L 5 KA 1125/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 3317/13
Datum
11.02.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 1125/15
Datum
26.04.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 11.02.2015 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird endgültig auf 20.000,- EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des von der Klägerin in den Quartalen 1/2008 - 4/2008 zu beanspruchenden vertragsärztlichen Honorars streitig, wobei sich die Klägerin zuvorderst gegen die Bemessung des Punktzahlgrenzvolumens (PZGV) wendet und geltend macht, für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie seien eigene Fallpunktzahlen (FPZ) zu Grunde zu legen. Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis bestehend aus den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin Dr. S. und D. E., die sich im Wege des vertragsärztlichen Jobsharing zur gemeinsamen (vertragsärztlichen) Berufsausübung mit gemeinsamen Vertragsarztsitz in K. zusammengeschlossen haben. Dr. S. hat den Schwerpunkt Kinderkardiologie. Frau D. E. ist es seit dem Quartal 3/2008 gestattet, den kinder-kardiologischen Komplex abzurechnen. Mit Honorarbescheiden vom 14.07.2008, vom 15.10.2008, vom 15.01.2009 und vom 15.04.2009 entschied die beklagte Kassenärztliche Vereinigung über die Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale 1/2008 - 4/2008. Sie legte hierbei für das Quartal 1/2008 348, für das Quartal 2/2008 430, für das Quartal 3/2008 416 und für das Quartal 4/2008 419 PZGV-relevante Fälle zu Grunde. Gegen die Honorarbescheide legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein, denen mit Widerspruchsbescheid vom 20.01.2010 insoweit stattgegeben wurde, als ein individueller Aufschlag auf die FPZ des PZGV für das Quartal 1/2008 von 1.070 Punkten, für das Quartal 2/2008 ein solcher von 1.122 Punkten, für das Quartal 3/2008 ein solcher von 1.178 Punkten und für das Quartal 4/2008 ein individueller Zuschlag von 1.414 Punkten gewährt wurde. Im Übrigen wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Hiergegen erhob die Klägerin am 11.02.2010 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG; - S 5 KA 864/10 -). Im Klageverfahren unterbreitete die Beklagte unter dem 31.01.2011 einen Vergleichsvorschlag, in dem sie sich verpflichtete, unter Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 20.01.2010 über die Widersprüche der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts (BSG) in dessen Urteil vom 17.03.2010 ([B 6 KA 43/08 R](#) -, in juris) erneut zu entscheiden. Die Klägerin trat diesem Vorschlag bei und beendete hierdurch das Klageverfahren. Mit Widerspruchsbescheid vom 29.05.2013 gab die Beklagte den Widersprüchen der Klägerin der Gestalt teilweise statt als - inhaltsgleich mit dem Widerspruchsbescheid vom 20.01.2010 - ein individueller Aufschlag auf die FPZ des PZGV für das Quartal 1/2008 von 1.070 Punkten, für das Quartal 2/2008 von 1.122 Punkten, für das Quartal 3/2008 von 1.178 Punkten und für das Quartal 4/2008 von 1.414 Punkten gewährt und die Widersprüche im Übrigen als unbegründet zurückgewiesen wurden. Das BSG habe, so die Beklagte begründend, in seinem Urteil vom 17.03.2010 ([a.a.O.](#)) entschieden, dass der zwischen ihr und den Krankenkassenverbänden in Baden-Württemberg geschlossene, ab dem 01.04.2005 geltende Honorarverteilungsvertrag (HVV) gegen höherrangiges Recht verstoße, da in ihm weder feste Punktwerte noch arztgruppenspezifische Grenzwerte festgelegt worden seien. Diesen Mangel hätten die Vertragspartner des HVV nunmehr geheilt, indem sie sich darauf geeinigt hätten, die jeweiligen arztgruppenspezifischen Auszahlungspunktwerte für die Quartale 2/2005 - 4/2008 nachträglich als feste Punktwerte festzulegen. Dies stehe in Einklang mit der Rechtsprechung des BSG. Nach § 4 Nr. 1 der Änderungsvereinbarung zum HVV (HVV-ÄV) ergebe sich die Höhe des PZGV einer Arztpraxis aus der Multiplikation der arztgruppenspezifischen FPZ und der anerkannten Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal. Der Klägerin seien nach Anlage 2 HVV-ÄV die arztgruppenbezogenen FPZ der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt zuzuordnen, da arztgruppenbezogene FPZ für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie in Anlage 2 nicht vorgesehen seien. Da zum Zeitpunkt der Berechnung der bereits gewährten Aufschläge auf das PZGV keine Daten aus dem Jahr 2008 vorgelegen hätten, seien Aufschläge in der Höhe zu gewähren, die die Abstaffelungsquote beim PZGV auf 20% begrenzen, wodurch sich für das Quartal 1/2008 eine Erhöhung um 270 Punkte auf 1.070 Punkte, für das Quartal 2/2008 eine Erhöhung um 322 Punkte auf 1.122 Punkte, für das Quartal 3/2008 eine Erhöhung um 96 Punkte auf

1.178 Punkte und für das Quartal 4/2008 eine Erhöhung um 332 Punkte auf 1.414 Punkte ergebe. Die Honorarentwicklung in den streitbefangenen Quartalen führe hierbei zu Fallwerten von 100,09 EUR (Quartal 1/2008), 94,68 EUR (Quartal 2/2008), 94,36 EUR (Quartal 3/2008) und 110,53 EUR (Quartal 4/2008), weswegen es im Übrigen bei den gewährten Aufschlägen auf das PZGV verbleibe. Hiergegen erhob die Klägerin am 14.06.2013 Klage zum SG, mit der sie ein höheres PZGV begehrte. Die Begrenzung der Abstaffelungsquote beim PZGV auf 20% sei, so die Klägerin begründend, nicht nachvollziehbar. In den Jahren 2006 und 2007 habe ihre Vergütung ca. 25% bis 30% unter der vergleichbarer, rein kinder-kardiologisch tätiger Praxen in St. und K. gelegen. Im Jahr 2008 sei die Vergütung der Ärzte in den vier ehemaligen KV-Bezirken vereinheitlicht worden, weswegen zu erwarten gestanden habe, dass die Vergütung ihrer Praxis deutlich ansteige, was indes nicht der Fall sei. § 4 der HVV-ÄV beinhalte keine Rechtsgrundlage für die Vorgehensweise der Beklagten. Ihr würden durch das Vorgehen der Beklagten seit Jahren Anteile ihrer Vergütung rechtswidrig vorenthalten. Die Zuweisungen des Regelleistungsvolumens (RLV) für das Jahr 2009 seien hingegen korrekt und trügen den spezifischen Bedingungen ihrer Praxis Rechnung. So betrage das RLV im Quartal 1/2009 bei den Kinderkardiologen 127,64 EUR. Hieraus und aus einem Vergleich mit den Werten des Jahres 2007 sei ersichtlich, dass die Berechnung 2008 nicht richtig sein könne. Im Rahmen der ab 2009 geltenden Honorierung habe die Beklagte zutreffend eine RLV-Gruppe "Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunkt Kardiologie" gebildet. Demgegenüber sei sie im streitgegenständlichen Zeitraum der Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Versorgungsschwerpunkten zugeteilt worden, mit denen sie nicht zu vergleichen sei. Ihre, der Klägerin, Abrechnungen würden von wenigen kardiologischen Leistungspositionen bestimmt. Diese Leistungen würden von lediglich zwei weiteren Praxen abgerechnet. Auch gehe die Anlage zum HVV-ÄV von 1.053 Fällen pro Quartal aus, wohingegen sie, die Klägerin, bspw. im Quartal 4/2008 lediglich 419 PZGV-relevante Fälle aufzuweisen gehabt habe. Hieraus folge, dass die Bildung einer Untergruppe zwingend erforderlich gewesen wäre. Die gewährten individuellen Aufschläge seien insofern unzureichend, insbesondere bleibe unklar, woran sich diese Aufschläge orientierten. Die Beklagte habe mit ihrer Honorargruppe "Kinderärzte mit (Versorgungs-)Schwerpunkt" nicht nur eine völlig inhomogene Gruppe von Kinderkardiologen, Endokrinologen, Neuropädiatern usw. mit ganz unterschiedlichen FPZ geschaffen, sie habe überdies nicht berücksichtigt, dass nur im Bereich der Pädiatrie gleichzeitig eine haus- und fachärztliche Zulassung bestehe und die allermeisten Ärzte mit Schwerpunkt keineswegs überwiegend im Schwerpunkt, sondern vor allem im hausärztlichen Bereich tätig seien. Die Beklagte habe hiermit eine Mischgruppe mit ausschließlich hausärztlich tätigen und notwendigerweise überwiegend hausärztlich tätigen Schwerpunktpädiatern gebildet. Den wie ihr ausschließlich und überwiegend auf Überweisung tätigen Facharztpädiatern gegenüber sei dies willkürlich. Die Beklagte trat der Klage entgegen. Ihr habe bei der Änderungsvereinbarung unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zugestanden. Die Klägerin unterliege gemäß § 4 Nr. 1 i.V.m. der Anlage 2 HVV-ÄV dem PZGV. Das PZGV berechne sich aus der Multiplikation der in 3 Altersklassen unterteilten, arztgruppenbezogenen FPZ und der nach Anwendung der Fallzahlzuwachs-begrenzungsregelung anerkannten Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal. Der Klägerin seien hierbei Aufschläge auf die FPZ des PZGV nach den Zusatzmodulen "Psychosomatik" und "Sonographie" gewährt worden. Ferner habe ihr, der Beklagten, Vorstand von der Möglichkeit des § 4 Nr. 2 HVM-ÄV Gebrauch gemacht und unter dem Aspekt der "Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung" eine weitere Anpassung des PZGV vorgenommen. Dies sei in Fällen möglich, in denen ein besonderer Versorgungsbedarf nachgewiesen sei und strukturelle Besonderheiten der antragstellenden Praxis bzw. ein besonderes Patientenkontingent eine solche Maßnahme rechtfertigten. Sofern grundsätzlich die Notwendigkeit eines individuellen Aufschlags indiziert sei, müsse der beantragte Leistungsbereich mindestens einen 10%-Anteil im Referenzzeitraum 1/2006 - 4/2006 im Verhältnis zum budgetrelevant angeforderten Leistungsbedarf der Praxis einnehmen und für diesen Leistungsbereich eine mindestens 30%ige Überschreitung der FPZ je Behandlungsfall der Praxis gegenüber dem entsprechenden durchschnittlichen Fallgruppenwert vorliegen. Diese Kriterien seien von der Klägerin erfüllt gewesen. Die Höhe des Aufschlages sei so zu ermitteln, dass der Mehrbedarf der Praxis mit dem Faktor 0,8 zu multiplizieren gewesen sei, woraus sich ab dem Quartal 1/2008 ein Mehrbedarf der Praxis gegenüber der Fachgruppe von 766 Punkten ergeben habe, der (zunächst) als Aufschlag gewährt worden sei. Im weiteren Fortgang sei dieser Aufschlag um weitere 34 Punkte erhöht worden. Ab dem Quartal 3/2008 habe sich der Aufschlag, da der Fachärztin E. gestattet worden sei, den kinder-kardiologischen Komplex abzurechnen, auf 1.082 Punkte erhöht. Zugunsten der Klägerin sei schließlich, um die Abstaffelungsquote beim PZGV auf 20 % zu begrenzen, ein weiterer Aufschlag gewährt worden. Hierdurch sei, so die Beklagte weiter, der Praxissituation der Klägerin hinreichend Rechnung getragen. Sie habe damit alle vorhandenen Möglichkeiten ausgeschöpft, dem Begehren der Klägerin nachzukommen. Indem die FPZ im PZGV ab dem Quartal 2/2008 um ca. 10 % angehoben worden seien, sei auch eine entsprechende Anpassung der PZGV an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) 2008 erfolgt. Die Klägerin könne sich auch nicht auf das RLV für das Jahr 2009 berufen, da zum 01.01.2009 ein neues Vergütungssystem, das mit tiefgreifendem Wandel verbunden gewesen sei, in Kraft getreten sei. Ebenso scheide ein Vergleich mit dem Jahr 2007 aus. Ab dem 01.01.2008 habe eine landesweit einheitliche Honorarverteilung die bisher regional unterschiedlichen HVV abgelöst. Im Übrigen lasse sich aus den Berechnungen im Widerspruchsbescheid vom 29.05.2013 entnehmen, dass der Klägerin in allen Quartalen des Jahres 2008 eine Honorarsteigerung gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal möglich gewesen sei. Die Fallwerte der Quartale 1/2008 - 4/2008 seien gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal teilweise nur geringfügig gesunken. Die Bildung von Arztgruppentöpfen, u.a. für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, sei für die streitgegenständlichen Quartale im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 i.V.m. den entsprechenden Änderungsbeschlüssen vorgesehen. Dabei sei es nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses auch zulässig gewesen, im HVV weitere Differenzierungen oder Zusammenfassungen der aufgeführten Arztgruppen zu