L 5 KA 3052/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

5

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 10 KA 2196/12

Datum

26.03.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KA 3052/14

Datum

22.12.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufungen des Klägers gegen die Urteile des Sozialgerichts Stuttgart vom 26.03.2014 ([S 10 KA 2665/11](#), [S 10 KA 2196/12](#) und S 10 KA 5899/12) werden zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten der Berufungsverfahren.

Der Streitwert für die Berufungsverfahren wird auf insgesamt 60.000,00 EUR festgesetzt.

Gründe:

Streitig sind die Zuweisungsbescheide für das Regelleistungsvolumen (RLV) sowie die Honorarbescheide für die Quartale 1/2009 bis 4/2011.

1. Der Kläger ist als Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

a) Mit undatiertem Bescheid wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal 1/2009 ein RLV in Höhe 30.631,89 EUR, mit Bescheid vom 26.03.2009 für das Quartal 2/2009 ein RLV in Höhe 27.719,28 EUR, mit Bescheid vom 24.06.2009 für das Quartal 3/2009 ein RLV in Höhe 30.426,24 EUR, mit Bescheid vom 21.09.2009 für das Quartal 4/2009 ein RLV in Höhe 28.816,02 EUR, mit Bescheid vom 09.12.2009 für das Quartal 1/2010 ein RLV in Höhe 30.972,65 EUR sowie mit Bescheid vom 17.03.2010 für das Quartal 2/2010 ein RLV in Höhe 34.253,86 EUR zu.

Gegen die RLV-Zuweisungsbescheide für die Quartale 1/2009 bis 2/2010 legt der Kläger am 20.01.2009 (1/2009), 07.04.2009 (2/2009), 14.07.2009 (3/2009), 27.10.2009 (4/2009), 29.12.2009 (1/2010) sowie 31.03.2010 (2/2010) Widerspruch ein.

Im Rahmen der Widerspruchseinlegung beantragte der Kläger am 20.01.2009 und 07.04.2009 die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten, die Anhebung des RLVs und die Änderung des Aufsatzquartals. Mit Bescheid vom 08.07.2009 lehnte daraufhin die Beklagte die Anhebung des RLV und mit Bescheid vom 20.05.2010 die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten ab. Mit Bescheid vom 29.06.2009 verfügte sie, dass sie die Berechnung des RLV im Quartal 1/2009 auf der Basis der vom Kläger tatsächlich abgerechneten RLV-relevanten Fallzahlen vornehmen werde. Gegen die Bescheide vom 08.07.2009 und vom 29.06.2009 legte der Kläger jeweils am 14.07.2009 und bzgl. des Bescheids vom 20.05.2010 am 28.05.2010 Widerspruch ein.

Mit Honorarbescheid vom 07.10.2009 bewilligte die Beklagte dem Kläger ein Bruttohonorar in Höhe von 67.957,09 EUR für das Quartal 1/2009, mit Honorarbescheid vom 14.12.2009 bewilligte die Beklagte dem Kläger ein Bruttohonorar in Höhe von 65.522,45 EUR für das Quartal 2/2009, mit Honorarbescheid vom 15.01.2010 bewilligte die Beklagte dem Kläger ein Bruttohonorar in Höhe von 68.523,70 EUR für das Quartal 3/2009, mit Honorarbescheid vom 16.04.2010 bewilligte die Beklagte dem Kläger ein Bruttohonorar in Höhe von 62.606,73 EUR für das Quartal 4/2009, mit Honorarbescheid vom 06.10.2010 bewilligte die Beklagte dem Kläger ein Bruttohonorar in Höhe von 53.251,07 EUR für das Quartal 1/2010.

Gegen die Honorarbescheide für die Quartale 1/2009 bis 1/2010 legte der Kläger am 27.10.2009 (1/2009), 29.12.2009 (2/2009), 05.02.2010 (3/2009) sowie 04.05.2010 (4/2009) Widerspruch ein. Darüber hinaus legte der Kläger am 03.08.2010 Widerspruch gegen den Bescheid für das Quartal 1/2010 ein.

Zur Begründung seiner Widersprüche machte der Kläger geltend, das RLV sei verfassungswidrig und falsch berechnet, der

Honorarverteilungsvertrag (HVV) sei verfassungswidrig, ebenso der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Insgesamt seien die Abrechnungen nicht nachvollziehbar. Die Einnahmen durch die Vergütung der Beklagten könnten seine Ausgaben nicht decken. Die Honorierung durch die Beklagte liege weit hinter den Leistungen der Berufsgenossenschaften bzw. der privaten Krankenkassen. Auch seine übrigen Leistungen würden nicht leistungsgerecht abgerechnet. Darüber hinaus habe die Beklagte nicht berücksichtigt, dass er von August 2007 bis Januar 2008 erkrankt gewesen sei. Zwar sei die tatsächliche Patientenzahl daraufhin zu Grunde gelegt worden, dies sei jedoch nicht ausreichend. Zu berücksichtigen sei vielmehr das Honorar, das er, der Kläger, hätte erzielen können.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.04.2011 wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Die Zuweisung des RLV sei nach den geltenden Vorgaben erfolgt. Eine Erhöhung des RLV-Fachgruppenfallwertes sei nicht möglich. Gemäß Teil B § 4 HVV sei Grundlage für die Ermittlung und Festsetzung der RLV die quartalsweise ermittelte, vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV), die unter Berücksichtigung u.a. des Fremdkassenausgleichs und der Vergütung für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM anzupassen sei. Anschließend erfolge eine Aufteilung der bereinigten Gesamtvergütung in ein hausärztliches und in ein fachärztliches Vergütungsvolumen. Dabei bezögen sie, die Beklagte, und die Kassen sich auf die Honoraranteile des Jahres 2007 unter Berücksichtigung der Veränderungen des EBM 2008. Grundlage sei die sachlich-rechnerisch anerkannte Leistungsmenge unter Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen. Aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Topf würden von ihr Gelder u.a. für Leistungen, die das RLV überschritten bzw. dem RLV nicht unterlägen, zurückgestellt. Übrig bleibe das RLV-Vergütungsvolumen, welches zunächst auf die einzelnen Fachgruppen aufgeteilt werde, um den RLV-Fachwert der einzelnen Fachgruppen mittels der Fallzahl der Arztgruppen zu berechnen. Hier sei auf Teil B Anlage 4 HVV zu verweisen. Gemäß Teil B § 5 HVV erhalte jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gemäß Teil B Anlage 1 ein arztgruppenspezifisches RLV. Die Höhe des RLV eines Vertragsarztes ergebe sich für die in dieser Anlage benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen, KV (Kassenärztliche Vereinigung)-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallwertes (FWAG) und der kurativ-ambulantem Fallzahlen (Teil B § 3 Nr. 14 HVV) des Vertragsarztes im entsprechenden Vorjahresquartal. Zur Berücksichtigung der altersbedingten Morbidität sei das RLV nach Altersklassen gemäß Teil B Anlage 4 zu ermitteln. Durch die Konvergenzregelung in den Quartalen 1/2009 bis 2/2010 werde - unabhängig vom RLV-Honorar - 95 % des Honorars des Vorjahresquartals für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) garantiert. Für die Ermittlung des für die Konvergenzberechnung relevanten Honoraranteils sei das Gesamthonorar um die Beträge für nachträgliche Korrekturen sowie um die Anteile für Laborleistungen, Kosten, Wegegebühren, genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen, Einzelleistungen und den HzV-Bereinigungsbetrag zu berichtigen. Verringere sich das Honorar einer Arztpraxis und das Honorar je Fall für ambulant erbrachte Leistungen der MGV (ohne Laborkosten, Kosten und Wegegebühren, Leistungen des Kapitels 35.2 EBM) um mehr als 5 v.H. gegenüber dem Vorjahresquartal - bezogen auf die im entsprechenden Quartal gültige Definition der Leistungsbereiche - erfolge eine Ausgleichszahlung. Durch diese Regelung würden Existenzgefährdungen, bedingt durch die Honorarreform, ausgeschlossen. Erleide eine Praxis durch die Neuregelung einen überdurchschnittlichen Verlust des Umsatzes, leiste die KV infolgedessen Ausgleichszahlungen.

Soweit der Kläger vorgetragen habe, der festgesetzte RLV-Fallwert werde durch den Wert der Ordinationsgebühr fast vollständig ausgefüllt, sei zu sagen, dass das RLV ein Euro-Volumen für Leistungen der Praxis insgesamt darstelle und nicht auf einzelne Patienten bezogen sei. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gemäß § 87 b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) würden diese Pauschalen im Rahmen des RLV vollständig vergütet und nur die das RLV übersteigende Leistungen und ggf. Pauschalen würden abgestaffelt vergütet. Es sei darauf hinzuweisen, dass der RLV-Fallwert nicht mit dem absoluten Fallwert bzw. Gesamtfallwert verwechselt werden dürfe. Dieser ergebe sich durch eine Division des Gesamthonorars des Arztes mit der Fallzahl des Arztes. Der Gesamtfallwert, der sich damit auf das durchschnittliche Honorar je Behandlungsfall beziehe, beinhalte sämtliche Honorarbestandteile. Dieser Logik folgend seien die Gesamtfallwerte, die die jeweiligen Umsätze der übrigen Tatbestände beinhalteten deutlich höher als die RLV-Werte. Der festgesetzte RLV-Wert habe damit nur eine eingeschränkte Aussagekraft. Entscheidend komme es auf den Gesamtfallwert an, da dieser Gesamtfallwert den durchschnittlichen Wert eines Behandlungsfalls angebe. Das Honorar des Klägers setze sich auch zusätzlich aus Freien Leistungen und den Einzelleistungen zusammen. Aus einer Aufstellung der streitbefangenen Quartale ergebe sich, dass ein Honorarverlust von 50 v. H., wie vom Kläger befürchtet, nicht eingetreten sei. § 72 Abs. 2 SGB V regelt, dass ärztliche Leistungen angemessen zu vergüten seien. Diese Vorschrift fordere aber auch die Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Diese Versorgung müsse für die Allgemeinheit finanzierbar sein. Da aus diesem Grund nur eine begrenzte Menge von Geldmitteln zur Verfügung stehe, seien Budgetierungsmaßnahmen unerlässlich und vom Gesetzgeber in § 85 Abs. 4 SGB V (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) auch vorgesehen. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung seien mithin mehrere Aspekte in Einklang zu bringen. Die Kompetenz zur Festlegung der Angemessenheit der Vergütung sei vorrangig dem Bewertungsausschuss (BWA), den Gesamtvertragsparteien und den KVen überantwortet.

Soweit der Kläger vorgebracht habe, sein Schwerpunkt der Unfallchirurgie und Orthopädie sei nicht berücksichtigt worden, sei zu sagen, dass laut HVV in der Anlage 1 eine Differenzierung der Fachgruppen der Chirurgen nach Schwerpunktbereichen nicht vorgesehen sei. Für den Kläger sei deshalb der Fallwert der Fachgruppe der Chirurgen maßgebend. Insoweit sei für das Quartal 1/2009 keine Änderung erfolgt. Die vertraglichen Regelungen seien für die KV verbindlich und könnten im Rahmen des Widerspruchsverfahrens nicht verändert werden. Der unfallchirurgische Schwerpunkt finde im Rahmen der Röntgenleistungen ab dem Quartal 3/2009 Berücksichtigung. Hier sei dem Kläger der Fallwertzuschlag der Orthopäden i.H.v. 7,20 EUR anstatt der der Chirurgen i.H.v. 6,10 EUR für die Berechnung zugrunde gelegt worden.

Gemäß Teil B § 8 HVV würden für die in Teil B Anlage 2 genannten Leistungsbereiche arztgruppenspezifische Fallwertzuschläge gebildet. Ein Vertragsarzt habe Anspruch darauf, wenn er die beim jeweiligen Fallwertzuschlag genannten Voraussetzungen erfülle und die Leistungen im Abrechnungsquartal erbringe. Gemäß der Anlage 2 Nr. 2.1 erhielten Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs für qualitätsgebundene Leistungen einen Fallwertaufschlag für Diagnostische Radiologie i.H.v. 5,00 EUR als zusätzliches Honorarvolumen. Dieses zusätzliche Honorarvolumen stehe dem Vertragsarzt dann zur Verfügung, wenn er mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungsbereichs im aktuellen Quartal abrechne und über die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen verfüge. Das Honorarvolumen ergebe sich aus der Multiplikation seiner kurativ-ambulantem Arztfallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals mit dem hinter dem Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag. Gemäß der Anlage 2 2.3 würden die das Honorarvolumen überschreitenden Leistungen mit dem abgestaffelten Preis im fachärztlichen Versorgungsbereich (Teil B § 3 Nr. 7) vergütet. Ab dem Quartal 3/2009 werde der Fallwertzuschlag für Teilradiologie arztgruppenbezogen differenziert, um den zwischen den Arztgruppen zum Teil beträchtlich schwankenden Aufwand für teilradiologische Leistungen stärker zu berücksichtigen. Der Fallwertzuschlag erhöhe sich deshalb ab dem Quartal 3/2009 auf 7,20 EUR.

Gemäß Teil B § 11 Nr. 1 HVV seien Praxisbesonderheiten bei einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die

Versorgung bedeutsamen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierenden Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliege, zu berücksichtigen. Gemäß Teil B § 11 Nr. 2 HVV regele sie, die Beklagte, das Nähere. Wie in den Bescheiden vom 08.07.2009 und 20.05.2010 dargestellt, habe sie die Regelung dahingehend getroffen, dass während der Konvergenzphase, in der für alle Praxen grundsätzlich eine Garantie i.H.v. 95 v. H. des Umsatzes in Bezug auf die MGV aus dem Vorjahresquartal bestehe, eine bestehende besondere Praxisausrichtung bereits über die Anwendung der Konvergenzregelung berücksichtigt werde. Aufgrund der in Teil B § 11 Nr. 2 HVV verankerten Ermächtigung sei sie auch berechtigt, die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten im Rahmen der Konvergenzregelung zu gewährleisten. Eine darüber hinausgehende Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten sei während der Dauer der Konvergenzphase nicht möglich (§ 2 Abs. 6 der Konvergenzvereinbarung).

Entsprechend den Vorgaben in Teil F, Abschnitt 3.4 NVV 2009 seien in Teil B § 10 HVV Kriterien zur Ausnahme von der fallzahlabhängigen Abstufung vorgesehen. Nach Teil B § 10 Abs. 2 HVV könne das Vorliegen eines außergewöhnlichen Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt habe, es rechtfertigen, dass Leistungen über das RLV hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet würden. Über einen Ausnahmekatalog sei die Regelung in der Weise konkretisiert worden, dass für bestimmte Sachverhalte eine Best-of-Regelung in Bezug auf das heranzuziehende Aufsatzquartal in Betracht kommen könne. Ein solcher Ausnahmetatbestand sei, wie mit Bescheid vom 29.06.2009 mitgeteilt, für die vom Kläger geschilderte Situation anerkannt und seinem Antrag respektive Widerspruch entsprochen worden. Aufgrund seines Arbeitsunfalls im August 2007 habe der Kläger auch im Quartal 1/2008 nur eingeschränkt seiner Praxistätigkeit nachgehen können und somit weniger Fälle zur Abrechnung bringen können. Daher sei die Berechnung des RLV in dem Quartal 1/2009 in seinem Fall auf der Basis der von ihm tatsächlich abgerechneten RLV-relevanten Fallzahl vorgenommen worden.

Soweit der Kläger vorgetragen habe, sein Honorar sei unter Berücksichtigung der 95 %-Regelung neu zu berechnen, da in der Ausnahmeregelung nicht berücksichtigt worden sei, wie hoch das Honorar im Quartal 1/2008 gewesen wäre, wenn er nicht krank gewesen wäre, sei dem im Rahmen der Konvergenz Rechnung getragen worden. Durch die Ausnahmeregelung sei nicht der Honorarverlust maßgeblich gewesen, sondern der Fallwertverlust. Im Honorar des Konvergenznachweises für das Quartal 1/2009 habe der Kläger keinen Verlust zu verzeichnen gehabt. Durch das Abstellen auf den Fallwert habe jedoch eine Stützung i.H.v. 5.425,42 EUR zuerkannt werden können. Der Fallwert gebe den Wert je Fall wieder. Dadurch lasse sich ermitteln, ob der Kläger einen Verlust zu verzeichnen habe, unabhängig davon, wie viel Fälle er behandelt habe. Somit würde ihm die Krankheit im Quartal 1/2008 nicht zum Nachteil gereichen.

Auch liege keine Ungleichbehandlung von Einzel- und Gemeinschaftspraxen vor. So habe das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 17.03.2010 ([B 6 KA 41/08 R](#)) entschieden, dass die Besserstellung von Gemeinschaftspraxen in begrenztem Umfang rechtmäßig sei.

Eine willkürliche Verteilung der Qualitätszuschläge sei nicht erfolgt. Die Möglichkeit der Erhöhung des RLV durch arztgruppenspezifische Erhöhungen bestehe nur in Baden-Württemberg. Abweichend von den Bundesvorgaben könnten bei der Zuteilung des RLV für die verschiedenen Arztgruppen weiterhin qualifikationsbedingte Zuschläge vergeben werden. Es handele sich dabei um dieselben Zuschläge, wie sie bereits aus der Honorarverteilung des Jahres 2008 bekannt seien. Diese Regelung trage der Individualität der Praxen Rechnung.

Die Umsetzung der gesetzgeberischen Maßnahmen in [§§ 85 Abs. 4](#), 4 a SGB V (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) i.V.m. den Beschlüssen des BWA sei als untergesetzliche Rechtsnormen in ihrem HVV in rechtmäßiger Weise erfolgt. Gemäß [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) habe der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bundeseinheitlich festzulegen.

Dagegen erhob der Kläger am 04.05.2011 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG; [S 10 KA 2665/11](#)).

b) Mit Honorarbescheid vom 15.10.2010 wies die Beklagte dem Kläger ein Honorar für das Quartal 2/2010 mit einer Gesamtsumme in Höhe von 67.920,04 EUR zu.

Dagegen reichte der Kläger am 02.11.2010 Widerspruch ein und machte dazu geltend, das RLV sei verfassungswidrig und falsch berechnet, der HVV sei ebenfalls verfassungswidrig, der EBM sei verfassungswidrig und diskriminierend, die Abrechnung sei nicht nachvollziehbar, das Honorar sei nicht angemessen, die Budgetierung von Röntgenleistungen für Unfallchirurgen durch die Beklagte sei rechtswidrig.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.04.2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Im Beschluss des Erweiterten BWA zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) sei im Beschlussteil F die Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV geregelt. Vertraglich umgesetzt sei diese Regelung in Teil B §§ 3 ff. HVV in der jeweils gültigen Fassung. Durch die NVV sei ab dem Jahre 2009 ein jährlich festzusetzender Orientierungspunkt eingeführt worden. Des Weiteren sei eine Mengenbegrenzung in der Leistungserbringung durch RLV oder zeitbezogene Kapazitätsgrenzen sowie ein Rahmen für Regelungen zur Konvergenz zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste festgelegt worden.

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe sei der angefochtene Honorarbescheid nicht zu beanstanden.

Soweit sich der Kläger gegen das RLV wende sei darauf hinzuweisen, dass im Jahre 2009 eine neue Honorarverteilungssystematik entsprechend den Vorgaben der [§§ 85 ff.](#) SGB V (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) eingeführt worden sei. Entsprechend den gesetzlichen Grundlagen sei die NVV 2009 beschlossen und in Teil B HVV vertraglich umgesetzt worden. Die KV sei gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) für die Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte zuständig. Gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) schreibe der Gesetzgeber vor, dass zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen seien. Die Honorarbegrenzungsmaßnahmen basierten auf den Normen des SGB V sowie auf den für sie, die Beklagte, bindenden Beschlüssen des BWA und seien mit den Vertragspartnern in Baden-Württemberg übereinstimmend vereinbart worden. Grundlage für die Berechnung des RLV sei die nach Teil B § 4 HVV quartalsweise ermittelte, vorhersehbare, MGV ([§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#)). Alle Leistungen, die vollständig außerhalb dieser MGV lägen, blieben unberücksichtigt. Zunächst sei dann die vorhersehbare MGV unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der KV-übergreifenden Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 75 Abs. 7](#) und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich) anzupassen. Soweit Forderungen und Verbindlichkeiten zum Zeitpunkt der Abrechnung nicht bekannt seien, würden diese geschätzt. Nach

Vorliegen der endgültigen Werte erfolge ein Ausgleich eventueller Differenzen im Folgequartal. Eine weitere Anpassung erfolge durch den Abzug der Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM. Dieser sei durch den BWA in seinen Sitzungen am 27./28.08.2008 und am 17.10.2008 bundeseinheitlich geregelt worden.

Die bereinigte Gesamtvergütung werde in ein hausärztliches und in ein fachärztliches Vergütungsvolumen aufgeteilt. Dabei bezögen sie, die Beklagte, und die Kassen sich auf die Honoraranteile des Jahres 2007 unter Berücksichtigung der Veränderungen des EBM 2008. Aus dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Topf würden von ihr 3% (ab dem Quartal 2/2009 2%) für Leistungen, die das RLV überschritten, zurückgestellt. Weiter würden Gelder, z. B. für neue Ärzte und Psychotherapeuten, zurückgestellt. Außerdem ziehe sie Gelder für diejenigen Leistungen ab, die nicht dem RLV unterlägen. Übrig bleibe das sogenannte RLV-Vergütungsvolumen, welches in einem weiteren Schritt anteilmäßig auf die Fachgruppen verteilt werde. Zuletzt teile sie das arztgruppenbezogene RLV-Vergütungsvolumen durch die Fallzahl der Arztgruppe. Diese Berechnung werde jedes Quartal neu durchgeführt, das Ergebnis sei der sogenannte fachgruppenspezifische Fallwert. Gemäß Teil B § 5 HVV erhalte jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gemäß Teil B Anlage 1 ein arztgruppenspezifisches RLV. Die Höhe des RLV eines Vertragsarztes ergebe sich für die in die –ser Anlage benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen, KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallwertes (FWAG) und der kurativ-ambulanten Fallzahlen (Teil B § 3 Nr. 14 HVV) des Vertragsarztes im entsprechenden Vorjahresquartal. Zur Berücksichtigung der altersbedingten Morbidität sei das RLV nach Alters –klassen gemäß Teil B Anlage 4 zu ermitteln. Die arztgruppenspezifischen Fallwerte für Haus- und Fachärzte würden entsprechend den ge –nannten Vorgaben berechnet. Die Festsetzung des RLV des Klägers sei demnach korrekt erfolgt.

Auch die Umsetzungen der gesetzgeberischen Maßgaben in [§ 85 Abs. 4, Abs. 4a SGB V](#) (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) i.V.m. den Beschlüssen des BWA seien als untergesetzliche Rechtsnormen in ihrer HVV in rechtmäßiger Weise erfolgt. Gemäß [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) habe der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bundeseinheitlich festzulegen. Der EBM sei nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 26.04.1978, - [6 RKA 11/77](#) -, in juris) nur in –soweit überprüfbar, als der BWA seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe. Dies sei hier nicht der Fall. Im Übr –igen seien die KV-en nicht berechtigt, bei der Bescheidung eines Wi –derspruchs in das normative Bewertungsgefüge des BWA einzugreifen.

Entgegen den Ausführungen des Klägers sei die Honorarabrechnung auch nachvollziehbar. In den Anlagen zu den Honorarbescheiden seien jeweils nachvollziehbare Darstellungen der Be –rechnungen enthalten. Insbesondere seien in der Anlage "Zuweisung des RLV" der arztgruppenspezifische Fallwert, ggf. die arztgruppenspezifischen Erhö –hungen des RLV abhängig von der jeweiligen geforderten Qualifikation, die anerkannte RLV-relevante Fallzahl aus dem jeweiligen Vorjahresquartal, der arztindividuelle Fallwert nach An –passung aufgrund der Altersstruktur der behandelten Patienten sowie ggf. die fallzahlabhängige Fallwertabstaffelung dargestellt. Darüber hinaus werde in allen Honorarunterlagen in Klammern der jeweilige Rechenweg aufgeführt, um die Rechenvorgänge und deren Ergebnisse nachvollziehbar zu gestalten. Es sei nicht erforderlich, dass in jedem Bescheid das vollständige Regelwerk genannt sei. Es sei vielmehr ausreichend, dass sich die rechtlichen Grundlagen und Rechenvorgänge aus dem zugrunde liegenden Vertragswerk, der HVV, ergäben (BSG, Urteil vom 09.12.2004, - [B 6 KA 44/03 R](#) -, in juris). Dem Transparenzgebot sei damit Genüge getan.

Soweit der Kläger vortrage, sein Honorar sei nicht angemessen, könne dem ebenfalls nicht gefolgt werden. Der Grundsatz der Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung sei in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) verankert. Diese Vorschrift erfordere aber auch die Gewährleistung einer ausreichen –den, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Diese Versorgung müsse für die Allgemeinheit finanzierbar sein. Da aus diesem Grund nur eine begrenzte Menge von Geldmitteln zur Verfügung stehe, seien Budgetierungsmaßnahmen unerlässlich und vom Gesetz –geber in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) auch vorgesehen. Die Kompetenz zur Festlegung von Hono –rarverteilungsmaßnahmen sei vorrangig dem BWA zugewiesen, dessen Vor –gaben für sie, die Beklagte, verbindlich seien. Die Regelungen seien im Übrigen erst dann nicht mehr verhältnismäßig, wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu werden und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfä –higkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet werde (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, in juris).

Soweit der Kläger vorgetragen habe, dass die Budgetierung von Röntgenleistungen für Unfallchirurgen durch sie, die Beklagte, rechtswidrig sei, könne dem ebenfalls nicht gefolgt werden. Jeder Vertragsarzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs erhalte jeweils - zusätzlich zum RLV - ein weiteres Honorarvolumen, das ihm für die Abrechnung der Leistungen nach den Gebührenordnungsposition (GOP) 34210 bis 34282 EBM zur Verfügung stehe, wenn er mindestens eine Leistung des entspre –chenden Leistungsbereichs im aktuellen Quartal abrechne und über die entsprechende Quali –fikationsvoraussetzung verfüge. Der Fallwertzuschlag der Diagnostischen Radiologie ergebe sich aus der Multiplikation der kurativ-ambulanten Arztfallzahl des entsprechenden Vorjahresquar –tals mit dem Betrag von 5,00 EUR. Weiterhin bestehe die Möglichkeit, das RLV - soweit es noch nicht ausgeschöpft sei - mit Leistun –gen der Diagnostischen Radiologie auszufüllen. Ab dem Quartal 3/2009 werde der Fallwertzuschlag für Diagnostische Teilradiologie arztgruppen-bezogen differenziert.

Bezüglich der grundsätzlichen Rechtmäßigkeit des RLV sei darauf hinzuweisen, dass der M. Verbund Baden-Württemberg mitgeteilt habe, dass er bezüglich der grundsätzlichen Rechtmäßigkeit ein Musterklageverfahren durchführe. Sobald im Rahmen dieses Musterverfahrens ein rechtskräftiges sozialgerichtliches Urteil vorliege, welches die grundsätzliche Rechtmäßigkeit der RLV wider Erwarten verneine, werde dies von Amts wegen für die oben genannten Widersprüche gegen die Rechtmäßigkeit der RLV berücksichtigt.

Abschließend sei festzustellen, dass die Umsetzung der gesetzgeberischen Maßnahmen in [§ 85 Abs. 4, Abs. 4a SGB V](#) (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) i. V. m. den Beschlüssen des BWA als untergesetzliche Rechtsnorm in der HVV der KV BW in rechtmäßiger Weise erfolgt sei.

Dagegen erhob der Kläger am 18.04.2012 Klage zum SG ([S 10 KA 2196/12](#)).

c) Mit Bescheid vom 22.06.2010 wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal 3/2010 ein RLV in Höhe 39.167,70 EUR, mit Bescheid vom 14.09.2010 für das Quartal 4/2010 ein RLV in Höhe 38.321,91 EUR, mit Bescheid vom 24.11.2010 für das Quartal 1/2011 ein RLV in Höhe 36.763,47 EUR, mit Bescheid vom 23.02.2011 für das Quartal 2/2011 ein RLV in Höhe 39.777,16 EUR, mit Bescheid vom 24.05.2011 für das Quartal 3/2011 ein RLV in Höhe 37.272,04 EUR, mit Bescheid vom 18.08.2011 für das Quartal 4/2011 ein RLV in Höhe 38.857,00 EUR zu.

Gegen die RLV-Zuweisungsbescheide für die Quartale 3/2010 bis 4/2011 legte der Kläger am 21.07.2010 (3/2010), 21.09.2010 (4/2010), 20.12.2010 (1/2011), 10.03.2011 (2/2011), 08.06.2011 (3/2011) sowie 07.09.2011 (4/2011) Widerspruch ein.

Mit Honorarbescheiden vom 13.01.2011 wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal 3/2010 ein Honorar in Höhe von insgesamt 62.913,15 EUR, mit Bescheid vom 15.04.2011 für das Quartal 4/2010 ein Gesamthonorar in Höhe von 62.300,79 EUR, mit Bescheid vom 15.07.2011 für das Quartal 1/2011 ein Gesamthonorar in Höhe von 67.540,60 EUR, mit Bescheid vom 17.10.2011 für das Quartal 2/2011 ein Gesamthonorar in Höhe von 64.720,02 EUR, mit Bescheid vom 16.01.2012 für das Quartal 3/2011 ein Gesamthonorar in Höhe von 62.253,19 EUR und für das Quartal 4/2011 mit Bescheid vom 16.04.2012 ein Gesamthonorar in Höhe von 55.348,19 EUR zu.

Gegen die Honorarbescheide für die Quartale 3/2010 bis 4/2011 legte der Kläger am 09.02.2011 (3/2010), 10.05.2011 (4/2010), 26.07.2011 (1/2011), 16.11.2011 (2/2011), 15.02.2012 (3/2011) sowie 07.05.2012 (4/2011) Widerspruch ein.

Die Widersprüche begründete der Kläger über das in der Vergangenheit erfolgte Vorbringen hinaus im Wesentlichen damit, er werde gegenüber anderen Fachärzten benachteiligt. Hausärzten würde ein etwa doppelt so hohes RLV zugewiesen, Kardiologen erhielten etwa ein drei- bis vierfach höheres Honorar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.10.2012 wies die Beklagte die Widersprüche gegen die Zuweisung des RLV sowie gegen die Honorarbescheide zurück. Auf die Widerspruchsbegründung im Einzelnen eingehend führte die Beklagte aus, dass durch die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) ein bundesweit einheitlicher Orientierungspunktwert eingeführt worden sei, anhand dessen sich der Wert der jeweiligen Leistung des EBM ermittele. Für die Jahre 2010 und 2011 sei der Orientierungspunktwert gemäß § 87 Abs. 2 e Satz 1 Nr. 1 SGB V (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) auf 3,5048 Cent festgelegt worden. Desweiteren sei eine Mengenbegrenzung der Leistungserbringung durch RLV sowie durch qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) oder zeitbezogene Kapazitätsgrenzen festgelegt worden. Die Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV sowie QZV seien im Beschlussteil F des BWA vom 26.03.2010 erstmalig für den widerspruchsbefangenen Zeitraum geregelt worden. Vertraglich umgesetzt seien diese Regelungen in Baden-Württemberg in der jeweils gültigen Honorarverteilung, Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV (Teil B der HVV) und hier in den §§ 3 ff. An die Vorgaben in den Beschlüssen des BWA seien sie, die Beklagte, und ihre Vertragspartner zwingend gebunden.

Die Umsetzungen der gesetzgeberischen Maßnahmen in § 85 Abs. 4 a (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung), 87 bis 87 d SGB V i.V.m. den Beschlüssen des BWA seien als untergesetzliche Rechtsnormen in ihrem, der Beklagten, HVV in rechtmäßiger Weise erfolgt. Gemäß § 87 Abs. 2 SGB V habe der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bundeseinheitlich festzulegen. Der EBM sei nach der Rechtsprechung des BSG nur insoweit überprüfbar, als der BWA seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe. Dies sei hier nicht der Fall. Im Übrigen seien die KVen nicht berechtigt, bei der Bescheidung eines Widerspruchs in das normative Bewertungsgefüge des BWA einzugreifen.

Auch das RLV sei verfassungsmäßig. Im Jahre 2009 sei eine neue Honorarverteilungssystematik entsprechend den Vorgaben der §§ 85 ff. SGB V eingeführt worden. Nach der Rechtsprechung des BSG stehe dem Normgeber, hier den Gesamtvertragspartner, bei der Neuregelung komplexer Materien unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und der Erprobungsregelung ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zu. Mit diesem Gestaltungsspielraum gehe eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht einher, welche aber nicht dazu führe, dass getroffene Regelungen nachträglich rechtswidrig würden. Vielmehr bestehe allenfalls unter Umständen eine Verpflichtung, die Regelung für die Zukunft anzupassen. Entsprechend den gesetzlichen Grundlagen sei die NVV 2009 beschlossen und in Teil B HVV vertraglich umgesetzt worden, eingeführt worden sei das sogenannte RLV. Zum 01.07.2010 habe es Änderungen in der Honorarsystematik gegeben. Grundlage hierfür sei der Beschluss des Erweiterten BWA vom 26.03.2010 gewesen. Diesen hätten die KVen der Länder in kürzester Zeit umsetzen müssen. Um bei beschränkt zur Verfügung stehenden Mittel eine übermäßige Ausdehnung der einzelnen Praxis zu verhindern, sei neben dem RLV das QZV eingeführt worden. Die abgerechneten Leistungen unterlägen deshalb je Arzt und Quartal einer Begrenzung durch das zugewiesene RLV/QZV. Die abgerechnete Leistungsmenge, die diese Begrenzung überschreite, werde lediglich quotiert vergütet. Grundlage für die Ermittlung und Festsetzung des RLV sei die quartalsweise ermittelte vorhersehbare MGV (§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V). Aus dieser MGV würden u. a. Beträge für Laborleistungen und Leistungen des organisierten Notfalldienstes vorweg abgezogen. Diese Vorwegabzüge seien unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7 a SGB V anzupassen. Eine weitere Anpassung erfolge durch den Abzug der Vergütung für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM. Die so angepasste vorhersehbare MGV werde entsprechend des Trennungsfaktors auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich aufgeteilt und ergebe das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen (Teil B § 5 Abs. 1 HVV). Aus diesem ermittele sich das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen, indem im jeweiligen Versorgungsbereich Vorwegabzüge erfolgten. Ferner würden für den fachärztlichen Versorgungsbereich Vorwegabzüge für die Vergütung für pathologische und zytologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchung und die GOP 12225 EBM sowie für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM vorgenommen. Zur Ermittlung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens erfolge in einem weiteren Schritt die Aufteilung des versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumens auf die in Teil B Anlage 1 a HVV genannten Arztgruppen entsprechend Anlage 5 des Beschlusses des BWA vom 26.03.2010. Dieses werde in ein RLV-, ein QZV- und in ein Vergütungsvolumen für die besonders förderungswürdigen Freien Leistungen aufgeteilt. Das RLV-Vergütungsvolumen werde zunächst auf die einzelnen Arztgruppen verteilt, um den RLV-Wert mittels der relevanten Fallzahl der Arztgruppe zu berechnen. Diese Berechnung werde für jedes Quartal neu durchgeführt. Eine genaue Darstellung der Berechnung sei Teil B § 5 i.V.m. der Anlage 4 bis 6 HVV zu entnehmen. Gemäß § 9 Abs. 1 HVV erhalte jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe nach Teil B Anlage 1 b HVV ein arztgruppenspezifisches RLV. Hierbei ergebe sich die Höhe des RLV des in der Anlage genannten Vertragsarztes grundsätzlich aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwerts und der kurativ-ambulanten Fallzahl (Teil B § 8 HVV) des Vertragsarztes im entsprechenden Vorjahresquartal. Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter sei das RLV nach Altersklassen gemäß Teil B § 9 Abs. 4 i.V.m. Anlage 7 Nr. 3 HVV zu ermitteln. Das RLV des Klägers sei entsprechend dieser Vorgaben damit korrekt berechnet worden. Sowohl die HVV als auch die Honorarbegrenzungsmaßnahmen beruhten auf Normen des SGB V sowie auf den für sie, die Beklagte, bindenden Beschlüssen des BWA und seien mit den Vertragspartnern in Baden-Württemberg übereinstimmend vereinbart worden, so dass eine Verfassungswidrigkeit hier nicht gegeben sei.

Auch der Vorwurf, es liege ein Verstoß gegen das Prinzip der Honorarverteilungsgerechtigkeit vor, greife nicht. Dieser sei nämlich nur dann verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen werde, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen

keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestünden, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt sei. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) enthalte jedoch nicht nur das Verbot der rechtswidrigen Differenzierung, sondern ebenso das Gebot sachgerechter Differenzierung bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten 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, im Übrigen sei auf ihre, der Beklagten, Klageerwidern vom 20.01.2012 im Verfahren [S 10 KA 2665/11](#) zu verweisen. Die Vorgaben seien korrekt umgesetzt worden, ein Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit liege mithin nicht vor.

Auch der Einwand, die Budgetierung von Röntgenleistungen sei rechtswidrig, greife nicht. Gemäß [§§ 87](#) ff. SGB V habe der Gesetzgeber dem KV-System und den Krankenkassen den Auftrag zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung erteilt. Über den Inhalt beschließe der BWA bzw. der Erweiterte BWA, falls eine Einigung im BWA nicht möglich sei. Die Beschlüsse des Erweiterten BWA seien bindend. Zum 01.07.2010 sei die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen geändert worden. Es sei zur Mengensteuerung vieler "Freier Leistungen" für fast alle Arztgruppen ein QZV eingeführt worden. Ziel sei es, eine übermäßige Ausweitung von Leistungen zu verhindern, die nur von einem Teil der jeweiligen Fachgruppe erbracht würden, aber das Verteilungsvolumen aller Ärzte der Fachgruppe verkleinerten. Die RLV und QZV würden aus einem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen vergütet, den sogenannten Arztgruppentöpfen. Jeder Vertragsarzt der in Teil B Anlage 2 a HVV aufgeführten Arztgruppe erhalte ein QZV, sofern dieser die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führe (Teil B § 11 Abs. 1 HVV). Hierbei seien für die einzelnen Arztgruppen unterschiedliche QZV festgelegt worden. Voraussetzung sei auch, dass es sich dabei nicht um eine Standardleistung der Fachgruppe handle, da jedes QZV das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen schmälere und somit zwangsläufig den RLV-Fallwert senke. Zur Berechnung des Zusatzvolumens werde grundsätzlich die Fallzahl gemäß Teil B § 8 HVV des Arztes aus dem Vorjahresquartal mit dem jeweiligen QZV-Fallwert der Arztgruppe multipliziert. Der QZV-Fallwert errechne sich aus dem für das jeweilige Zusatzvolumen bereitstehenden Verteilungsvolumen, geteilt durch die relevante Fallzahl aller Ärzte, die Anspruch auf das arztgruppenspezifische QZV hätten. Eine genaue Darstellung der Berechnung sei Teil B Anlage 8 HVV zu entnehmen. Da das RLV und das QZV ein Gesamthonorarvolumen bildeten, finde eine Verrechnung untereinander statt. Seit dem 01.07.2010 erhalte der Kläger ein QZV für Teilradiologie. Bei der Berechnung des Zusatzvolumens flössen dabei alle RLV-relevanten Fälle in die Berechnung ein, also auch diejenigen, für die gar keine teilradiologischen Leistungen erbracht worden seien. Somit sei auch das QZV rechtmäßig eingeführt worden.

Auch die Bevorzugung der Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxen gegenüber Einzelpraxen sei nicht zu beanstanden. So habe das BSG mit Urteil vom 17.03.2010 ([B 6 KA 41/08 R](#)) entschieden, dass die Besserstellung von Gemeinschaftspraxen in begrenztem Umfang rechtmäßig sei. Der BWA sei nach den gesetzlichen Vorgaben gehalten gewesen, den Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen Rechnung zu tragen. Die gezielte Förderung von Gemeinschaftspraxen sei ein gesundheitspolitisches Ziel. Die Grenzen einer nicht mehr gerechtfertigten Ungleichbehandlung würden erst dann erreicht, wenn Einzelpraxen durch die Benachteiligung gegenüber den Gemeinschaftspraxen nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden könnten. Soweit der Kläger bemängelt, dass Hausärzte kleinchirurgische Leistungen als freie Leistungen abrechnen dürften und er als Chirurg die gleichen Ziffern nur innerhalb des RLV vergütet bekäme, sei darauf hinzuweisen, dass dem RLV die Leistung unterläge, die zur Basisversorgung gehörte. Das RLV decke mithin die Standardleistung der Fachgruppe ab. Daher bekämen Chirurgen kleinchirurgische Leistungen innerhalb des RLV vergütet. Da diese Leistungen für Hausärzte keine Standardleistung darstellten, seien sie als Freie Leistungen zu honorieren. Die Fachärzte für Chirurgie erhielten demgegenüber gastroenterologische und bronchoskopische Leistungen als Freie Leistungen vergütet. Soweit der Kläger vorgetragen habe, dass es für die Internisten zehn verschiedene Schwerpunkte gebe, für die Chirurgen jedoch keinen einzigen, sei laut Beschluss Teil F des BWA vom 26.03.2010 zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV eine Differenzierung der Fachgruppe der Chirurgen nicht vorgesehen. Die Beschlüsse seien bindend. Für den Kläger sei daher der Fallwert der Fachgruppe für Chirurgen maßgeblich. Soweit der Kläger vorgetragen habe, die Kardiologen bekämen ein drei- bis vierfaches höheres Honorar, sei zu beachten, dass sich diese beiden Fachgruppen nicht ohne Weiteres vergleichen ließen. Es handle sich um verschiedene Fachgruppen, die deshalb unterschiedliche Bezeichnungen führten und vor allem unterschiedliche Leistungen erbrächten und abrechneten. Als Chirurg habe der Kläger beispielsweise die Möglichkeit, durch die Erbringung von ambulanten Operationen sein Gesamthonorar zu erhöhen, da diese Leistungen außerhalb der MGV (als Einzelleistung) honoriert würden. Es sei auch zu beachten, dass sich das Gesamthonorar des Klägers aus der relevanten Leistungsanforderung bis zur Höhe der Zuweisung, bei Überschreitung dieser zuzüglich des quotiert vergüteten Teils, den Freien Leistungen, den Einzelleistungen und den Leistungen aus regionalen Sonderverträgen zusammensetze.

Soweit der Kläger geltend mache, dass er im Vergleich der Quartale 4/2005 und 4/2011 einen Honorarrückgang von 33.000,00 EUR zu verzeichnen habe, müsse zwingend beachtet werden, dass die gesetzlichen Grundlagen nicht dieselben seien. Im Jahre 2005 habe der Honorarverteilungsvertrag bestanden, wohingegen im Jahre 2011 die Honorarverteilungsvereinbarung die Vergütung der Vertragsärzte regelt. Auch der EBM sei geändert worden. So sei manche GOP im Jahre 2011 anders bewertet als noch im Jahr 2005. Durch die neue Honorarsystematik seien Honorarverschiebungen zwischen den Fachgruppen gewollt. Wesentlicher Grund für den erheblichen Honorarunterschied sei im Falle des Klägers daher die geänderte Honorarsystematik.

Die Beklagte habe auch nach pflichtgemäßen Ermessen eine Erhöhung des RLV im Rahmen einer Härtefallregelung nicht vornehmen müssen. Zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten greife die Regelung nach Teil B § 16 HVV. Das Nähere regelt sie, die Beklagte, (Teil B § 16 Abs. 3 HVV bzw. Abs. 4 für das Jahr 2011). In seiner Sitzung vom 10.11.2010 habe ihr Vorstand die Kriterien zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste ab dem Quartal 3/2010 bzw. 1/2011 neu definiert. Danach könne eine Ausgleichszahlung nur dann erfolgen, sofern folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt seien: Das Gesamthonorar der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und GKV-Gesamtfallwert müssten weniger als 90 v. H. im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal betragen haben, bei grundsätzlicher Vergleichbarkeit der Zeiträume; die Honorarminderung müsse durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik entstanden sein, deren Ursache dürfe somit nicht im Verantwortungsbereich des Antragstellers bzw. Widerspruchsführers liegen, wie dies z. B. bei einer Konstellationsänderung in der Praxiszusammensetzung oder einem Rückgang der Fallzahl und/oder des Leistungsbedarfs der Fall sei; es müsse zusätzlich ein Antrag auf Einstufung als wirtschaftlicher Härtefall bzw. ein Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das entsprechende Quartal vorliegen. Seien sämtliche Voraussetzungen erfüllt, erfolge in der Regel eine Ausgleichszahlung bis zu 90 v. H. des GKV-Gesamtfallwertes des Vorjahresquartals, maximal bis zu 90 v. H. des Gesamthonorars des Vorjahresquartals.

Im Falle der Praxis des Klägers seien die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt. Ein Honorar- wie auch Fallwertrückgang von mehr als 10 v. H. seien nicht gegeben. Eine Erhöhung des RLV im Rahmen einer Härtefallregelung habe daher nicht erfolgen können.

Soweit der Kläger weiter geltend mache, seine Praxisbesonderheiten seien nicht hinreichend berücksichtigt worden, insbesondere im Bereich der Teilradiologie, sei darauf hinzuweisen, dass nach dem Beschluss Teil F des BWA vom 26.03.2010 zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten mit Wirkung zum 01.07.2010 vorgesehen sei. Unter Punkt 3.7 sei festgehalten, dass Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt würden. Die Praxisbesonderheiten würden sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben. Hierbei sei das Verfahren der Umsetzung den Partnern der Gesamtverträge vorbehalten. An die Vorgaben des BWA sei sie, die Beklagte, und ihre Vertragspartner gebunden. In Baden-Württemberg hätten die Vertragspartner basierend auf dem Beschluss des BWA eine entsprechende Regelung in Teil B der HVV aufgenommen. Dort sei in Teil B § 15 Abs. 1 festgehalten, dass sich Besonderheiten aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung ergäben. Zu beachten sei, dass der Gestaltungsspielraum in Bezug auf eine Erweiterung des RLV letztlich durch den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit begrenzt werde. Jedem Arzt müsse die Chance eingeräumt sein, eine mit den anderen Arztgruppen vergleichbare Vergütung zu erhalten. Dabei dürfe sie, die Beklagte, in der HVV Honorarbegrenzungen festlegen. Durch diese Obergrenzen sollten die Gesamtvergütungen möglichst gleichmäßig verteilt werden. Dadurch werde die Vergütung in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert und den Vertragsärzten eine Abschätzung ihres vertragsärztlichen Honorars ermöglicht. Ihr Vorstand habe sich in seiner Sitzung am 28.07.2010 erstmalig auf Leistungsbereiche verständigt, für die eine Praxisbesonderheit regelmäßig in Betracht kommen könne. Für den Bereich der Teilradiologie sei vorstandsseitig grundsätzlich die Anerkennung einer Praxisbesonderheit verneint worden, da die Röntgenleistungen zu den Standardleistungen der Chirurgen gehörten, somit regelmäßig keine abweichende Typik zur Fachgruppe vorliege. Folgerichtig werde durch die Berücksichtigung über ein QZV der besonderen Qualifikation des Klägers bereits ausreichend Rechnung getragen.

Dagegen erhob der Kläger am 29.10.2012 Klage zum SG (S 10 KA 5899/12).

2. Zur Begründung der Klagen trug der Kläger im Wesentlichen vor, dass der sich aus den Artikeln [12](#) und [3 GG](#) ergebende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt werde, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen werde, obschon zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede solcher Art und solchem Gewicht bestünden, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt sei. Er gehe von einer sachwidrigen Differenzierung im Zusammenhang mit dem von der Beklagten festgesetzten RLV für seine Arztgruppe der Chirurgen im Vergleich zu den Kardiologen aus. Während für Fachärzte der Chirurgie einschließlich der Unfallchirurgie lediglich ein RLV-Fallwert von 25,13 EUR vorgesehen gewesen sei, habe der Fallwert bei Internisten mit kardiologischem Schwerpunkt bei über 80,00 EUR gelegen. Diese Differenzierung könne weder durch das Honorargefüge noch durch qualifikationsbedingte Unterschiede gerechtfertigt werden.

Ungeachtet der grundsätzlichen Zulässigkeit einer Bildung von RLV würden in seinem Falle auch Praxisbesonderheiten nicht ausreichend berücksichtigt. Soweit sich die Beklagte im angefochtenen Widerspruchsbescheid vom 18.04.2011 auf die Regelungen in Teil B § 11 HVV beziehe und Praxisbesonderheiten nur in den in dieser Vereinbarung genannten Fällen zulassen wolle, werde dies seiner Situation nicht gerecht. Auch die angeführte Konvergenzregelung berücksichtige die Besonderheiten nicht, sondern solle allenfalls allgemein zur Vermeidung überproportionaler Honorarverlusten infolge der Neuregelung der vertragsärztlichen Vergütung ab dem 01.01.2009 dienen. Insoweit habe die Beklagte auch keineswegs eine Regelung zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten getroffen. Die von der Beklagten in Anlage 1 zu Teil B der HVV für das Jahr 2009 zur Bildung der RLV getroffene Unterscheidung von Arztgruppen sei rechtswidrig, da sie kein RLV für Fachärzte für Unfallchirurgie und auch keinen besonderen Fallwertzuschlag zum RLV für qualifikationsgebundene Leistungen für den Leistungsbereich Diagnostische Radiologie vorsehe. Die mangelnde Differenzierung werde der Situation eines niedergelassenen Unfallchirurgen nicht gerecht und sei daher durch die Bildung einer spezifischen RLV mit angemessenem Fallwert zu ergänzen.

Darüber hinaus sei nach der einschlägigen Rechtsprechung auch unter Geltung der RLV eine allgemeine Härteklausele notwendig. Daran ändere auch die Konvergenzvereinbarung, die lediglich überproportionale Honorarverluste im Rahmen der Umstellung abfedern solle, nichts. Er könne bereits seit mehreren Jahren einen kostendeckenden Betrieb seiner Kassenpraxis nicht mehr aufrechterhalten und müsse die Praxis daher durch andere Einnahmen quersubventionieren. Andererseits solle auch durch seine Praxis im Planungsbereich eine ausreichende medizinische Versorgung sichergestellt werden. Dieser faktische Zwang zum defizitären Betrieb einer Arztpraxis sei nicht hinnehmbar und zwingt die Beklagte dazu, nach pflichtgemäßen Ermessen eine Erhöhung des RLV vorzunehmen.

3. Die Beklagte trat den Klagen entgegen

a) Im Verfahren [S 10 KA 2665/11](#) wies die Beklagte darauf hin, dass kein Verstoß gegen das Gebot einer angemessenen Vergütung sowie gegen das Prinzip der Honorarverteilungsgerechtigkeit vorliege. Nach der Rechtsprechung des BSG seien Honorarverteilungsregelungen einer KV an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus den Artikeln [12](#), [3 GG](#) ergebe, zu messen. Der Grundsatz zur Honorarverteilungsgerechtigkeit sei nur dann verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen werde, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestünden, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt sei. Das Gleichbehandlungsgebot des [Artikel 3 GG](#) enthalte jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierungen, sondern ebenso das Gebot sachgerechter Differenzierungen bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Zudem schließe das mit dem ehemaligen Praxis- und Zusatzbudget verfolgte Ziel der Punktwertstabilität, was auch vorliegend mit den RLV erreicht werden solle, es aus, dass dem Vertragsarzt aufgrund seiner individuellen Lebensverhältnisse eine bestimmte Praxisausrichtung auf Dauer schlechthin ohne Honorareinbuße garantiert werden müsse. Dabei könne der Kläger keine sachwidrige Differenzierung hinsichtlich der unterschiedlichen Höhe der RLV-Fallwerte für seine Fachgruppe und die Fachgruppe der Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie geltend machen. Die RLV-Fallwerte für die einzelnen Arztgruppen würden entsprechend der Vorgaben im HVV unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Anzahl der kurativ-ambulanten Arztfälle des Vorjahresquartals und des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV-Vergütungsvolumen errechnet. Sie orientierten sich also an den tatsächlichen Abrechnungsergebnissen der Vorjahresquartale. Für die unterschiedliche Höhe der RLV-Fallwerte bestehe deshalb ein sachlicher Grund. Ebenso wenig könne sich der Kläger darauf berufen, den Unfallchirurgen sei ein eigenes RLV zuzuweisen. Dem Normgeber stehe bei der Neuregelung komplexer Materien unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zu. Der Normgeber sei nicht verpflichtet, jedwede Einzelfallgestaltung zu berücksichtigen. Ein eigenes Budget für Unfallchirurgen könne der Kläger deshalb nicht begehren. Das mit dem RLV

verfolgte Ziel der Punktwertstabilisierung schließe es aus, dass jedem Vertragsarzt aufgrund seiner individuellen Lebensverhältnisse eine bestimmte Praxisausrichtung auf Dauer schlechthin ohne Honorareinbuße garantiert werden müsse. Soweit gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden müssten, lasse sich aus dieser Vorschrift ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann herleiten, wenn durch die zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet werde. Ebenso habe das BSG einen Honoraranspruch unmittelbar aus [Artikel 12 GG](#) abgelehnt. Zwar umfasse nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) und auch des BSG [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Leistungen. Jedoch könne dieser Schutz auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden. Dies sei durch die Regelung des [§ 72 Abs. 2](#) und des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) erfolgt.

Der Kläger könne sich auch nicht darauf berufen, seine Praxisbesonderheiten seien nicht hinreichend berücksichtigt worden. Gemäß §§ 85 Abs. 4 (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung), 87b Abs. 2 SGB V solle durch den HVV eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit verhindert und eine gleichmäßige Verteilung der Gesamtvergütung auf das ganze Jahr sichergestellt werden. Dabei bestimme gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) der BWA das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Abs. 2 und 3. Diesen Vorgaben sei der Erweiterte BWA in Teil F seines Beschlusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 27./28.08.2008 und 23.10.2008 nachgekommen. Diese Vorgaben seien für sie verbindlich. Sie habe die entsprechenden Regelungen deshalb in ihren HVV übernommen, an den sowohl sie als auch der Kläger gebunden sei. Dabei stehe dem Normgeber bei der Neuregelung komplexer Materien unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zu, da sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht mit allen Einzelheiten übersehen ließen und daher auch gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen hingenommen werden müssten. Nach § 5 Ziffer 1 HVV erhalte jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gemäß Teil B Anlage 1 HVV ein arztgruppenspezifisches RLV. Der Kläger sei als Facharzt für Chirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Diese Arztgruppe sei in Anlage 1 HVV aufgenommen. Der Kläger unterliege somit gemäß § 5 Ziffer 1 HVV dem RLV. Die Höhe des RLV eines Vertragsarztes ergebe sich für die in der Anlage benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitraum gültigen KV-bezogenen FWAG und der kurativ-ambulant Fallzahlen (Teil B § 3 Nr. 14 HVV) des Vertragsarztes im entsprechenden Vorjahresquartal. Dabei unterlägen die in § 3 Ziffer 13 HVV aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht dem RLV. Darüber hinaus könne gemäß Teil B § 11 HVV eine Erhöhung des RLV-Fallwertes praxisindividuell erfolgen, wenn Praxisbesonderheiten vorlägen. Praxisbesonderheiten ergäben sich nach dieser Vorschrift aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 v. H. vorliege. Das Nähere regele sie, die Beklagte. Dem Kläger sei in den Vorjahresquartalen eine Erweiterung der Fallpunktzahlen für das Punktzahlgrenzvolumen zugesprochen worden, indem ihm ein Aufschlag für den Bereich der Physikalischen Therapie und der Teilradiologie gewährt worden sei. Diese Zuschläge habe der Kläger auch in den streitgegenständlichen Quartalen erhalten. Damit werde der Individualität der klägerischen Praxis hinreichend Rechnung getragen. Zudem bestehe während der Konvergenzphase für alle Praxen eine Garantie in Höhe von 95 v. H. des Umsatzes in Bezug auf die MGV aus dem Vorjahresquartal. Dabei würden die vom Kläger vorgetragene Praxisbesonderheiten bereits über die Anwendung der Konvergenzregelung realisiert. Dem Kläger werde durch die aufgrund der Konvergenzregelung ausgezahlten Ausgleichsbeträge ein nahezu gleiches Honorarvolumen wie in den Vorjahresquartalen gewährt. Für weitere Erhöhungen sei deshalb kein Raum.

