlichen Schuldverhältnis aus (vgl. hierzu Bayerisches Landessozialgericht (LSG), Urteil vom 20.10.2013 - [L 12 KA 66/12](#) -, in: juris). Demzufolge scheide eine Zurechnung des behaupteten pflichtwidrigen Verhaltens des Dr. F auf die Beklagte aus. Eine Falschberatung könne zudem allenfalls "Amtshaftungsansprüche" auslösen, die vor den ordentlichen Gerichten geltend zu machen seien. Außerdem seien die vom Kläger behaupteten "Zusicherungen" des Dr. F im Sinne des [§ 34 SGB X](#) weder aktenkundig noch durch Substantiierung einer Überprüfung zugänglich gemacht worden. Auf das Vorliegen entsprechender mündlicher Erklärungen komme es schließlich ohnehin nicht entscheidend an, weshalb Ermittlungen entbehrlich seien. Die Zusicherung bedürfe für eine rechtliche Relevanz nämlich der Schriftform ([§ 34 Abs. 1 S. 1 SGB X](#)).

5. Die Urteile wurden dem Bevollmächtigten des Klägers am 16.09.2014 (S 20 KA 7321/11) und am 08.09.2016 ([S 20 KA 753/14](#)) mittels Empfangsbekanntnis bzw. am 06.09.2014 ([S 20 KA 1369/14](#) und [S 20 KA 52/13](#)) dem Kläger persönlich gegen Postzustellungsurkunde zugestellt.

Hiergegen richten sich die am 12.09.2014 gegen das Urteil im Verfahren [S 20 KA 1369/14 \(L 5 KA 3897/14\)](#) sowie am 25.09.2014 gegen die Urteile in den Verfahren S 20 KA 7321/11 (L 5 KA 4056/14) und [S 20 KA 753/14 \(L 5 KA 4055/14\)](#) eingelegten Berufungen des Klägers zum LSG Baden-Württemberg. In der Berufungsbegründung bezüglich der Verfahren L 5 KA 4055/14 und [L 5 KA 3897/14](#) vom 17.11.2014, welche am 18.11.2014 beim LSG einging, hat der Klägerevertreter sodann auch auf das Urteil des SG vom 20.08.2014 in dem Verfahren [S 20 KA 52/13](#) Bezug genommen und diesbzgl. Anträge gestellt. Mit Beschluss vom 23.01.2015 hat der Senat die Verfahren [L 5 KA 3897/14](#), L 5 KA 4056/14 und L 5 KA 4055/14 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Verfahren [L 5 KA 3897/14](#) verbunden.

In der Berufungsbegründung wiederholt und vertieft der Kläger sein bisheriges Vorbringen. Zu rügen sei eine Verletzung der Berufsfreiheit und die Willkürlichkeit sowie Ungleichbehandlung durch die Regelungen zur Honorierung seiner Tätigkeit. Die massive Untervergütung habe zur Insolvenz geführt und belege damit die grundrechtsverletzende Vergütung. Darüber hinaus würden sich auch weitergehende Honoraransprüche aus dem Verhalten von Dr. F ergeben. Das Verhalten sei als rechtlich erhebliche Äußerung und Zusicherung zu werten. Schließlich habe das SG im Verfahren S 20 KA 7321/11 aber auch übersehen, dass ihm auch die Vergütung der GNR 30420 EBM zustehe. Es liege nämlich in Wirklichkeit keine nachträgliche Berichtigung vor. Zudem sei der HVV 2010 noch nicht anwendbar und verstoße schließlich gegen höherrangiges Recht. Hinsichtlich letzterem sei auf die Ausführungen zu seiner Grundrechtsverletzung des Klägers zu verweisen. Soweit das SG im Verfahren [S 20 KA 753/14](#) die Klage als unzulässig abgewiesen habe, halte auch dies schließlich einer Überprüfung nicht stand. Eine prozessuale Erledigungserklärung habe er niemals abgegeben. Soweit die Insolvenzverwalterin einen Vergleich abgeschlossen habe, habe allenfalls die Insolvenzverwalterin aus niederen pekuniären Interessen arglistig gehandelt. Seine Verfassungs- und Grundrechte würden es verbieten, dass rechtlich nachteilige Schlüsse aus dem Verhalten der Insolvenzverwalterin zu seinen Lasten gezogen würden.