vereinbaren. An diese Vorgaben habe sie sich gehalten, indem sie in ihrem HVV-ÄV in Anlage 2 die Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in die Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und in die Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Versorgungsschwerpunkt unterteilt habe. Zu einer weiteren Unterteilung sei sie aufgrund des ihr zugestandenen Gestaltungsspielraums nicht verpflichtet gewesen. Mit Urteil vom 11.02.2015 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung seiner Entscheidung führte es aus, die Klägerin werde weder durch die Abstaffelungsquote beim PZGV noch durch die Bildung der Gruppen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit und ohne Versorgungsschwerpunkt und ihre Zuordnung in die Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Versorgungsschwerpunkt in ihren Rechten verletzt. Die Regelungen des HVV-ÄV seien hinsichtlich der Bemessung der FPZ im PZGV nicht zu beanstanden. § 4 des ab dem Quartal 1/2008 geltenden HVV-ÄV habe die Bildung von PZGV vorgesehen, die sich aus der Multiplikation der festgelegten arztgruppenspezifischen FPZ und der nach Anwendung der Fallzahlzuwachs-begrenzungsregelung gemäß § 3 HVV-ÄV anerkannten Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal errechnet hätten. In § 4 Nr. 3 HVV-ÄV sei hierzu geregelt gewesen, dass sich die Berechnung der arztgruppenspezifischen FPZ nach der Zugehörigkeit zu einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 und den Berechnungsvorgaben des Bewertungsausschusses zur Festlegung von RLV in der jeweils gültigen Fassung richte. § 4 Nr. 2 HVV-ÄV habe die Erweiterung der FPZ des PZGV vorgesehen. Hiernach hätten für bestimmte Leistungsbereiche z.B. aus Versorgungsgesichtspunkten bzw. bei Vorliegen entsprechender Qualifikation der Arztpraxis Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV gewährt werden können. Darüber hinaus habe der Vorstand der Beklagten zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung weitere Anpassungen des PZGV vornehmen können. Hierdurch sei den gesetzlichen Vorgaben, dass arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen seien, ausreichend Rechnung getragen. Da der Bewertungsausschuss keine Vorgaben mache, unter welchen konkreten Voraussetzungen und in welchem Umfang in

Ausnahmefällen Erhöhungen der FPZ erfolgen könnten, bestünden keine durchgreifenden Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit dieser Regelungen. Diese würden vielmehr vom Gestaltungsspielraum der Vertragspartner umfasst. Die Beklagte habe diese Vorgaben auch ordnungsgemäß umgesetzt. Der Klägerin sei für die Zusatzmodule "Psychosomatik" und "Sonographie" nach Anlage 3 zum HVV-ÄV ein Aufschlag auf die FPZ des PZGV gewährt worden, wodurch der besonderen Ausrichtung der Praxis der Klägerin im Bereich der (Kinder-)Kardiologie und Sonographie hinreichend Rechnung getragen worden sei. Der von der Beklagten im Rahmen des Vorstandsbeschlusses gewährte Zuschlag sei auch nicht ermessensfehlerhaft zu niedrig. Der Klägerin sei durch die Begrenzung der Abstaffelungsquote auf 20 % darüber hinaus eine weitere Erhöhung des PZGV zu Teil geworden. Diese Deckungsregelung lasse weder sachfremde noch gleichheitswidrige Erwägungen erkennen. Die Beklagte habe vielmehr eine plausible Zielsetzung verfolgt, indem sie sicherstelle, dass ein Härtefallausgleich nicht losgelöst von der Honorarentwicklung der Facharztgruppe erfolge. Diese Zielsetzung sei mit Blick auf die vertragsärztliche Solidargemeinschaft nicht zu beanstanden. Dies zeige sich daran, dass durch die zugebilligten Aufschläge im Vergleich zu den Vorjahresquartalen lediglich ein Fallwertverlust i.H.v. 2,99 % - 12,91 % eingetreten sei. Im Ergebnis habe sogar ein Honorarzuwachs von 2,74 % - 18,89 % erwirtschaftet werden können. Auch die Bildung und die Zuordnung zu der Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Versorgungsschwerpunkt sei nicht zu beanstanden. Die Bildung von Arztgruppentöpfen sei im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 i.V.m. den entsprechenden Änderungsbeschlüssen vorgesehen. In Anlage 1 seien die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin als Arztgruppe bezeichnet. Zwar sehe der Beschluss vor, dass die Partner der Gesamtverträge Modifikationen von relevanten Arztgruppen vereinbaren könnten, wovon die Vertragspartner (nur) der Gestalt Gebrauch gemacht hätten, als lediglich zwischen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit und ohne (Versorgungs-) Schwerpunkt differenziert worden sei, dies sei jedoch nicht zu beanstanden. Diese Entscheidung sei weder unvertretbar, noch verstoße sie gegen das Gebot der leistungsproportionalen Honorarverteilung oder gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Diese Grundsätze geböten keine völlige Homogenität in der Zusammensetzung der Honorartöpfe. Ausreichend sei vielmehr eine gewisse Ähnlichkeit in der Zusammensetzung der Gruppe. Zwar würden innerhalb der Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt von den zusammengefassten Ärzten (bspw. Kinderkardiologen, -hämatalogen und -onkologen) unterschiedliche Leistungen abgerechnet, auch beinhalte der EBM unterschiedliche Gebührenordnungspositionen, indes sei zu berücksichtigen, dass es sich bei der streitgegenständlichen Regelung um eine sogenannte Anfangs- und Erprobungsregelung gehandelt habe. Die Vertragspartner des HVV-ÄV hätten wegen der Fusion der in Baden-Württemberg bestehenden vier Kassenärztlichen Vereinigungen zur Beklagten bis zum 01.01.2008 einheitliche Gesamtverträge und eine landesweite Verteilung der Gesamtvergütung schaffen müssen. In diesem Zusammenhang habe auch abgeschätzt werden müssen, ob die neu zu schaffenden Honorartöpfe die einzelnen Arztgruppen hinreichend repräsentierten, ohne dabei Aspekte der Kostendegression und Mengenbegrenzung außer Acht zu lassen. Den Vertragspartnern habe insofern ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zugestanden. Eintretende Unstimmigkeiten seien in den Grenzen des Willkürverbots hinzunehmen gewesen. Diesem Umstand seien sich die Vertragspartner bewusst gewesen, da sie ab dem Quartal 1/2009 reagiert und einen eigenen Honorartopf für die Fachgruppe der Kinderkardiologen geschaffen hätten. Dies lasse jedoch keine Rückschlüsse auf Zeit vor dem 01.01.2009 zu, da zu diesem Zeitpunkt ein neues Vergütungssystem eingeführt und von der Beklagten auch umgesetzt worden sei. Da die Topfbildung weder strukturell systemfremd noch aus anderen Gründen willkürlich sei, der HVV-ÄV darüber hinaus weitere flankierende Maßnahmen zur Feinsteuerung der Topfbildung bzw. zur Erhöhung der PZGV vorgesehen habe und hierdurch etwaige Verwerfungen in der Honorarverteilung durch die zum 01.01.2008 vorgenommene Neufassung des HVV-ÄV abgemildert und unvertretbare oder unverhältnismäßige Auswirkungen hätten abgefangen werden können, erweise sich die Bildung des Honorartopfes zumindest nach den besonderen Kontrollmaßstäben für Anfangs- und Erprobungsregelungen als rechtmäßig. Gegen das am 10.03.2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 26.03.2015 Berufung eingelegt. Zu deren Begründung trägt sie vor, durch den ab dem 01.01.2008 geltenden HVV-ÄV und die dortige Bildung eines Budgets für Kinder- und Jugendärzte mit (Versorgungs-)Schwerpunkt sei es bei ihr zu Honorareinbrüchen von ca. 30 % gekommen. Entgegen der Einschätzung des SG sei die Bildung der Gruppe rechtsfehlerhaft erfolgt. Kinderärzte würden bereits wegen ihrer Schwerpunktbezeichnung in die Gruppe eingeordnet, obschon die seinerzeit gültige Weiterbildungsordnung zwischen Kinderhämatalogie und -onkologie, Kinderkardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie unterschieden habe. Dies zeige, dass die Gruppe "mit Versorgungsschwerpunkt" intransparent und inhomogen sei. Sie fasse Unvergleichbares zusammen und stelle einzig auf das willkürliche Kriterium der Existenz der Schwerpunktbezeichnung ab. Die fehlerhafte Bildung der Gruppe zeige sich auch und insbesondere an den relevanten Fallzahlen der Fachgruppe. Diese weise für Kinderärzte und für Kinderärzte mit (Versorgungs-)Schwerpunkt jeweils 1.053 Fälle pro Quartal aus. Ein Vergleich von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkten und Hausärzten und den dortigen Zahlen zeige, wie unterschiedlich diese durchschnittlichen Fallzahlen seien. Aus den identischen Jahresmittelwerten ergebe sich, dass auch die Kinder- und Jugendärzte mit (Versorgungs-)Schwerpunkt überwiegend hausärztlich tätig seien. Die Vermischung hausärztlicher und fachärztlicher Tätigkeit sei eine Besonderheit bei der Arztgruppe der Kinderärzte. Diese könnten in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen hausärztlich und fachärztlich tätig sein, seien aber, auch vergütungstechnisch, dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet. Das BSG habe hierzu ausgeführt, dass die Unterscheidung zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin aufgegeben worden sei (Urteil vom 10.12.2014 - [B 6 KA 49/13 R](#) -, in juris). Dementsprechend seien auch im HVV-ÄV sämtliche kinderärztlichen Leistungen dem hausärztlichen Honorartopf zugeordnet. Im Ärzterverzeichnis der Beklagten seien bei insg. 889 Kinderärzten 126 mit Schwerpunkt bezeichnet, von denen wiederum 32 Kinderkardiologen seien. Von letzteren seien, so die Klägerin, 13 fast ausschließlich oder gänzlich hausärztlich tätig. Die Schwerpunktgruppe reduziere sich daher auf wenige Kinderkardiologen und Neuropädiater. 90 - 100 der 126 Kinderärzte der Schwerpunktgruppe seien demgegenüber de facto Hausärzte. Dass es nur wenige Praxen gebe, die ausschließlich im Schwerpunktbereich tätig seien, habe die Beklagte außer Acht gelassen. Der von der Beklagten gewählte Weg des Ausgleichs über die Gewährung von Aufschlägen sei untauglich, da sich die Aufschläge wiederum an der Gruppe der Schwerpunktärzte orientierten. Die Beklagte könne sich auch nicht auf die Anfangs- und Erprobungsregelung berufen, da ihr der Umstand, dass Schwerpunkt-Kinderärzte überwiegend hausärztlich tätig seien, bekannt gewesen sei. Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 11.02.2015 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide vom 14.07.2008, vom 15.10.2008, vom 15.01.2009 und vom 15.04.2009 für die Quartale 1/2008 - 4/2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.05.2013 zu verpflichten, über ihre Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts, erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Zur Begründung ihres Antrages bringt die Beklagte vor, die Höhe des der Klägerin gewährten Honorars stehe in Einklang mit den gesetzlichen Regelungen und den Bestimmungen des HVV-ÄV. Die Honorarbescheide seien auch nicht deswegen rechtswidrig, weil sie, die Beklagte, die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin lediglich in zwei Gruppen, in solche mit und ohne (Versorgungs-)Schwerpunkt, unterteilt habe. Bei der Schaffung der Honorarverteilungsregelungen stehe den Vertragspartnern ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Eine Verpflichtung, die Gruppe weitergehend zu unterteilen, hätte nur bestanden, wenn die Gestaltungsfreiheit auf Null reduziert gewesen sei, wenn mithin jede andere Möglichkeit zur Umsetzung der Honorarverteilung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig gewesen wäre. Dies sei vorliegend nicht der Fall, wie sich daran zeige, dass es der

Klägerin möglich gewesen sei, eine Honorarsteigerung gegenüber den Vorjahresquartalen zu realisieren. Auch hätte die Klägerin in den streitgegenständlichen Quartalen wesentlich höhere FPZ als Ärzte ohne Schwerpunktbezeichnung erhalten, wobei zusätzlich zu berücksichtigen sei, dass es sich bei der klägerischen Praxis um eine Jobsharing-Praxis handele, die nur über einen Versorgungsauftrag verfüge. Schließlich sei es nach der Rechtsprechung nicht erforderlich, dass innerhalb eines Honorarstopfes eine völlige Homogenität der einbezogenen Ärzte bestehe. Es sei vielmehr ausreichend, wenn eine gewisse Ähnlichkeit bestehe. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten für die Klägerin geführten Verwaltungsakten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 26.04.2017 geworden sind, sowie die Niederschrift der mündlichen Verhandlung vom 26.04.2017 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht (vgl. [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) eingelegte Berufung der Klägerin ist, da der erforderliche Wert des Beschwerdegegenstandes von 750,- EUR überschritten wird (vgl. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)), statthaft.

Der Senat hat in der Besetzung mit ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#)).

Die Berufung führt jedoch für die Klägerin inhaltlich nicht zum Erfolg. Das SG hat die Klage in nicht zu beanstandender Weise abgewiesen.

Streitgegenständlich sind die Honorarbescheide der Beklagten vom 14.07.2008, vom 15.10.2008, vom 15.01.2009 und vom 15.04.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.05.2013. Hiergegen wendet sich die Klägerin zutreffenderweise im Wege der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage in der Sonderform der Bescheidungsklage (vgl. BSG, Urteil vom 10.12.2014 - [B 6 KA 2/14 R](#) -, in juris).

Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale 1/2008 - 4/2008 vom 14.07.2008, vom 15.10.2008, vom 15.01.2009 und vom 15.04.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.05.2013 sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihrer Widersprüche gegen die Festsetzung der Höhe ihres vertragsärztlichen Honorars in den Quartalen 1/2008 - 4/2008. Gem. [§ 85 Abs. 4 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.d.F. des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003 ([BGBl. I 2190](#) (a.F.)) verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung ([§ 73 SGB V](#)). Hierbei wendet sie den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbarten Verteilungsmaßstab an ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 a.F.](#)). Der Verteilungsmaßstab hat nach [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) a.F. Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach [§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) vorzusehen. Hierzu sind nach [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) a.F. im Honorarverteilungsvertrag arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Gemäß [§ 85 Abs. 4a Satz 1](#), 2. Halbsatz SGB V a.F. bestimmt der Bewertungsausschuss u.a. den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. zu treffenden Regelungen. Damit ist der Bewertungsausschuss dazu ermächtigt, bundeseinheitlich den Inhalt mengensteuernder und gesamthonorarbegrenzender Instrumente festzulegen. Von dieser Ermächtigung hat der Bewertungsausschuss u.a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, 2004, A 3129 ff.; abrufbar unter www.aerzteblatt.de/pdf/101/46/a3129.pdf) Gebrauch gemacht und in Teil III Nr. 3.1 bestimmt, dass im Honorarverteilungsvertrag für die in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen Arztgruppentöpfe gebildet werden, die die Abrechnung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage des zum 01.04.2005 in Kraft getretenen EBM berücksichtigen. Die Vergütung der im EBM aufgeführten ärztlichen Leistungen erfolgt sodann für alle Vertragsärzte und medizinischen Versorgungszentren auf der Grundlage des gesamten abgerechneten Leistungsbedarfs ... nach Maßgabe des vereinbarten Honorarverteilungsvertrages (Teil III Nr. 2.1. des Beschlusses vom 29.10.2004) Der Bewertungsausschuss hat ferner beschlossen, dass RLV gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der RLV ist vorzusehen, dass die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist (Teil III Nr. 2.1. Abs. 2 des Beschlusses vom 29.10.2004). Die Höhe des RLV einer Arztpraxis ergibt sich für die in der Anlage 1 des Beschlusses genannten Arztgruppen aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl und der Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal (Teil III Nr. 3.1 des Beschlusses vom 29.10.2004). Der Bewertungsausschuss hat ferner für bestimmte Arztgruppen, u.a. auch für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, beschlossen, dass Arztgruppentöpfe gebildet werden (Anlage 1 zu Teil III des Beschlusses). Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt konnten nach der Beschlussfassung durch den HVV entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden. Weiterhin sah der Beschluss vor, dass im HVV weitere Differenzierungen oder Zusammenfassungen der (benannten) Arztgruppen vereinbart werden konnten. Mit Beschluss in seiner 139. Sitzung änderte der Bewertungsausschuss den Beschluss vom 29.10.2004, unter gleichzeitiger Verlängerung seiner Fortgeltung bis Ende 2008, mit Wirkung zum 01.01.2008. Teil III Nr. 3.1 Abs. 3 des Beschlusses vom 29.10.2004 wurde dahingehend neugefasst, dass im HVV Anpassungen des RLV insbesondere unter Berücksichtigung der Neufassung des EBM zum 01.01.2008 vorzunehmen sind (Teil A Nr. 2.10 des Beschlusses der 139. Sitzung). Die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Anpassung der RLV und des diesbezüglichen Punktwertes gemäß Anlage 3 seien zu beachten. In dieser Anlage 3 (Teil A Nr. 4 des Beschlusses der 139. Sitzung) gibt der Bewertungsausschuss den Partnern der HVV ein bestimmtes Verfahren zur Feststellung und ggf. Anpassung eines infolge der EBM-Novellierung geänderten arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumens vor. Nachdem das BSG in seiner Entscheidung vom 17.03.2010 ([a.a.O](#)) entschieden hatte, dass der (zunächst) gültige HVV weder die erforderlichen arztgruppenspezifischen Grenzwerte noch feste Punktwerte beinhaltete, haben