

L 12 KA 37/11

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 305/09

Datum

04.05.2011

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 37/11

Datum

04.12.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Eine Differenzierung des Punktwertes zwischen niedergelassenen und ermächtigten Radiologen im Strukturvertrag ist grundsätzlich zulässig.

2. Auch bei der Veränderung der Höhe fester Punktwerte ist der Kassenärztlichen Vereinigung unter dem Gesichtspunkt der Anfangs und Erprobungsregelung eine angemessene Beobachtungszeit zuzugestehen, wenn das Gesamtgefüge der Bewertung der Einzelleistungen im Strukturvertrag verändert wurde.

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 04.05.2011 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine höhere Vergütung strahlentherapeutischer Leistungen (GOP 25210 - 25342 EBM) für ermächtigte Radiologen im. Der Kläger war im streitgegenständlichen Quartal ermächtigter Radiologe und zugleich Chefarzt im Klinikum A-Stadt. Mit Honorarbescheid vom 09.07.2008 gewährte die Beklagte dem Kläger einen Punktwert für seine abgerechneten strahlentherapeutischen Leistungen in Höhe von 2,3 Cent. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und begründete diesen mit einem Honorarrückgang insbesondere durch Punktwerteverfall im Bereich der Primärkassen. Im Quartal 1/07 habe der Punktwert bei 4,5 Cent, in 4/07 immerhin noch bei 4,0 Cent gelegen. Die nunmehr ausgezahlten 2,3 Cent entsprächen einem Rückgang von 42 %. Laut einem Rundschreiben der KVB vom 15.07.2008 würden die bisherigen strukturvertraglichen Regelungen weitergelten, trotz Aufwertung der entsprechenden Leistungen auf EBM-Ebene aber nur unter Zugrundelegung des bisherigen Honorarvolumens. Dies bedeute, dass eine angemessene Punktwertreduzierung gerechtfertigt sei, die aber nicht derart hoch ausfallen dürfe. Absolute Honorarrückgänge von 20 % bei ermächtigten Radiologen seien die Folge, obwohl in dieser kleinen Gruppe von circa 8 - 10 Ärzten keine bekannte Mengensteigerung vorliege. Der Punktwertrückgang bei niedergelassenen Strahlentherapeuten sei mit 20 % wesentlich geringer, so dass die Schere zwischen niedergelassenen und ermächtigten Radiologen ungerechtfertigt weit auseinanderklaffe.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18.02.2009 zurück. Die Vergütung der Leistungen ergebe sich aus den Bedingungen der Strukturverträge außerhalb der Gesamtvergütung, ein darüber hinausgehender Anspruch bestehe nicht. Bei der ehemaligen Bewertung der Leistungen im EBM sei man noch von einem zu niedrigen Fixkostenanteil ausgegangen, so dass eine Anpassung veranlasst gewesen sei. Dies habe dazu geführt, dass die Bewertung der Leistungen in diesem Bereich um 33 % im Rahmen des EBM 2008 angehoben worden sei. Andererseits sei es, um eine Kostenneutralität zu erreichen, auch unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragsstabilität notwendig gewesen, die Punktwerte im Strukturvertrag entsprechend zu reduzieren. Die Differenz der Punktwerte zwischen niedergelassenen und ermächtigten Radiologen resultiere aus den hohen Fixkosten der niedergelassenen Ärzte. Die Unterschiede lägen insbesondere bei den unterschiedlichen Voraussetzungen hinsichtlich der Investitionsfinanzierungen, die von ermächtigten Ärzten nicht zu tragen seien. Diese Differenzierung sei sachgerecht.

Hiergegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht München. Die kostenneutrale Umsetzung gehe überproportional zulasten der kleinen Gruppe ermächtigter Ärzte. Bei einer Aufwertung der Leistungen von 20 % im EBM sei eine Absenkung des Punktwertes um 41 % nicht sachgerecht. Im Quartal 1/07 sei ein Schein des Klägers durchschnittlich mit 703 EUR, im nur mit durchschnittlich 500 EUR zu bewerten gewesen. Für diese signifikante Schlechterstellung gäbe es keine Rechtsgrundlage. Die Argumente hinsichtlich der Investitionskosten

gingen ins Leere, da die Investitionsförderung im Freistaat Bayern seit 2008 für ambulant mitgenutzte strahlentechnische Anlagen nicht mehr gezahlt würde. Außerdem leide die Differenzierung an einem Begründungsmangel, da bereits in den Vorquartalen eine Differenzierung zwischen niedergelassenen und ermächtigten Radiologen vorgenommen wurde, diese jedoch ohne nähere Begründung beziehungsweise nur floskelhaft zum Verschärfte wurde. Was hieran "kostenneutrale Umsetzung" sei, bliebe völlig im Dunkeln. Eine ausreichende Begründung für die im Vergleich zu 2007 noch weitergehende Schlechterstellung gegenüber den niedergelassenen Strahlentherapeuten bleibe die Beklagte schuldig. Schließlich sei auch den Entscheidungen des Bundessozialgerichts mit den Aktenzeichen [B 6 KA 30/03 R](#) und [B 6 KA 46/07 R](#) zu entnehmen, dass Leistungen im niedergelassenen Bereich und Leistungen in einem Krankenhaus nicht unterschiedlich vergütet werden dürften. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern seien gewaltig. Dabei sei der Punktwert für ermächtigte Radiologen in Bayern mit am niedrigsten. Seit dem 1. Quartal 2009 würden strahlentherapeutische Leistungen von ermächtigten und niedergelassenen Ärzten mit einem Punktwert von 3,9 Cent gleich hoch vergütet.

Die Beklagte sieht in der Vergütung von 2,3 Cent eine für sie gebundene Entscheidung, da der Nachtrag 24 zum Gesamtvertrag, die Rechtsgrundlage für die begehrten Leistungen, nur einen Anspruch in dieser Höhe vorsehe. Die streitgegenständliche Bestimmung könne durch den Vertragsarzt ohnehin nicht angefochten werden. Außerdem sei die vorgenommene Differenzierung zwischen niedergelassenen und ermächtigten Ärzten sachgerecht, da der niedergelassene Arzt erhebliche Investitionskosten zu tragen hätte und seine Einnahmen zudem im Gegensatz zu den Einnahmen eines ermächtigten Radiologen existenzsichernd sein müssten.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 04.05.2011 abgewiesen. Die Zulässigkeit der Klage könne nicht deshalb in Zweifel gezogen werden, weil Vereinbarungen zwischen der Beklagten und den Kassen zum Prüfungsgegenstand gehörten. Denn es handle sich nicht um die Überprüfung der Höhe der Gesamtvergütung, sondern um die Überprüfung der in Vereinbarungen festgelegten Punktwerte. Im Rahmen der Überprüfung der angefochtenen Bescheide habe durch die Gerichte daher eine inzidente Prüfung der den Bescheiden zu Grunde liegenden Vereinbarungen zu erfolgen. Die angefochtenen Bescheide seien jedoch sowohl formell als auch materiell rechtmäßig. Ein Begründungsmangel ([§ 35 SGB X](#)) liege nicht vor, da nicht erforderlich sei, detailliert aufzuzeigen, weshalb der Punktwert bei den niedergelassenen und ermächtigten Radiologen unterschiedlich hoch liege. Ausreichend sei die Nennung der Rechtsgrundlage (Strukturvertrag) für die unterschiedlichen Punktwerte. Der Bescheid sei auch materiellrechtlich nicht zu beanstanden. