

L 5 KA 1282/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 3430/14

Datum
11.02.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 1282/15

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 ab 01.01.2000 aus 3 Fachärzten für Kinderheilkunde mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie (Dres. med. B., H. und T.) bestehende Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), die mit Sitz in St. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Zum 01.01.2013 beendete Dr. H. seine Praxistätigkeit.

Mit Schreiben vom 04.12.2007 stellte die Klägerin einen Antrag bei der Beklagten auf Neuberechnung und Anpassung der FPZ bzgl. des Honorarverteilungsmaßstabs ab 01.01.2008. Mit Bescheid vom 14.03.2008 erkannte die Beklagte unter dem Vorbehalt der nachträglichen Berichtigung für das Jahr 2008 einen Aufschlag auf das PZGV in Höhe von 1047 Punkten pro Fall zu. Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 06.04.2008 Widerspruch ein. Mit Bescheid vom 24.02.2009 gewährte die Beklagte einen weiteren Aufschlag von 17 Punkten auf insgesamt 1.064 Punkte je Fall. Auch hiergegen legte die Klägerin am 06.03.2009 Widerspruch ein.

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 1.219, für das Quartal 2/2008 1.212, für das Quartal 3/2008 1.146 und für das Quartal 4/2008 1.271 PZGV-relevante Fälle zu Grunde.

Gegen die Honorarbescheide legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein, die Widersprüche wurden mit Widerspruchsbescheid vom 01.03.2010 zurückgewiesen. Hiergegen erhob die Klägerin am 17.03.2010 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG; - S 11 KA 1682/10 -). Im Klageverfahren anerkannte die Beklagte mit Schreiben vom 17.01.2011 die Verpflichtung, unter Aufhebung der streitgegenständlichen Bescheide eine Neuverbescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts (BSG) in seinem Urteil vom 17.03.2010 (- [B 6 KA 43/08 R](#) -, in juris) vorzunehmen. Die Klägerin nahm dieses Anerkenntnis mit Schreiben vom 10.02.2011 an und beendete hierdurch das Klageverfahren.

Mit Bescheiden vom 11.11.2013 kam die Beklagte der o.g. Verpflichtung nach. Die Honorarbescheide für die Quartale 1/2008 bis 4/2008 wurden aufgehoben und das Honorar für das Quartal 1/2008 in Höhe von 127.832,05 EUR (incl. sonstiger Kostenträger 411,09 EUR), für das Quartal 2/2008 in Höhe von 114.722,59 EUR (incl. sonstiger Kostenträger 670,13 EUR), für das Quartal 3/2008 in Höhe von 106.685,50 EUR (incl. sonstiger Kostenträger 445,05 EUR) und für das Quartal 4/2008 in Höhe von 128.166,98 EUR (incl. sonstiger Kostenträger 464,77 EUR) neu festgesetzt.

Hiergegen legte die Klägerin am 25.11.2013 Widerspruch ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23.05.2014 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Der einzelne Vertragsarzt könne keinen Anspruch auf die Abrechnung seiner Leistung mit einem bestimmten Punktwert geltend machen. Ihm stehe lediglich ein Anrecht auf einen angemessenen Anteil an der zu verteilenden Gesamtvergütung zu. Nach § 4 Nr. 3 HVV-ÄV (hier stets in der Fassung der Änderungsvereinbarung nach dem Urteil des BSG vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) -) ergebe sich die für eine Arztpraxis maßgebliche FPZ aus der Zugehörigkeit zu einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 HVV-ÄV und nach der Berechnungsvorgabe des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen in der jeweils gültigen Fassung für die dort angegebenen Altersklassen. Die für die Klägerin maßgeblichen FPZ lägen für das Quartal 1/2008 bei 1.252 Punkten. Ab dem Quartal 2/2008 seien diese auf 1.309 Punkte angehoben worden. Zudem werde ein Aufschlag von 130 Punkten für BAGen berücksichtigt. Eine Erweiterung der FPZ des PZGV komme lediglich nach § 4 Nr. 2 S. 5 HVV-ÄV in Betracht. Vorliegend sei der Klägerin bereits der maximale mögliche Aufschlag in Höhe von 1.064 Punkten je Fall zuerkannt worden. Eine Ausgleichzahlung im Rahmen der Härtefallregelung sei ebenfalls unzulässig. Soweit das BSG in seinem Urteil vom 17.03.2010 (- [B 6 KA 43/08 R](#) -) entschieden habe, 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, hätten die Vertragspartner des HVV diesen Mangel nunmehr geheilt. Die Vertragsparteien hätten sich darauf geeinigt, 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.

Hiergegen erhob die Klägerin am 18.06.2014 Klage zum SG, mit der sie ein höheres PZGV begehrte. Die Fachgruppe der Kinder- und Jugendärzte werde der besonderen Zusammensetzung der äußerst kleinen Fachgruppe der Kinderkardiologen nicht gerecht. Die RLV-Zuweisungen für das Jahr 2009 seien korrekt und trügen den spezifischen Bedingungen ihrer Praxis Rechnung. Daraus und aus dem Vergleich mit den Verhältnissen im Jahr 2007 sei ersichtlich, dass die Berechnung 2008 nicht richtig sein könne. Die Beklagte habe mit ihrer Honorargruppe "Kinderärzte mit Schwerpunkt" nicht nur eine völlig inhomogene Gruppe von Kinderkardiologen, -endokrinologen, Neuropädiatern usw. mit ganz unterschiedlichen FPZ geschaffen, das liege möglicherweise noch innerhalb des von ihr stets hervorgehobenen Gestaltungsspielraums, wenn all diese Ärzte tatsächlich fachärztlich tätig seien. Die Beklagte habe allerdings völlig übersehen, dass nur im Bereich der Pädiatrie gleichzeitig eine haus- und fachärztliche Zulassung bestehe und die allermeisten Schwerpunkt-Pädiater keineswegs überwiegend im Schwerpunkt, sondern im hausärztlichen Bereich tätig seien. Ein gemeinsamer Fallwert für die unterschiedlichen Facharztbereiche und den Hausarztbereich sei absolut unsinnig. Die Beklagte habe eine Mischgruppe gebildet mit ausschließlich hausärztlich tätigen und notwendigerweise überwiegend hausärztlich tätigen Schwerpunktkindernärzten. Sie, die Klägerin, wisse im Übrigen auch, dass es in ganz Baden-Württemberg außer ihr im Jahr 2008 nur noch 4 weitere Ärzte, alles Kinderkardiologen, gegeben habe, die rein fachärztlich tätig gewesen seien. Eine vom Gegenstand der ärztlichen Tätigkeit völlig aus dem Rahmen fallende Gruppe von 7 Ärzten in die bunt zusammengewürfelte HVV-Gruppe "Schwerpunkt-Kinderärzte" einzuordnen, sei sachwidrig. Im Übrigen sei nach Anlage 1 zum HVV-ÄV der Jahresmittelwert der Fallzahlen bei beiden Teilen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (allgemein und mit Versorgungsschwerpunkt) gleich hoch mit 1.053 Fällen. Die FPZ betrage gem. Anlage 2 bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin für die Altersgruppe 1: 894 Punkte, bei den Schwerpunkt-Kinderärzten 1.252 Punkte, bei der Altersgruppe 2: 624 zu 874 Punkten. In der Anlage 2 zum HVV-ÄV heiße es jedoch ausdrücklich bei den FPZ "gültig für 1/08". Eine Regelung für die Quartale ab 1/2008 finde sich nicht. Zu berücksichtigen sei ferner, dass in ihrer Gebührennummernübersicht die Prüfgruppe in 1/2008 mit 608 Praxen angegeben werde. Im Versorgungsbericht der Beklagten für das Jahr 2008 würden Kinder- und Jugendmediziner in einer Zahl von 790 Ärzten angegeben ohne Aufgliederung nach den beiden im Honorarverteilungsvertrag aufgeführten Gruppen. Daraus dürfte sich ergeben, dass bei 603 Praxen die große Menge der Kinderärzte in Einzelpraxen tätig sei. Beispielhaft im ersten Quartal 2008 ergäben sich daher bei ihr, der aus 3 Ärzten bestehenden Praxis, 1.312 Fälle, beim Durchschnitt der Prüfgruppe 1.423 Fälle. Ihre Praxis habe daher signifikant weniger Fälle pro Arzt als die Prüfgruppe. Besonders auffallend sei das Verhältnis bei den Fällen zur "Mitbehandlung, Weiterbehandlung und anderen Gründen" mit 940, entsprechend 71,65 % bei ihr, und 18, entsprechend 1,26 % beim Durchschnitt der Prüfgruppe. Das mache eine Überschreitung von über 5.122 % aus. Bereits das zeige den gravierenden Unterschied. Es sei auch darauf hinzuweisen, dass in ihrer Gebührennummernübersicht (nur) die Leistungen wiedergegeben seien, welche sie, die Klägerin, abrechne. Daher sei aus diesen Übersichten auch lediglich ersichtlich, wie sie zur Gruppe stehe hinsichtlich der Leistungen, die sie selbst erbringe. Dabei ergebe sich bei den für die Praxis typischen Leistungen der GNR 04410 - Zusatzpauschale Kinderkardiologie -, dass diese lediglich von 2,65 % der Praxen ausgeführt würden, das seien 16 Praxen von 603. Ihre Praxis erbringe außerdem maßgeblich die Leistungen nach GNR 33073 (Duplex-Sonographie ...) und GNR 33075 (Zuschlag Farbduplex-Sonographie) in der überwiegenden Zahl der Fälle. Ausführende Praxen gebe es lediglich in Höhe von 1,82 %, das würde 11 Praxen entsprechen. Allein durch diese (wenigen) Leistungen werde das Budget maßgeblich überschritten. In den Folgequartalen sei es ähnlich. Schließlich bleibe unklar, weshalb die Beklagte nicht von der Anpassung der FPZ aufgrund des Tatbestandes der "Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung" Gebrauch gemacht habe.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Ab dem 01.01.2008 sei erstmals ein landesweit einheitlicher Honorarverteilungsvertrag vereinbart worden. Dieser habe die bis zum 31.12.2007 gültigen regional unterschiedlichen Honorarverteilungsverträge der 4 Bezirksdirektionen abgelöst. Der entsprechende HVM-V 2008 habe arztgruppenspezifische Grenzwerte enthalten, jedoch keine festen Punktwerte. Nachdem das BSG in seinem Urteil vom 17.03.2010 ([B 6 KA 43/08 R](#)) entschieden habe, dass der HVM-V 2008 wesentliche Grundelemente, nämlich das Vorliegen fester Punktwerte und arztgruppenspezifische Grundwerte enthalten müsse, hätten die Gesamtvertragspartner den HVM-V 2008 für die streitgegenständlichen Quartale, entsprechend der Vorgaben des BSG geändert. In § 5 Nr. 10.7 bis 10.9 in Verbindung mit Anlage 4 und 5 der Änderungsvereinbarung zum HVV für die Quartale 1/2008 bis 4/2008 seien feste Auszahlungspunktwerte vereinbart worden. Da die in der BAG der Klägerin tätigen Ärzte als Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen seien, unterlägen sie gemäß § 4 Nr. 1 in Verbindung mit 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 Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung anerkannten Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal. Darüber hinaus habe ihr Vorstand gemäß § 4 Nr. 2 HVV-ÄV von dem Tatbestand der "Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung" Gebrauch gemacht und eine Anpassung des PZGV vorgenommen. Die entsprechenden Kriterien habe die Klägerin auf dem Gebiet der Kardiologie erfüllt, weshalb eine Erweiterung der FPZ bei ihr möglich gewesen sei. Die Höhe des Aufschlages habe sich dann aus dem im Rahmen des 30% bzw. 15%-igen Vergleichs ermittelten Mehrbedarfs gegenüber der Fachgruppe, multipliziert mit dem Faktor 0,8 ergeben. Dabei sei als Obergrenze die ermittelte Differenz aus dem Vergleich des Leistungsbedarfs der Praxis mit dem fiktiv ermittelten Leistungsbedarf aus 2008 festgelegt worden. Aufgrund dessen sei der Klägerin zunächst mit Bescheid vom 14.03.2008 ein Aufschlag in Höhe von 1.047 Punkten je Fall ab dem Quartal 1/2008 und mit weiterem Bescheid vom 24.02.2009 nochmals eine Anhebung um 17 Punkte je Fall gewährt worden. Hiermit sei der Klägerin das Maximum an FPZ zugestanden worden, nämlich 2.446 Punkte für das Quartal 1/2008 und 2.503 Punkte für die Quartale 2 bis 4/2008 im Hinblick auf die Altersklasse 0-5 Jahre sowie 2.068 Punkte für das Quartal 1/2008 und 2.107 Punkte für die Quartale 2 bis

4/2008 im Hinblick auf die Altersklasse 6-59 Jahre. Die von der Klägerin begehrte weitere Erhöhung scheide aus. Ihr, der Beklagten, stehe unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zu, da sich bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften häufig deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen ließen und daher auch gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen hingenommen werden müssten. Aus diesem Grund sei sie, die Beklagte, nicht verpflichtet, die Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Versorgungsschwerpunkt in weitere verschiedene Untergruppen aufzuteilen. Von der höchstrichterlichen Rechtsprechung werde die Bildung von Honorarkontingenten nach Fachgruppen für das Gros der Leistungserbringer, so wie es auch für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin geschehen sei, nicht beanstandet. Für die streitgegenständlichen Quartale sei auch im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004, in Verbindung mit den entsprechenden Änderungsbeschlüssen unter Abschnitt 3 Ziff. 1 die Bildung von Arztgruppentöpfen für die in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen vorgesehen. In Anlage 1 würden die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin als Arztgruppe bezeichnet. Dabei sei es nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses auch zulässig, im Honorarverteilungsvertrag weitere Differenzierungen oder Zusammenfassungen der aufgeführten Arztgruppen zu vereinbaren. An diese Vorgaben habe sie, die Beklagte, 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. Unerheblich sei insoweit auch, dass die Vertragspartner des HVM-V 2009, entsprechend der Vorgaben des Bewertungsausschusses, wieder gesonderte FPZ für Kinderkardiologen zugebilligt hätten. Die anderweitige Regelung im HVM-V 2008 werde deshalb nicht im Nachhinein rechtswidrig. Des Weiteren seien die Ausführungen der Klägerin zur absoluten Unsinnigkeit eines gemeinsamen Fallwertes für die unterschiedlichen Facharztbereiche und den Hausarztbereich nicht nachvollziehbar. Nach [§ 73 Abs. 1 a](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) nähmen Allgemeinärzte, Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt hätten, an der hausärztlichen Versorgung teil. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung könnten auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Gemäß [§ 87b Abs. 1 SGB V](#) verteile die Kassenärztliche Vereinigung die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnähmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Ein gemeinsamer Honorartopf für Allgemeinärzte und Fachärzte sei somit bereits gesetzlich ausgeschlossen. Eine unzulässige Vermischung von haus- und fachärztlicher Versorgung finde somit - entgegen den Ausführungen der Klägerin - gerade nicht statt. Die Klägerin könne sich auch nicht auf das RLV für das Jahr 2009 berufen. Zum 01.01.2009 habe der Gesetzgeber verbindlich den tiefgreifenden Wandel zu einem völlig neuen Vergütungssystem vorgegeben. Ebenso scheide ein Vergleich mit dem Jahr 2007 aus. Ab dem 01.01.2008 habe nämlich eine landesweit einheitliche Honorarverteilung die bisher regional unterschiedlichen Honorarverteilungsverträge abgelöst. Im Übrigen lasse sich den Berechnungen im Widerspruchsbescheid vom 23.05.2014 entnehmen, dass Honorarverwerfungen erheblichen Ausmaßes gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal nicht eingetreten seien. Die Honorarrückgänge der klägerischen BAG bewegten sich in den Quartalen 1/2008 bis 3/2008 zwischen 10 % und 19,46 %. Im Quartal 4/2008 sei ein marginaler Anstieg von 0,02 % zu verzeichnen. Ebenso wenig sei es zu einem erheblichem Absinken der Punktwerte in den streitgegenständlichen Quartalen gekommen. Die Auszahlungspunktwerte für Leistungen innerhalb des PZGV hätten in den Quartalen 1/2008 bis 4/2008 zwischen 3,57 Cent und 4,33 Cent gelegen. In den Vorquartalen 1/2007 bis 4/2007 hätten sich diese zwischen 3,53 Cent und 4,73 Cent bewegt. Schließlich könne die Klägerin eine Erhöhung des PZGV unter Härtefallgesichtspunkten nicht beanspruchen, da sie die Kriterien nicht erfülle.