Der Kläger könne auch nicht geltend machen, der HVV sehe für die Quartale 1/2009 und 2/2009 keine gesonderten Fallwertzuschläge zum RLV für den Leistungsbereich der Diagnostischen Radiologie vor. Nach Ziffer 2.1 der Anlage 2 des in den Quartalen 1/2009 und 2/2009 gültigen HVV werde für den Bereich der Diagnostischen Radiologie ein Fallwertzuschlag zum RLV für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs für qualitätsgebundene Leistungen in Höhe von 5,00 EUR zugestanden. Dieses zusätzliche Honorarvolumen ergebe sich aus der Multiplikation der kurativ-ambulant Arztfallzahl des entsprechenden Vorjahresquartales mit dem hinter dem Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag. Wie sich aus den Abrechnungsunterlagen des Klägers entnehmen lasse, sei ihm das entsprechende zusätzliche Honorarvolumen auch für die Quartale 1/2009 und 2/2009 gewährt worden.

Auch der Vortrag, die Beklagte hätte nach pflichtgemäßen Ermessen eine Erhöhung des RLV im Rahmen einer Härtefallregelung vornehmen müssen, könne nicht durchgreifen. Dem Kläger sei aufgrund der Konvergenzregelung eine Garantie von 95 v. H. Umsatzes in Bezug auf die MGV aus dem Vorjahresquartal zugestanden worden. Ihm sei durch die aufgrund der Konvergenzregelung gezahlten Ausgleichsbeträge ein nahezu gleiches Honorarvolumen wie in den Vorjahresquartalen gewährt worden. Vom Vorliegen eines Härtefalls könne deshalb nicht ausgegangen werden.

b) Darüber hinaus wies die Beklagte im Verfahren [S 10 KA 2196/12](#) ergänzend darauf hin, dass sich gemäß § 8 HVV für die in Teil B Anlage 2 genannten Leistungsbereiche arztgruppenspezifische Fallwertzuschläge ergeben würden. Ein Vertragsarzt habe Anspruch auf diese, wenn er die beim jeweiligen Fallwertzuschlag genannten Voraussetzungen erfülle und die Leistungen im Abrechnungsquartal erbringe. Ein weiterer Zuschlag ergebe sich aus Teil B Anlage 1 Ziffer 2.2 HVV. Dem Kläger sei in den Vorjahresquartalen eine Erweiterung der Fallpunktzahlen für das Punktzahlgrenzvolumen zugesprochen worden, indem ihm ein Aufschlag für den Bereich der Physikalischen Therapie und der Teilradiologie gewährt worden sei. Diese Zuschläge habe der Kläger auch im streitgegenständlichen Quartal (vgl. Ziffer 1.2 Seite 1 der Anlage zur Zuweisung des RLV für die Physikalische Therapie sowie Ziffer 2 Nr. 10 der Anlage zur Honorarabrechnung, RLV-Abrechnungsnachweis für die Diagnostische Radiologie) erhalten. Dabei sei dem Kläger als Unfallchirurg für die Leistungen der Diagnostischen Therapie gemäß § 8 i. V. m. Anlage 2 Ziffer 2.1 HVV der höchste Zuschlag zugesprochen worden. Der Kläger könne sich also keinesfalls darauf berufen, ihm sei für den Bereich der Diagnostischen Radiologie kein gesonderter Fallwertzuschlag gewährt worden. Der Individualität der klägerischen Praxis werde zudem hinreichend Rechnung getragen.

Soweit sich der Kläger im Rahmen der Honorarverteilungsgerechtigkeit gegen die unterschiedlichen Vergütungen der GOP-Nrn. 02311 EBM (13,84 EUR) und 02312 EBM (5,43 EUR) wende, übersehe er, dass diese nicht von ihr, der Beklagten, sondern durch den BWA im EBM festgelegt werde. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbare gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen EBM für die ärztlichen Leistungen. Nach Abs. 2 Satz 1 der zitierten Norm bestimme der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Dabei erschöpfe sich die Funktion des EBM nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht darin, einzelne ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung medizinischer, betriebswirtschaftlicher und sonstiger Gesichtspunkte zu bewerten.

Vielmehr habe der EBM auch das ärztliche Leistungsverhalten zu steuern. Die dem BWA von Gesetzes wegen zukommende Steuerungsfunktion gestatte und erfordere die Einführung ergänzender Bewertungsformen, wie z. B. Komplexgebühren, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung zu erreichen. Damit sei der EBM Teil eines aus mehreren Elementen bestehenden Komplex- und Vergütungssystems. Dieser ermögliche einerseits zusammen mit den anderen Regelungen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der GKV-Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standards der medizinischen Erkenntnisse und sichere andererseits die angemessene Vergütung im vertragsärztlichen System. Der im BWA herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordere also die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte, zum Beispiel der Leistungssteuerung.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung seien die Beschlüsse des BWA als Normsetzung durch Vertrag zu qualifizieren (BSG, Urteil vom 15.05.2002, - [B 6 KA 33/01 R](#) -, in juris). Dabei komme dem BWA insoweit Gestaltungsfreiheit zu, welche von der Rechtsprechung zu respektieren sei. Die gerichtliche Kontrolle beschränke sich darauf, ob die Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten worden seien. Das sei lediglich dann der Fall, wenn sich zweifelsfrei feststellen lasse, dass die Entscheidung des BWA von sachfremden Erwägungen getragen sei, weil etwa eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt worden sei oder dass sich im Lichte des [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz keine vernünftigen Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. die Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichem finden lasse. Bei der Regelung komplexer Materien stünde dem Normgeber unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zu, da sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen ließen und daher auch gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen hingenommen werden müssten (BSG, Urteil vom 08.03.2000, - [B 6 KA 8/99 R](#) -, in juris).

Der weite Gestaltungsspielraum des BWA bedinge auch, dass Eingriffe der Gerichte in das Tarifgefüge des BWA grundsätzlich zu unterbleiben hätten. Das vom BWA erarbeitete System autonomer Leistungsbewertungen könne seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterblieben. Die Behauptung, Leistungen könnten nicht kostendeckend erbracht werden, rechtfertige keinen Eingriff der Gerichte in die Vertragsgebührenordnung.

c) Schließlich wies die Beklagte im Verfahren S 10 KA 5899/12 ergänzend darauf hin, dass sich der Kläger nicht darauf berufen könne, die GOP-Nummern 02301 und 02302 EBM würden zu Unrecht in das RLV einbezogen. Hierbei handele es sich, wie der Kläger selbst ausführe, um ureigenste chirurgische Leistungen. Es handele sich also bei diesen um fachgruppentypische Leistungen. Nach der Rechtsprechung des BSG knüpfe das Konzept der RLV an fachgruppenbezogene Durchschnittswerte an, die alle fachgruppentypischen Leistungen abbildeten. Mit dem RLV solle also ein umfassendes Leistungsprofil abgebildet werden.

Ebenso wenig könne der Kläger geltend machen, den Unfallchirurgen sei ein eigenes RLV zuzuweisen. Nach Teil F des Beschlusses des BWA vom 26.03.2010 sei eine Differenzierung der Fachgruppen der Chirurgen nicht vorgesehen. Ein eigenes Budget für Unfallchirurgen könne der Kläger deshalb nicht beanspruchen. Auch das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) habe dementsprechend entschieden (Urteil vom 29.08.2012 - [L 5 KA 5415/10](#) -). Auch könne sich der Kläger nicht darauf berufen, seine Praxisbesonderheiten seien nicht hinreichend berücksichtigt worden. Nach § 9 Abs. 1 HVV erhalte jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gemäß Teil B Anlage 1 b HVV ein arztgruppenspezifisches RLV. Als Facharzt für Chirurgie sei der Kläger zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, die Facharztgruppe Chirurgie sei in Anlage 1 b HVV aufgeführt, der Kläger unterliege somit dem RLV. Der Kläger habe darüber hinaus in den streitbefangenen Quartalen ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen je Fall für den Bereich der Behandlung des diabetischen Fußes und der Teilradiologie erhalten. Somit könne er sich nicht darauf berufen, der Individualität seiner Praxis sei nicht hinreichend Rechnung getragen worden. Für weitere Erhöhungen, Differenzierungen etc. sei damit kein Raum. Insbesondere handele es sich bei den Röntgenleistungen um Standardleistungen der Chirurgen. Nach der Rechtsprechung des BSG lasse insbesondere der Umstand, dass ein Arzt eine fachgruppentypische Leistung besonders häufig abrechne, nicht auf einen besonderen Versorgungsbedarf schließen (BSG, Urteil vom 29.06.2011, - [B 6 KA 20/10 R](#) -, in juris). Das mit dem RLV verfolgte Ziel der Punktwertstabilisierung schließe es aus, dass dem Vertragsarzt aufgrund seiner individuellen Lebensverhältnisse eine bestimmte Praxisausrichtung auf Dauer schlechthin ohne Honorareinbuße garantiert werden müsse. Jeder Vertragsarzt habe nach der ständigen Rechtsprechung des BSG alle wesentlichen Leistungen des Fachgebietes anzubieten und zu erbringen. Insbesondere gebe es im Rahmen von Honorarbegrenzungsregelungen keinen Anspruch auf Berücksichtigung selbst gewählter Behandlungsausrichtungen und individueller Praxisstrukturen sowie einen erhöhten privaten Finanzbedarf. Auch die Voraussetzungen eines Härtefalls gemäß § 16 HVV seien nicht gegeben. In keinem der streitbefangenen Quartale habe ein Honorar- und Fallwertrückgang von mehr als 10 v. H. gegenüber den jeweiligen Vorjahresquartalen vorgelegen. Das BSG habe auch mehrfach entschieden, dass die Förderung von Berufsausübungsgemeinschaften nicht zu beanstanden sei.

4. Mit Urteilen vom 26.03.2014 wies das SG die Klagen ab. Die Beklagte habe in den angefochtenen Widerspruchsbescheiden und ihrer Klageerwiderungen die Sach- und Rechtslage umfassend dargestellt, die Kammer verweise zur Vermeidung überflüssiger Wiederholungen auf die dortigen Ausführungen, die sie sich zu Eigen macht. Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe werde deshalb abgesehen ([§ 136 Abs. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Der zugewiesene RLV-Fallwert sei nicht zu niedrig angesetzt, dies möge der Kläger zwar so empfinden, zu Recht wisse allerdings die Beklagte darauf hin, dass die vertragsärztliche Versorgung mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln sei, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet sei und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet würden ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)), wovon ausgegangen werden könne. Soweit der Kläger -im Wesentlichen- vortrage, im Vergleich zu den zehn unterschiedlichen Arztgruppen im Bereich der Inneren Medizin werde er eklatant benachteiligt, so könne dem ebenfalls nicht gefolgt werden. In Übereinstimmung mit der Beklagten sei vielmehr festzuhalten, dass der Kläger keinen Anspruch darauf habe, ein eigenes RLV zugewiesen zu bekommen. Tatsache sei auch, dass dem Kläger ein Aufschlag für den Bereich der physikalischen Therapie und der Teilradiologie gewährt worden sei. Ihm sei auch für die Leistungen der diagnostischen Therapie gemäß § 8 i.V.m. Anlage 2 Ziffer 2.1 HVV der höchste Zuschlag zugesprochen worden, sein Vortrag, er habe den gesonderten Fallwertzuschlag nicht erhalten, sei somit nicht zutreffend. In Übereinstimmung mit der Beklagten sei weiter darauf hinzuweisen, dass dem Normgeber ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zustehe. Er sei insbesondere nicht verpflichtet, jede Einzelfallgestaltung zu berücksichtigen. Daraus folge, dass Unfallchirurgen ein eigenes Budget nicht beanspruchen könnten. Tatsache sei, dass sich die RLV-Fallwerte für die einzelnen Arztgruppen an den tatsächlichen Abrechnungsergebnissen der Vorjahresquartale

orientieren würden. Damit bestehe ein sachlicher Grund für die unterschiedliche Höhe der RLV-Fallwerte, weshalb gerade kein Verstoß gegen höherrangiges Recht erkennbar sei. Ein Anspruch auf höhere Vergütung bestünde nur dann, wenn durch die zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen und als Folge davon auch die berufliche Existenz der im Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzten gefährdet würde (BSG, Urteil vom 20.10.2004, - [B 6 KA 30/03 R](#) -, in juris).