Der Kläger beantragt - sachdienlich gefasst -,

die Urteile des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.08.2014 aufzuheben und

1. die RLV-Zuweisungsbescheide und Honorarbescheide für die Quartale 3/2010 und 4/2010 in der Fassung des Änderungsbescheides vom 17.05.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.07.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale 3/2010 und 4/2010 erneut zu entscheiden (L 5 KA 4056/14), 2. den Bescheid der Beklagten vom 31.05.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.10.2008 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Honoraransprüche des Klägers in den Quartalen 3/2005 bis 1/2008 erneut zu entscheiden (L 5 KA 4055/14), 3. die RLV-Zuweisungsbescheide für die Quartale 1/2011 und 4/2011 sowie die Honorarbescheide für die Quartale 1/2011, 3/2011 und 4/2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale 1/2011, 3/2011 und 4/2011 erneut zu entscheiden (L 5 KA 4055/14), 4. die RLV-Zuweisungsbescheide und Honorarbescheide für die Quartale 1/2012 bis 4/2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.02.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale 1/2012 bis 4/2012 erneut zu entscheiden ([L 5 KA 3897/14](#), L 5 KA 4055/14),

hilfsweise:

die Insolvenzverwalterin Frau Dr. P. gen. St. zum Beweis der Tatsache zu vernehmen, dass eine Erledigungserklärung gegenüber dem Sozialgericht als erhebliche Prozessklärung nicht erfolgt ist und dass vor allem seitens des Klägers kein arglistiges Verhalten gegeben war, sondern dass sich die Insolvenzverwalterin bewusst und eigenmächtig über entgegenstehende Weisungen des Klägers und seines Rechtsanwalts hinweggesetzt hat sowie

Dr. F. zum Beweis für dessen Zusicherung und zugleich zum Nachweis, falsch und unzutreffend über die Möglichkeit der Abrechnung der genannten Ziffern informiert zu haben, zu vernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufungen zurückzuweisen.

Zutreffend habe das SG die Klagen des Klägers abgewiesen. Auf die Urteile sei Bezug zu nehmen. Der Rechtsstreit [S 20 KA 753/14](#) habe sich durch die Annahme des Vergleichsangebots durch die Insolvenzverwalterin erledigt. Im Übrigen seien die Regelung des SGB V und des HVV eingehalten worden. Eine vom Kläger gewählte spezifische Ausrichtung seiner Praxis müsse nicht garantiert werden. Zutreffend habe das SG auch eine nachträgliche Vergütung der GNR 30420 EBM abgelehnt. Auch die Ausführungen in Bezug auf Dr. F vermöchten nicht durchzugreifen. Wie der Kläger selbst ausführe habe ihn Dr. F in den Quartalen 3/2010 und 4/2010 nicht beraten. Die vom Kläger geltend gemachten Praxisbesonderheiten seien unter Anwendung der einschlägigen Vorschriften geprüft und sodann ein entsprechender Aufschlag gewährt worden.

Mit Schreiben vom 12.09.2016 hat der Berichterstatter die Beteiligten darüber informiert, dass beabsichtigt sei, den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss zurückzuweisen. Die Beteiligten erhielten Gelegenheit zur Stellungnahme. Auf die Einwände des Klägerevertreters hat der Berichterstatter darauf hingewiesen, dass an einer Entscheidung gem. [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) festgehalten wird. Mit Schreiben vom 28.11.2016 hat der Berichterstatter weiter darauf hingewiesen, dass die Berufungsanträge bzgl. des Verfahren [S 20 KA 52/13](#) unzulässig sein dürften und eine Entscheidung gem. [§ 158 SGG](#) insoweit beabsichtigt sei. Die Beteiligten erhielten auch insoweit nochmals Gelegenheit zur Stellungnahme.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

II.

Hinsichtlich der Quartale 1/2011, 3/2011 und 4/2011 entscheidet der Senat nach Anhörung der Beteiligten gem. [§ 158 SGG](#) durch Beschluss,

da die Berufung insoweit bereits unzulässig ist (hierzu 1.). Im Übrigen entscheidet der Senat gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) nach Anhörung der Beteiligten über die Berufung durch Beschluss, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die klägerseits gegen eine Entscheidung im Beschlusswege vorgebrachten Einwände greifen nicht durch. Insb. zwingt das Vorbringen, dass bereits die verfassungsrechtlichen Gesichtspunkte eine mündliche Verhandlung erforderten, nicht dazu, den Rechtsstreits in einer mündlichen Verhandlung zu entscheiden (hierzu 2.).

1.) Die Berufung gegen das Urteil des SG im Verfahren [S 20 KA 52/13](#) ist unzulässig, da die Berufungsfrist des [§ 151 SGG](#) nicht gewahrt ist. Gem. [§ 151 Abs. 1, 2 SGG](#) ist die Berufung innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem Sozialgericht schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. In diesem Fall legt das Sozialgericht die Berufungsschrift oder die Niederschrift mit seinen Akten unverzüglich dem Landessozialgericht vor.