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 Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung gemäß § 3 HVV-ÄV anerkannten Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal errechnen 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 FPZ 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 gemacht habe, 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. Sie habe einen Praxisschwerpunkt sowie den Nachweis einer Spezialisierung in Fällen anerkannt, in denen auf der Basis der Werte der Quartale 1/2006 bis 4/2006 ein mindestens 20%iger Anteil des beantragten Leistungsbereichs am budgetrelevanten Leistungsbedarf zu verzeichnen gewesen sei und eine Überschreitung des Scheinwertes in Punkten im beantragten Leistungsbereich um 30 % gegenüber dem durchschnittlichen Fachgruppenwert vorgelegen habe. Allerdings habe sie nur dann einen Aufschlag gewährt, wenn der Praxiswert - errechnet aus den individuellen FPZ des Jahres 2006 multipliziert mit dem Faktor 0,8 - höher ausgefallen sei als der entsprechende Fachgruppenwert. Die Höhe des Aufschlags habe die Beklagte anhand des Mehrbedarfs gegenüber der Fachgruppe, multipliziert mit dem Faktor 0,8 ermittelt. Als Obergrenze habe sie im Übrigen die Differenz aus dem Vergleich des ermittelten Praxiswertes mit dem entsprechenden Fachgruppenwert festgelegt. Diese Regelung sei nicht zu beanstanden (vgl. bereits SG, Urteil vom 26.08.2010 - S10 KA 8917/08 -, in juris, Rn. 26). Im vorliegenden Fall lägen die Voraussetzungen für einen individuellen Aufschlag unstrittig vor. Mit diesem Aufschlag werde der besonderen Ausrichtung der Praxis der Klägerin im Bereich der (Kinder-)Kardiologie und Sonographie auch hinreichend Rechnung getragen. Der von der Beklagten im Rahmen des Vorstandsbeschlusses gewährte Zuschlag sei nach Überzeugung der Kammer auch nicht ermessensfehlerhaft zu niedrig. Eine über 1.064 Punkte je Fall hinausgehende Erhöhung sei - aufgrund der nicht zu beanstandenden Kriterien der Beklagten - nicht möglich. 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, -hämatologen und -onkologen) unterschiedliche Leistungen abgerechnet, auch beinhalte der Einheitliche Bewertungsmaßstab (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. Außerdem habe eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht bestanden. 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 die 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 unvermeidbare 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 07.04.2015 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) 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 zu Fallwertrückgängen von 13,52% bis 20,61% gekommen. Zutreffend habe das SG daher die Problematik der Zusammensetzung der "Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Versorgungsschwerpunkt" erkannt. Kinderärzte würden bereits wegen ihrer Schwerpunktbezeichnung in die Gruppe eingeordnet, obschon die seinerzeit gültige Weiterbildungsordnung zwischen Kinderhämatologie, -onkologie und -kardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie unterschieden habe. Dies zeige, dass die Gruppe "mit Versorgungsschwerpunkt" intransparent und inhomogen sei. Darüber hinaus seien Kinder- und Jugendärzte mit (Versorgungs-)Schwerpunkt überwiegend hausärztlich tätig. 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. Soweit das SG jedoch die Grundsätze über Anfangs- und Erprobungsregelungen als Rechtfertigung hierfür herangezogen habe, überzeuge dies nicht. Der Beklagten sei bereits bei der erstmaligen Gestaltung des HVM-V 2008 die Existenz ausschließlich fachärztlich im Schwerpunkt tätiger Kinderärzte bekannt gewesen. Sie habe auch gewusst, dass die sonstigen Schwerpunkt-Kinderärzte überwiegend hausärztlich tätig seien. Bekannt sei auch die honorarmäßige Behandlung der Kinderkardiologen in der Zeit bis 2008 gewesen. Aus der ab 1/2009 in Kraft getretenen Regelung sei auch erkennbar, dass die Beklagte grds. in der Lage gewesen sei, eine korrekte Budget-Gruppenbildung vorzunehmen. Schließlich sei der zeitliche Ablauf im Hinblick auf die Entscheidung des BSG zu berücksichtigen. Nach dem Urteil des BSG vom 17.03.2010 hätten die Honorarvertragsparteien bis zum Abschluss des Änderungsvertrags bis 21.11.2012 Gelegenheit gehabt, den HVM-V 2008 noch nachträglich anzupassen. Das maßgebliche Versäumnis der Beklagten liege dabei nicht in der Bildung einer Gruppe von Schwerpunkt-Kinderärzten, sondern in der Vernachlässigung der Tatsache, dass es Schwerpunkt-Kinderärzte gebe, die ausschließlich im Schwerpunkt tätig seien, während andere überwiegend hausärztlich tätig seien.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 11.02.2015 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide vom 11.11.2013 für die Quartale 1/2008 - 4/2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2014 zu verpflichten, über ihre Widersprüche, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts, erneut zu entscheiden,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