Soweit der Kläger im Verfahren [S 10 KA 2196/12](#) darüber hinaus insbesondere bemängelte, der Zuschlag für die physikalische Therapie habe im hier streitbefangenen Quartal lediglich einen Betrag in Höhe von 797,27 EUR ausgemacht, so sei dem entgegenzuhalten, dass der Kläger, wie bereits dargelegt, keinen Anspruch auf kostendeckende Vergütung für jede einzelne Leistung habe. Mitnichten könne davon ausgegangen werden, dass es durch die Honorarverteilung der Beklagten nicht mehr zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten komme. Die vom Kläger behauptete Gefährdung der chirurgischen Versorgung der Versicherten vermöge die sachkundig besetzte Kammer bei Weitem nicht zu erkennen.

Die Urteile wurden dem Klägervertreter am 21.06.2014 ([S 10 KA 2196/12](#)), 27.06.2014 (S 10 KA 5899/12) und 26.06.2014 ([S 10 KA 2665/11](#)) mittels Empfangsbekanntnis zugestellt.

Hiergegen richten sich die am 21.07.2014 ([L 5 KA 3052/14](#) zu [S 10 KA 2196/12](#)), 22.07.2014 (L 5 KA 3067/14 zu S 10 KA 5899/12) und 24.07.2014 (L 5 KA 3098/14 zu [S 10 KA 2665/11](#)) erhobenen Berufungen des Klägers zum LSG, die mit Verbindungsbeschluss vom 26.08.2014 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Aktenzeichen [L 5 KA 3052/14](#) verbunden wurden.

Zur Begründung trägt der Kläger vor, dass sich aus [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergebe. Dieser sei verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung in einer Weise abgewichen werde, die sich nicht mit entsprechenden Unterschieden zwischen den betroffenen Arztgruppen rechtfertigen lassen würden. Insoweit gehe er, der Kläger, unverändert von einer sachwidrigen Differenzierung im Zusammenhang mit dem von der Beklagten festgesetzten RLV für seine Arztgruppe der Chirurgen im Vergleich zu anderen Facharzt-Gruppen aus. Es sei nicht zu rechtfertigen, dass für Fachärzte der Chirurgie einschließlich der Unfallchirurgie lediglich ein RLV-Fallwert von 25,13 EUR vorgesehen werde, während der Fallwert bei Internisten mit kardiologischem Schwerpunkt bei über 80,00 EUR liege. Auch die von der Beklagten in Anlage 1 zu Teil B der HVV zur Bildung der RLV getroffene Unterscheidung von Arztgruppen sei nach seiner Ansicht rechtswidrig, da sie kein RLV für Fachärzte für Unfallchirurgie und auch keinen gesonderten Fallwert zum RLV für qualitätsgebundene Leistungen für den Leistungsbereich Diagnostische Radiologie vorsehe. Zwar werde ab dem Quartal 3/2009 durch die HVV ab 01.07.2009 in der Anlage 3 b Ziff. 2. 1 ein zusätzlicher Fallwertzuschlag eingeführt. Es sei doch weiter kein RLV für Unfallchirurgen vorgesehen. Durch das aktuelle Vergütungssystem sei eine wirtschaftliche Praxisausrichtung nicht mehr möglich. Durch die zu niedrige Vergütung seiner Leistungen werde nach seiner, des Klägers, Ansicht das vertragsärztliche Versorgungssystem im Teilbereich der ambulanten unfallchirurgischen Versorgung in Bretten gefährdet. Hieraus ergebe sich ein subjektives Recht seinerseits auf ein höheres Honorar. Insoweit werde auch die unterschiedliche Vergütung für die Behandlung gleichwertiger Krankheitsbilder im Rahmen des EBM angegriffen sofern die Regelungen im EBM als Folge der Beschlusslage des BWA zu einer nicht zu rechtfertigenden Differenzierung zwischen verschiedenen Facharzt-Gruppen bei der Honorierung führen würden. Die unterschiedliche Bewertung der Behandlung eines diabetischen Ulcus im Rahmen der internistischen Therapie werde etwa mit 13,84 EUR (EBM Ziffer 02311) vergütet, während die vom Chirurgen vorgenommene Behandlung eines chronisch venösen Ulcus cruris mit 5,43 EUR (EBM Ziffer 02312) in unvertretbarer Weise unterschiedlich bewertet werde. Dies stelle einen eindeutigen Verstoß gegen das Differenzierungsgebot dar.

Der Kläger beantragt,

die Urteile des Sozialgerichts Stuttgart vom 26.03.2014 aufzuheben und 1. die Honorarbescheide für die Quartale 1/2009 bis 1/2010 und die RLV-Zuweisungsbescheide für die Quartal 1/2009 bis 1/2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.04.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über die Honoraransprüche für die Quartale 1/2009 bis 1/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, 2. den Honorarbescheid für das Quartal 2/2010 vom 15.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.04.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über den Honoraranspruch für das Quartal 2/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu verbescheiden, 3. die Honorarbescheide für die Quartale 3/2010 bis 4/2011 und die RLV-Zuweisungsbescheide für die Quartale 3/2010 bis 4/2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.10.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über die Honoraransprüche und die Festsetzung der RLV für die Quartale 3/2010 bis 4/2011 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufungen zurückzuweisen.

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars sei [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) i. V. m. den Regelungen des Honorarverteilungsvertrages der Beklagten. Insoweit stehe jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihnen erbrachten abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregeln im HVV zu. Dabei sei der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vorliegend nicht verletzt. Nach § 5 Ziff. 1 HVV bzw. § 9 Abs. 1 HVV erhalte jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Teil B Anlage 1 HVV bzw. Anlage 1 b HVV ein arztgruppenspezifisches RLV. Der Kläger sei als Facharzt für Chirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Diese Arztgruppe sei in Anlage 1 HVV bzw. Anlage 1 b HVV aufgeführt. Der Kläger unterliege somit gem. § 5 Ziff. 1 HVV bzw. § 9 Abs. 1 HVV dem RLV. Die Höhe des RLVs ergebe sich dabei für die in der Anlage benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im entsprechenden Vorjahresquartal. Dabei unterlägen die in § 3 Ziff. 1, 3 HVV bzw. § 4 HVV aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht dem RLV. Darüber hinaus würden in den Quartalen 1/2009 bis 2/2010 gem. § 8 HVV für die in Anlage 2 genannten Leistungsbereiche arztgruppenspezifische Fallwertzuschläge gebildet. Demnach habe ein Vertragsarzt Anspruch auf diese, wenn er die beim jeweiligen Fallwertzuschlag genannten Voraussetzungen erfülle und die Leistungen im Abrechnungsquartal erbringe. Ein weiterer Zuschlag ergebe sich aus Anlage 1 Ziff. 2.2 HVV. Dem Kläger sei in den streitgegenständlichen Quartalen 1/2009 bis 2/2010 ein Aufschlag für den Bereich der physikalischen Therapie und der Teilradiologie gewährt worden. In den Quartalen 3/2010 bis 4/2011 seien

nach § 11 HVV für die in Anlage 2 a HVV aufgeführten Leistungsbereiche die QZV gebildet werden. Insoweit habe ein Arzt Anspruch auf die arztgruppenspezifische QZV, wenn er die zutreffenden Gebiets- und Schwerpunktsbezeichnungen führe. Der Kläger habe daher in den streitgegenständlichen Quartalen 3/2010 bis 4/2011 QZV je Fall für den Bereich der Behandlung des diabetischen Fußes und der Teilradiologie erhalten. Der Kläger könne sich also keinesfalls darauf berufen, ihm sei für den Bereich der Diagnostischen Radiologie kein gesonderter Zuschlag gewährt worden. Vielmehr erhalte der Kläger seine Röntgenleistungen außerhalb des RLV, im Rahmen eines Zusatzvolumens, vergütet. Indem dieses Zusatzvolumen je Behandlungsfall berechnet werde, erhalte der Kläger ein zusätzliches Volumen auch für die Fälle, in denen ggf. keine Röntgenleistungen erbracht wurden. Der Individualität der klägerischen Praxis werde somit hinreichend Rechnung getragen. Für weitere Erhöhungen sei kein Raum. Insbesondere handele es sich bei den Röntgenleistungen um Standardleistungen der Fachgruppe der Chirurgie. Der Kläger könne auch keine sachwidrige Differenzierung hinsichtlich der unterschiedlichen Höhe der RLV-Fallwerte für seine Fachgruppe und andere Fachgruppen geltend machen. Für die unterschiedliche Höhe der RLV-Werte bestehe ein sachlicher Grund. So habe auch das BSG bereits entschieden, dass Ziel der RLV nicht eine strikte Gleichstellung aller Arztgruppen hinsichtlich der durchschnittlichen Erträge sei. Einer solchen Gleichstellung stehe schon entgegen, dass dann auch Faktoren wie das Investitionsrisiko, die Betriebskosten, die durchschnittliche Arbeitszeit und das Verhältnis von in Vollzeit und in Teilzeit tätigen Praxisinhabern gewichtet werden müsse. Ebenso wenig könne der Kläger geltend machen, den Unfallchirurgen sei ein eigenes RLV zuzuweisen. Nach Teil F des Beschlusses des BWA zur Berechnungen zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV vom 26.03.2010 sei eine Differenzierung der Fachgruppe der Chirurgen nicht vorgesehen. Die Beschlüsse des BWA seien nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung für sie, die Beklagte, bindend. Gleichzeitig stehe dem BWA als Normgeber ein weiterer Gestaltungsspielraum zu. Dies sei so auch vom LSG Baden-Württemberg gegenüber dem Kläger bereits entschieden worden (Urteil des Senats vom 29.08.2012, - [L 5 KA 5415/10](#) -, n.v.). Darüber hinaus könne der Kläger auch keinen höheren Honoraranspruch aus § 72 Abs. 2 SGG & 61506; V sowie aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) geltend machen. Soweit der Kläger schließlich die unterschiedlich bewerteten GOP-Nrn. 02311 EBM und 02312 EBM moniere, werde übersehen, dass sich die Funktion des EBM nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht darin erschöpfe einzelne ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung medizinischer, betriebswirtschaftlicher und sonstiger Gesichtspunkte zu bewerten. Vielmehr habe der EBM auch das ärztliche Leistungsverhalten zu steuern. Der dem BWA von Gesetzes wegen zukommende Steuerungsfunktion gestatte und erfordere die Einführung ergänzender Bewertungsformen. Damit sei der EBM Teil eines aus den mehreren Elementen bestehenden Komplex- und Vergütungssystems. Dieser ermögliche einerseits zusammen mit den anderen Regelungen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der GKV-Versicherten und Berücksichtigung des allgemeine anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und sichere andererseits die angemessene Vergütung im vertragsärztlichen System. Dabei seien die Beschlüsse des BWA als Normsetzung durch Vertrag zu qualifizieren. Dem BWA komme insoweit Gestaltungsfreiheit zu, welcher von der Rechtsprechung zu respektieren sei. Die Grenzen durch den Normgeber würden dabei erst dann überschritten, wenn sich zweifelsfrei feststellen lasse, dass die Entscheidung des BWA von sachfremden Erwägungen getragen sei, weil etwa eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt wurde oder dass sich im Lichte des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) keine vernünftigen Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichem finden lasse. Eingriffe der Gerichte in das Gefüge des BWA hätten im Übrigen grundsätzlich zu unterbleiben, da das vom BWA erarbeitete System autonomer Leistungsbewertungen seinen Zweck nur erfülle, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterblieben.