die Vertragspartner für die Quartale 1/2008 - 4/2008 eine Vereinbarung über die Änderung der Honorarverteilungsverträge getroffen, in der in Teil IV § 4 Nr. 1 HVV-ÄV festgelegt ist, dass die im EBM aufgeführten ärztlichen Leistungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal für die Arztgruppen nach Anlage 2 einer fallzahlabhängigen Begrenzung (PZGV) unterliegen. Die das PZGV übersteigenden Leistungsmengen wurden nur mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet. Die Höhe des PZGV einer Arztpraxis ergab sich hierbei für die Arztgruppe aus der Multiplikation der in Anlage 2 festgelegten arztgruppenspezifischen FPZ und der nach Anwendung der Fallzahlzuwachsregelung gemäß § 3 HVV-ÄV anerkannten Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal. In Anlage 1 zum HVV-ÄV wurden die durchschnittlichen PZGV-relevanten Fallzahlen der Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und die der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt jeweils mit 1.053 Fällen

benannt. Nach § 4 Nr. 2 des HVV-ÄV wurden für die in Anlage 3 genannten Leistungsbereiche arztgruppenspezifische Zusatzmodule gebildet. Diese wurden durch Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV gewährt. Darüber hinaus konnte der Vorstand der Beklagten zur Sicherung einer ausreichenden medizinischen Versorgung weitere Anpassungen des PZGV vornehmen (§ 4 Nr. 2 HVV-ÄV). Nach § 4 Nr. 3 des HVV-ÄV ergab sich für eine Arztpraxis zutreffende FPZ aus der Zugehörigkeit zu einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 und nach der Berechnungsvorgabe des Bewertungsausschusses zur Festlegung von RLV in der jeweils gültigen Fassung für die dort angegebenen Altersklassen. In seiner Anlage 2 sah der HVV-ÄV für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendmediziner und für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt jeweils eigenständige FPZ des PZGV, die zwischen Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr und Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr differenzierten, vor. Schließlich war in Anlage 3 zum HVV-ÄV festgelegt, dass Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin u.a. für die Zusatzmodule "Psychosomatik, Übende Verfahren" und "Sonographie" einen Aufschlag auf die Fallpunktzahlen des PZGV nach § 4 Nr. 2 i.H.v. 10 bzw. 15 erhalten. Die vor diesem Hintergrund erfolgte Bildung und die Zuordnung der Klägerin zu der Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt ist nicht zu beanstanden. Die Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses, dass Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt durch den Honorarverteilungsvertrag entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden konnten, sind mit höherrangigem Recht vereinbar; sie stehen mit den sich aus [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. i. V. m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergebenden Anforderungen in Einklang (vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 05.10.2016 - [L 5 KA 1918/14](#) -; Hessisches LSG, Urteil vom 29.04.2009 - [L 4 KA 76/08](#) -, jew. in juris m.w.N.). Auch die Umsetzung des Beschlusses im HVV-ÄV der Gestalt, dass (nur) für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt eigenständige Arztgruppen gebildet und innerhalb dieser Gruppen FPZ in gleicher Höhe festgesetzt wurden, unterliegt keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken. In dem Beschluss des Bewertungsausschusses ist bestimmt, dass Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt durch den HVV einer entsprechenden Arztgruppe zugeordnet werden können. Nähere Vorgaben, nach welchen Kriterien eine nach Ermessen vorzunehmende Zuordnung zu erfolgen hat, beinhaltet der Beschluss nicht. Ein Anspruch darauf, die Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt hierbei weitergehend zu differenzieren, besteht, anders als die Klägerin vorbringt, nicht. Die Ausführungen der Klägerin zur hausärztlichen Tätigkeit der sonstigen Schwerpunkt-Kinderärzte vermögen auch nicht zu überzeugen. Nur die Kinderärzte, die sich für eine fachärztliche Versorgung entschieden haben, befinden sich in der RLV-Gruppe der Ärzte der Klägerin. Die Vertragspartner der HVV haben - innerhalb der einfachgesetzlichen Vorgaben und grundrechtlicher Gewährleistungen - einen Gestaltungsspielraum (BSG, Urteile vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -; vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) - und vom 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) - jew. in juris), wie er typischerweise mit Rechtssetzungsakten einhergeht. Die Ausarbeitung des HVV erfordert Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Dieser Gestaltungsspielraum ist von den Gerichten grds. zu respektieren; die richterliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Dies ist erst dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in einem "groben Missverhältnis" zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht und in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unverträglich oder unverhältnismäßig ist (vgl. BSG, Urteil vom 28.05.2008 - [B 6 KA 49/07 R](#) - in juris und Urteil des erkennenden Senats vom 05.10.2016, - [L 5 KA 5073/14](#) -, a.a.O.). Zu beachten sind hierbei insb. das Gebot einer leistungsproportionalen Verteilung des Honorars sowie der aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Diese beiden Prinzipien gebieten jedoch keine völlige Homogenität in der Zusammensetzung der Honorartöpfe, da andernfalls für nahezu jede Arztgruppe, ggf. auch für Untergruppen, ein eigener Honorartopf gebildet werden müsste, wodurch der normgeberische Gestaltungsspielraum der Vertragspartner in unverhältnismäßiger Weise verengt würde. Im Kontext der Honorarkontingente hat das BSG die Bildung von einzelnen Arztgruppentöpfen daher als rechtmäßig angesehen und ausgeführt, dass hierbei Arztgruppen, die gewisse Ähnlichkeiten aufweisen, getrennt geführt oder zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst werden können (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 40/03 R](#) - und vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) -, jew. in juris). Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folge, so das BSG, aus dem Bestreben, dass die in [§ 85 Abs. 3 bis 3c SGB V](#) normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Durch die Bildung von Honorartöpfen würden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre Einnahmen sicherer kalkulieren können. Der Zuordnung stehe im Besonderen nicht entgegen, dass ggf. Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind (BSG, Urteil vom 09.12.2004, [a.a.O.](#)). Wird, wie vorliegend, in Zusammenhang mit der Bildung von Honorartöpfen eine unterlassene (weitergehende) Differenzierung durch die Partner des HVV beanstandet, ist der Gestaltungsspielraum der Vertragsparteien unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten erst dann überschritten, wenn sich für eine relevante Differenzierung bei der Honorarverteilung schlechterdings kein rechtfertigender Grund finden lässt (Urteil des erkennenden Senats vom 29.08.2012 - [L 5 KA 5415/10](#) - n.v.; vgl. auch BSG, Urteil vom 08.02.2012 - [B 6 KA 14/11 R](#) - zur Festlegung einheitlicher FPZ für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Ob hierbei vom Normgeber die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung getroffen wurde, unterliegt hingegen nicht der Überprüfungscompetenz der Gerichte. Die Beklagte hat in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hingewiesen, dass die Arztgruppen im Honorartopf der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Versorgungsschwerpunkt jeweils nur wenige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung umfassen. In diesem Sinne hat die Klägerin selbst angeführt, dass sich im Ärzteverzeichnis nach ihrer eigenen Recherche lediglich ein Hämatologe/Onkologe und nur 32 Kinderkardiologen, von denen 13 fast ausschließlich hausärztlich tätig seien, fänden und die kardiologischen Leistungspositionen von lediglich zwei weiteren Praxen abgerechnet werden. Ein Honorartopf für Kinder- und Jugendmediziner mit dem Schwerpunkt Kardiologie, wie es klägerseits gefordert wird, würde in Ansehung der Quantität der "Kinderkardiologen" strukturell einem unzulässigen Individualbudget nahe kommen. Auch erbringen die Ärzte der Gruppe der Kinder- und Jugendmediziner mit (Versorgungs-) Schwerpunkt regelmäßig der Art nach vergleichbare Leistungen, wie Grundleistungen und Beratungs- und Betreuungsleistungen, sodass deren Ähnlichkeiten die Zusammenfassung in einem Honorartopf rechtfertigen. Auch ist anders als klägerseits geltend gemacht, die Bewertung bestimmter ärztlicher Leistungen, die in ihren Auswirkungen auf Verteilungsaspekte innerhalb einer Arztgruppe beschränkt bleiben, kein zwingender Grund für Korrekturen im System der Honorarverteilung (BSG, Urteil vom 08.02.2012 - [B 6 KA 14/11 R](#) -, in juris). Überdies gilt es vorliegend zu berücksichtigen, dass der Beklagten wegen der Fusion der zuvor vier kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg zur Beklagten zum 01.01.2005 und der damit erforderlichen Notwendigkeit, bis zum 01.01.2008 eine einheitlich landesweite Verteilung der Gesamtvergütung zu regeln, unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 08.03.2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) -; Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) -, jew. in juris) ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zustand. Mit diesem korreliert zwar eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht der Vertragspartner, dieser wurden sie jedoch gerecht, wie sich daran zeigt, dass sie ab dem Quartal 1/2009 einen eigenen Honorartopf für die Fachgruppe der Kinderkardiologen geschaffen haben. Soweit dem klägerseits entgegen gehalten wird, Verwerfungen seien voraussehbar gewesen, bedingt dies keine abweichende Einschätzung, da die getroffene Regelung weder systemfremd noch mit höherrangigem Recht

unvereinbar ist (vgl. BSG, Urteil vom 05.06.2013 - [B 6 KA 47/12 R](#) - in juris). Da die Bildung eines eigenen Honorartopfes für Kinderkardiologen ab dem 01.01.2009 (auch) darin gründet, dass zu diesem Zeitpunkt mit den [§§ 87a](#) und [87b SGB V](#) ein neues Vergütungssystem eingeführt und von der Beklagten auch umgesetzt worden ist, sind Rückschlüsse auf die streitgegenständliche Zeit nicht zulässig (vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 26.09.2012 - [L 5 KA 2743/11](#) -, n.v.).

Schließlich vermag der Senat in der Bildung der Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt keinen Verstoß gegen das Gebot einer leistungsproportionalen Verteilung des Honorars zu erkennen. Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) i.V.m. [Art 12 Abs. 1 GG](#) kommt hierbei 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 (st.Rspr. 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 "Kinderkardiologen" in dem hier streitbefangenen Zeitraum eingetreten sein könnte, sind nicht ersichtlich. Dies gilt insb. in Ansehung dessen, dass die von der Beklagten vergüteten Leistungen von 34.830,89 EUR (Quartal 1/2008), 40.710,60 EUR (Quartal 2/2008), 39.255,10 EUR (Quartal 3/2008) und 46.975,46 EUR (Quartal 4/2008) zwar durch zwei Ärzte erarbeitet wurden, dies jedoch im Rahmen einer Jobsharing Praxis bei nur einem Versorgungsauftrag. Mithin ist die Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses im HVV-ÄV der Gestalt, dass (nur) für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt eigenständige Arztgruppen gebildet und FPZ innerhalb dieser Gruppen jeweils in gleicher Höhe festgesetzt wurden, nicht zu beanstanden. Die Klägerin ist auch zutreffenderweise in die Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt zugeordnet worden.