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 unvermeidbar oder unverhältnismäßig gewesen wäre. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Honorarverwerfungen erheblichen Ausmaßes gegenüber dem Vorjahr seien nicht zu erkennen. Die Honorarrückgänge hätten sich zwischen 10% und 19,46% bewegt. Im Quartal 4/2008 sei ein marginaler Anstieg zu verzeichnen. Ebenso wenig sei es zu einem erheblichen Absinken des Punktwertes gekommen. Die Auszahlungspunktwerte für Leistungen innerhalb des PZGV hätten sich 2008 zwischen 3,57 und 4,33 Cent bewegt. In den Vorquartalen 1/2007 bis 4/2007 hätten sie zwischen 3,53 Cent und 4,73 Cent gelegen. Unabhängig davon habe sie, die Beklagte, eine Erhöhung des PZGV zugesprochen. Schließlich sei es nach der Rechtsprechung nicht erforderlich sei, dass innerhalb eines Honorartopfes eine völlige Homogenität der einbezogenen Ärzte bestehe. Es sei vielmehr ausreichend, wenn eine gewisse Ähnlichkeit bestehe. Hinzu komme dass die Vertragsparteien des HVV aufgrund der Fusion der ehemaligen vier kassenärztlichen Vereinigungen N., N., S., S. zur Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg erstmals landesweit eine einheitlich geltende Honorarverteilung hätten regeln müssen. In einem derartigen Fall der Neuregelung komplexer Materien stehe dem Normgeber unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zu. Die Klägerin könne sich auch nicht auf die Regelleistungsvolumina für das Jahr 2009 berufen, da der Gesetzgeber zum 01.01.2009 einen tiefgreifenden Wandel im