Im Erörterungstermin am 12.10.2016 vor dem Berichterstatter sind die Beteiligten darüber informiert worden, dass beabsichtigt sei, den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss zurückzuweisen. Die Beteiligten erhielten 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.

Der Senat entscheidet gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) nach Anhörung der Beteiligten über die Berufungen durch Beschluss, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden dabei die RLV-Zuweisungen und Honorarbescheide für die Quartale 1/2009 bis 4/2011 hinsichtlich derer der Kläger einen Verstoß gegen verfassungsrechtliche Vorgaben und Vorgaben des SGB V geltend macht. Die Nichteinhaltung der Regelungen der jeweils maßgeblichen Normen des HVV werden nicht gerügt. Nicht mehr streitgegenständlich ist auch das Vorliegen von Praxisbesonderheiten. Die ablehnenden Bescheide der Beklagten vom 08.07.2009 und vom 20.05.2010 werden vom Kläger dementsprechend auch nicht mehr angegriffen. Die Ablehnung von Praxisbesonderheiten ist damit bestandskräftig geworden, da es der Beklagten erlaubt ist, einzelne Fragen der Honorierung durch Bescheid vorab festzustellen und dies vorliegend in negativer Weise geschehen ist (BSG, Urteil vom 15.08.2012, - [B 6 KA 38/11 R](#) -, in juris).

Die Berufungen des Klägers sind gemäß [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig, aber nicht begründet. Die Berufungen führen für den Kläger nicht zum Erfolg; das SG hat die Klagen in nicht zu beanstandender Weise abgewiesen.

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht rechtswidrig. Dem Kläger steht kein Anspruch auf Neubescheidung seiner Honorarabrechnungen für die Quartale 1/2009 bis 4/2011 zu.

Maßgebliche Rechtsgrundlage für die Honorarverteilung für die hier relevanten Quartale ist [§ 87b](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch in der ab dem 01.07.2008 geltenden Fassung (BGBl. I S.2007, S. 2477, (SGB V a.F.)) sowie der jeweils geltende HVV. Nach [§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) a.F. werden abweichend von § 85 die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 01.01.2009 von der KV auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis waren dabei arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen ([§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F.). Ein RLV nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten (Satz 3). Die Aufgabe, "das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung" der RLV zu bestimmen, wurde an den BWA übertragen ([§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) a.F.). Entsprechend hat der EBA in den Sitzungen am 27./28.08.2008 die für die Berechnung der RLV erforderlichen Maßgaben

beschlossen. Die Beklagte hat diese Vorgaben in den ab dem 01.01.2009 geltenden HVV umgesetzt. Dass die Beklagte zu Ungunsten des Klägers von den jeweils einschlägigen Regelungen der HVV abgewichen wäre, ist weder vorgetragen noch anderweitig ersichtlich.

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG genießen der BWA wie auch die Vertragspartner des HVV bei dessen Ausgestaltung einen weiten Gestaltungsspielraum (stRspr. des BSG, vgl. Urteil vom 09.12.2004, - [B 6 KA 44/03 R](#) -, in juris mwN). Diese Gestaltungsfreiheit gilt nicht allein für die Honorarverteilung im engeren Sinne, sondern umfasst insbesondere auch die Art und Weise der Ausformung von Honorarbegrenzungsregelungen (vgl. BSG, Urteil vom 28.03.2007, - [B 6 KA 9/06 R](#) -, in juris). Den zur Normsetzung befugten Körperschaften ist es somit nicht verwehrt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalieren (stRspr. des BVerfG wie des BSG, vgl. BVerfG, Beschluss vom 23.06.2004, - [1 BvL 3/98](#) u.a. -, in juris m.w.N.; BSG, Urteil vom 19.07.2006, - [B 6 KA 8/05 R](#) -, in juris mwN).

Diese Gestaltungsfreiheit geht typischerweise mit Rechtssetzungsakten einher und wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unverhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist. Die Beschlüsse des Erweiterten BWA und der HVV müssen jedoch mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars (vgl. BVerfG, Beschluss vom 10.05.1972, - [1 BvR 286/65](#) u.a. -, in juris zu [Art 12 GG](#); BSG, Urteil vom 03.12.1997, - [6 RKa 21/97](#) -, in juris) sowie den aus [Art 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten (s. u.a. BSG, Urteil vom 12.10.1994, - [6 RKa 5/94](#) -; BSG, Urteil vom 28.11.2007, - [B 6 KA 23/07 R](#) -, beide in juris).

Hiervon ausgehend bestehen für den Senat keine rechtlichen Bedenken gegen die Zuordnung der Fachärzte für Unfallchirurgie in die Gruppe der Chirurgen in dem Beschluss vom 27./28.08.2008, Teil F. Diese Zuordnung ist erkennbar nach der Größe und dem Leistungsbedarf je Behandlungsfall erfolgt. Dies ist rechtlich nicht zu beanstanden, denn der Fallwert ist grundsätzlich geeignet, typisierend das Leistungsspektrum bzw. die Leistungsstruktur einer Praxis wiederzugeben (BSG, Urteil v. 29.06.2011, - [B 6 KA 17/10 R](#) -, in juris).

Hiernach besteht kein Anhalt für eine Rechtswidrigkeit des HVV in Bezug auf die Einteilung der Arztgruppentöpfe. Die Rügen des Klägers sind unbestimmt und zeigen nicht auf, inwieweit die unfallchirurgisch tätigen Chirurgen im Vergleich zu anderen Chirurgen benachteiligt werden. Damit vermag er eine Rechtswidrigkeit der entsprechenden Bestimmungen des HVV nicht zu begründen. Auffällige Missverhältnisse lassen sich für den Senat auch nicht aus den vorliegenden Akten entnehmen.

Die Festsetzung des Honorars verstößt dabei auch nicht gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung. Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung durch schriftliche Verträge der KVen 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 Chirurgie in dem hier maßgeblichen Zeitraum eingetreten sein könnte, sind nicht ersichtlich. Auch der Kläger trägt hierzu nichts vor. Der Kläger hat 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 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.

Auch die unterschiedlich bewerteten GOP-Nrn. 02311 EBM und 02312 EBM sind aus Sicht des Senats nicht zu beanstanden. Der Senat weist dabei zunächst darauf hin, dass es sich nicht um eine Bewertung im Zusammenhang mit der Honorarverteilung der Beklagten handelt. Vielmehr wurde die Vergütung dieser Leistung durch den BWA im EBM festgelegt. Gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) vereinbart hierbei die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen EBM für die ärztlichen Leistungen. Nach [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) bestimmt der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Dabei erschöpft sich die Funktion des EBM nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht darin, einzelne ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung medizinischer, betriebswirtschaftlicher und sonstiger Gesichtspunkte zu bewerten. Vielmehr hat der EBM auch das ärztliche Leistungsverhalten zu steuern. Die dem BWA von Gesetzes wegen zukommende Steuerungsfunktion gestattet und erfordert die Einführung ergänzender Bewertungsformen, wie z. B. Komplexgebühren, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung zu erreichen. Damit ist der EBM Teil eines aus mehreren Elementen bestehenden Komplex- und Vergütungssystems. Dieser ermöglicht einerseits zusammen mit den anderen Regelungen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der GKV-Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und sichert andererseits die angemessene Vergütung im vertragsärztlichen System. Der im BWA herbeizuführende Ausgleich zwischen dem Interesse der Ärzte und der Krankenkassen erfordert also die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte, zum Beispiel der Leistungssteuerung (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.1996, - [6 RKa 51/95](#) -; BSG, Urteil vom 20.01.1999, - [B 6 KA 78/97 R](#) -, beide in juris). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind die Beschlüsse des BWA dabei als Normsetzung durch Vertrag zu qualifizieren (vgl. z. B. BSG, Urteil vom 15.05.2002, - [B 6 KA 33/01 R](#) -, in juris). Dem BWA kommt dabei Gestaltungsfreiheit zu, welche von der Rechtsprechung zu respektieren ist. Die gerichtliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränkt sich darauf, ob die Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Das ist lediglich dann der Fall, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass die Entscheidung des BWA von sachfremden Erwägungen getragen ist, weil etwa eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt wurde oder dass sich im Lichte des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) keine vernünftigen Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. die Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichem finden lassen (vgl. BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 22.10.2004, - [1 BvR 528/04](#) u.a. -, in juris m.w.N.). Der weite Gestaltungsspielraum des BWA bedingt auch, dass Eingriffe der Gerichte in das Gefüge des BWA grundsätzlich zu unterbleiben haben. Nach der Rechtsprechung des BSG kann das vom BWA erarbeitete System autonomer Leistungsbewertungen seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Es ist deshalb nicht zulässig, in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen (vgl. BSG, Urteil vom

15.05.2002, - [B 6 KA 33/01 R](#) -, in juris). Die Behauptung, Leistungen könnten nicht kostendeckend erbracht werden, rechtfertigt somit keinen Eingriff der Gerichte in die Vertragsgebührenordnungen. Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Gültigkeit der gesetzlichen Vorgaben für die Vergütungsfähigkeit der vertragsärztlichen Leistungen und die Normsetzungsbefugnis des BWA sind nicht erkennbar. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung muss nach der Rechtsprechung des BSG das vertragsärztliche Honorar nicht notwendig für jede Einzelleistung kostendeckend sein (vgl. z. B. BSG, Urteil vom 25.11.1998, - [B 6 KA 51/98 B](#) -, in juris). Das BSG hat ebenso entschieden, dass sich die Frage, ob für eine Leistung eine kostendeckende Vergütung zu erzielen ist, einer generellen Beantwortung entzieht, da es von individuell beeinflussbaren Faktoren (z. B. Kostenstruktur und Standort der Praxis, Qualität des Dienstleistungsangebots etc.) abhängt, ob eine bestimmte Einzelleistung kostendeckend erbracht werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 14.03.2001, - B KA 54/00 R -, in juris). Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung liegt insgesamt eine Mischkalkulation zugrunde, sodass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist (vgl. z. B. BSG, Beschluss vom 11.03.2009, - [B 6 KA 31/08 B](#) -, in juris). Der Kläger übersieht zudem, dass nach der GOP-Nr. 02311 ein deutlich höherer Zeitaufwand als für die GOP-Nr. 02312 in Ansatz gebracht wird und somit ein sachlich rechtfertigender Grund für die unterschiedliche Bewertung durchaus gegeben ist.

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.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-01-16