Das Urteil des SG vom 20.08.2014 im Verfahren [S 20 KA 52/13](#) wurde dem Kläger, der in diesem Verfahren nicht vertreten war, am 06.09.2014 mittels Postzustellungsurkunde zugestellt. Eine eigenständige Berufung legte der Kläger in der Folge nicht ein. Erst durch die Berufungsbegründung und Antragstellung in den Verfahren L 5 KA 4055/14 und [L 5 KA 3897/14](#) wurde deutlich, dass sich die Berufung auch gegen das Urteil im Verfahren [S 20 KA 52/13](#) richtet und die Berufung diesbzgl. erweitert. Das Schreiben vom 17.11.2014 ging jedoch erst am 18.11.2014 und damit nicht innerhalb der Monatsfrist bei Gericht ein, weshalb die Berufung gegen das Urteil als verfristet und damit als unzulässig zu verwerfen war.

2.) Die Berufung des Klägers ist im Übrigen gemäß [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klagen zu Recht abgewiesen. Der Senat nimmt auf die zutreffenden Entscheidungsgründe der angefochtenen Urteile und ergänzend auf die Begründung der Widerspruchsbescheide Bezug ([§§ 153 Abs. 1](#) und 2, [136 Abs. 3 SGG](#)). Ergänzend sei hinsichtlich der in der Berufungsinstanz erneut vorgebrachten Grundrechtsverletzungen angemerkt, dass die Festsetzung des Honorars nicht gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung verstößt. Nach [§ 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. Unabhängig davon, ob dieser Grundsatz auch bei der Verteilung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen ist, ist dieser jedenfalls vorliegend nicht verletzt, weil die hierfür in ständiger Rechtsprechung des BSG aufgestellten Anforderungen nicht vorliegen. Danach kommt 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 besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (stRspr des BSG, vgl. BSG, Urteil vom 11.12.2013, - [B 6 KA 6/13 R](#) -, in juris m.w.N.). Anhaltspunkte dafür, dass eine solche Situation im Bereich der Beklagten für die Gruppe der Fachärzte für Allgemeinmedizin in dem hier maßgeblichen Zeitraum eingetreten sein könnte, sind nicht ersichtlich. Auch der Kläger trägt hierzu nichts vor. Allein der Hinweis auf das ihn betreffende Insolvenzverfahren greift zu kurz. Ausweislich der vorgelegten Unterlagen ist der geringe Umsatz auf eine besondere, vom Kläger selbst gewählte, Praxisausrichtung und geringe Patientenzahlen zurückzuführen. Der Kläger hat dabei keinen Anspruch auf Berücksichtigung selbst gewählter Behandlungsausrichtung, individueller Praxisstrukturen und individueller Kostenstrukturen bei der Honorarfestsetzung. Spezialisiert sich ein Arzt innerhalb seines Gebietes auf wenige ausgewählte Leistungen - wie vorliegend - mit der Folge, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl unterschiedlicher Leistungen nicht mehr möglich ist, so muss er das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen Spezialpraxis tragen.

Vor diesem Hintergrund war auch den Hilfsanträgen des Klägers nicht nachzukommen. Eine verbindliche und damit schriftliche Zusicherung durch Dr. F wird vom Kläger bereits nicht behauptet. Hinsichtlich der Falschberatung hat das SG zutreffend darauf hingewiesen, dass eine "allgemeine" Betreuungspflicht im Vertragsarztrecht weder gesetzlich anerkannt noch richterrechtlich vorgesehen ist. Ein Honoraranspruch kann auch nicht aus einer schuldhaften Pflichtverletzung eines Mitarbeiters respektive eines Vorstandmitgliedes der Beklagten hergeleitet werden. Eine Falschberatung kann zudem allenfalls "Amtshaftungsansprüche" auslösen, die vor den ordentlichen Gerichten geltend zu machen sind. Auch die Vernehmung der Insolvenzverwalterin Dr. P war nicht erforderlich. Unstreitig ist, dass diese keine prozessbeendende Erklärung abgegeben hat. Die Frage, inwieweit der wirksame Vergleichsabschluss außerhalb des Verfahrens zum Vorwurf einer arglistigen Verfahrensführung führt, ist im Übrigen dem Zeugenbeweis nicht zugänglich.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Die Höhe des Streitwerts folgt aus [§ 52 Abs. 2 GKG](#). Hierbei war pro streitigem Quartal der Auffangstreitwert von 5000,00 EUR festzusetzen. Da 20 Quartale im Streit waren, ergibt sich ein Streitwert in Höhe von 100.000,00 EUR.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-12-21