Vergütungssystem vorgenommen habe. Auch die Ausführungen der Klägerin zum zeitlichen Ablauf könnten nicht verfangen. Das Urteil des BSG vom 17.03.2010 ([B 6 KA 43/08 R](#)) und die hierauf vorgenommenen Änderungen stünden mit der vorliegenden Problematik in keinem Zusammenhang. Ebenso wenig könnten die Ausführungen der Klägerin zur hausärztlichen Tätigkeit der sonstigen Schwerpunkt-Kinderärzte überzeugen. Nur die Kinderärzte, die sich für eine fachärztliche Versorgung entschieden hätten, befänden sich in der RLV-Gruppe der Ärzte der Klägerin.

Mit Schreiben vom 23.03.2017 und 05.04.2017 haben die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten für die Klägerin geführten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Die form- und fristgerecht (vgl. [§ 151 Abs. 1 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 11.11.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2014. 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 11.11.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2014 sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubeschreibung ihrer Widersprüche gegen die Festsetzung der Höhe ihres vertragsärztlichen Honorars in den Quartalen 1/2008 - 4/2008.

Gem. [§ 85 Abs. 4 Satz 1 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 FPZ 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 Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung 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 Leistungsbereich arztgruppenspezifische Zusatzmodule gebildet. Diese wurden durch Aufschläge auf die FPZ 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 die 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.

Die vor diesem Hintergrund erfolgte Bildung und die Zuordnung der Ärzte 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 Arztgruppen 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. Gleichzeitig können die Ausführungen der Klägerin zur hausärztlichen Tätigkeit der sonstigen Schwerpunkt-Kinderärzte nicht 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; 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 Prinzipien gebieten insb. 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, so dass 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 nur 32 Kinderkardiologen, von

denen 13 fast ausschließlich hausärztlich tätig seien, fänden. Ein HonorarTOPf für Kinder- und Jugendmediziner mit dem Schwerpunkt Kardiologie, wie er klägerseits gefordert wird, würde in Ansehung der Quantität der "Kinderkardiologen" strukturell einem unzulässigem 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). Soweit die Beklagte im Übrigen aufgrund der Entscheidung des BSG vom 17.03.2010 zu Korrekturen im HVV verpflichtet war, steht diese Entscheidung zu der vorliegenden Frage in keinem Zusammenhang. Die Beklagte kann sich daher auch weiterhin auf die Anfangs- und Erprobungsregelung beziehen.

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 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. 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 für drei Ärzte 127.832,05 EUR (Quartal 1/2008), 114.722,59 EUR (Quartal 2/2008), 106.685,50 EUR (Quartal 3/2008) und 128.166,98 EUR (Quartal 4/2010) betragen haben.

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 Gruppe jeweils in gleicher Höhe festgesetzt wurde, nicht zu beanstanden.

Die Ärzte der Klägerin sind 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 HVV-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 FPZ 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 Aufschlages 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 "besonderen 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.).

Zutreffend hat die Beklagte auch die Voraussetzungen der in den streitgegenständlichen Quartalen gültigen Härtefallregelungen abgelehnt (zur Rechtmäßigkeit derselben bereits Urteil des erkennenden Senats vom 26.09.2012, - [L 5 KA 5247/11](#) -, n.v.). Für die Anerkennung als Härtefall muss unter anderem sowohl das Gesamthonorar als auch der Fallwert der Praxis um mehr als 20% gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal zurückgegangen sein. Diese Voraussetzungen liegen bei der Klägerin nicht vor. Insoweit handelt es sich - entgegen der Ansicht der Klägerin - nicht um eine Anknüpfung an Fachgruppenwerte. Vielmehr orientiert sich der Vergleich an den individuellen Abrechnungsergebnissen der Klägerin zum Vorjahr.

Die Honorarbescheide der Beklagten vom 11.11.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2014 sind daher rechtlich nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, dass über ihre Widersprüche hiergegen erneut zu entscheiden ist.

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 Quartal 1/2008).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-05-08