Auch die hiernach für die Klägerin geltenden PZGV wurden von der Beklagten zutreffend berechnet. Sie hat hierbei entsprechend der Festsetzung in Anlage 1 zum HVV-ÄV die durchschnittliche PZGV-relevante Fallzahl der Fachgruppe von 1.053 Fällen berücksichtigt. Die Beklagte hat ferner einen Aufschlag auf das PZGV auf Grundlage des Umstandes berücksichtigt, dass der Vorstand der Beklagten von der in § 4 Nr. 2 HVM-ÄV erteilten Befugnis, zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung weitere Anpassungen des PZGV vorzunehmen in seinem Beschluss vom 13.02.2008 Gebrauch gemacht hat. Dies war an den Nachweis der Notwendigkeit eines Aufschlages, eines besonderen Versorgungsbedarfs, einer Spezialisierung der Praxis bzw. an eine von der Typik der Fachgruppe abweichende Behandlungsausrichtung gekoppelt. Der Nachweis der Notwendigkeit eines Aufschlages erfolgte anhand eines Vergleichs der Praxis mit dem Fachgruppenwert, in dem die Differenz zwischen dem individuellen PZGV der Praxis des Jahres 2006 mit einem fiktiv berechneten PZGV für 2008, das sich aus der Multiplikation der Fallzahl 2006 mit den Fallpunktzahlen der Anlage zum HVV-ÄV ergab, verglichen wurde. Ergab sich sodann, nach einer Minderung des Leistungsbedarfs aus 2006 um 20% bei einer Gegenüberstellung zum fiktiven PZGV ein positiver Wert, belegte dies die Notwendigkeit eines Aufschlages. Der Nachweis eines besonderen Versorgungsbedarfs erforderte einen mindestens 10 % igen Anteil des beantragten Leistungsbereichs am budgetrelevanten Leistungsbedarf bezogen auf den Referenzzeitraum 1/2006 - 4/2006. Der Nachweis der Spezialisierung erfolgte anhand eines Vergleichs der durchschnittlichen FPZ der Praxis im Leistungsbereich mit dem Durchschnitt der Arztgruppe, die die gleichen Gebührenordnungspositionen abrechnen. Die Spezialisierung war hierbei anzunehmen, wenn die FPZ der Praxis die der Fachgruppe um 30% überstieg. Die Höhe des Aufschlags ermittelte die Beklagte anhand des Mehrbedarfs gegenüber der Fachgruppe, multipliziert mit dem Faktor 0,8. Als Obergrenze setzte sie die Differenz aus dem Vergleich des ermittelten Praxiswertes mit dem entsprechenden Fachgruppenwert fest. Diese Regelung ist nicht zu beanstanden. Der Bewertungsausschuss macht keine Vorgaben, unter welchen konkreten Voraussetzungen und in welchem Umfang in Ausnahmefällen Erhöhungen der FPZ erfolgen können. Wann ein Ausnahmefall aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung vorliegt, ist zwar weder im HVV-ÄV, im Beschluss des Bewertungsausschusses noch in den gesetzlichen Regelungen bestimmt, indes stehen die von der Beklagten angelegten Kriterien in Einklang mit der Rspr. des BSG zum Begriff des "besonderer Versorgungsbedarf" bzw. zur Erweiterung von Zusatzbudgets (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02](#) -; Urteil vom 22.03.2006 - [B 6 KA 80/04 R](#), jew. in juris), sodass weder die Regelung im HVV-ÄV, noch deren Anwendung durch den Vorstand willkürlich sind. Die Voraussetzungen des Aufschlages i.S.d. Vorstandsbeschlusses liegen bei der Klägerin vor. Mit diesem Aufschlag wird der besonderen Ausrichtung der Praxis der Klägerin im Bereich der (Kinder-)Kardiologie und Sonographie Rechnung getragen. Der von der Beklagten im Rahmen des Vorstandsbeschlusses gewährte Zuschlag ist auch im Hinblick auf den Umfang der zugebilligten Aufschläge nicht zu beanstanden (vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 05.10.2016 - [L 5 KA 1918/14](#) -; Urteil des SG vom 26.08.2010 - [S 10 KA 8917/08](#) -, jew. in juris; Urteil des erkennenden Senats vom 26.09.2012 - [L 5 KA 5247/11](#) -, n.v.). Die Beklagte hat in den angefochtenen Honorarbescheiden ferner jeweils die Zusatzmodule "Psychosomatik" und "Sonographie" in zutreffender Höhe berücksichtigt. Im Widerspruchsbescheid vom 29.05.2013 hat die Beklagte schließlich - über die Kriterien des Vorstandsbeschlusses hinaus - eine zusätzliche Erhöhung der FPZ im Rahmen einer "individuellen Härtefallentscheidung" zur Begrenzung der Abstaffelungsquote auf 20% vorgenommen. Ob dies rechtlich zulässig war, kann der Senat offen lassen, da die Klägerin durch diese, ihr günstigen Vorgehensweise, nicht beschwert ist.

Mithin ist auch die Höhe der gewährten Aufschläge zum PZGV nicht zu beanstanden. Die Honorarbescheide der Beklagten vom 14.07.2008, vom 15.10.2008, vom 15.01.2009 und vom 15.04.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.05.2013 sind mithin rechtlich nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, dass über ihre Widersprüche hiergegen erneut zu entscheiden ist. Soweit klägerseits schriftsätzlich geltend gemacht wurde, der Beklagten sei aufzugeben, die fachliche Zusammensetzung der PZGV-Gruppe der Kinderärzte mit (Versorgungs-)Schwerpunkt und die Kriterien, nach denen die Gruppe gebildet wurde, dar- und eine vollständige Gebührenübersicht der 4 Quartale 2008 aller Kinderärzte, die sich in der PZGV-Gruppe der Kinderärzte mit (Versorgungs-)Schwerpunkt befinden, vorzulegen, wurde der entsprechende Hilfsantrag in der mündlichen Verhandlung vom 26.04.2017 nicht aufrechterhalten, sodass über ihn nicht zu befinden war. Die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende Urteil des SG ist zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 2 GKG](#) (Auffangstreitwert von 5.000 EUR für vier streitige Quartale 2008).

Rechtskraft
Aus

Login
BWB
Saved
2017-05-08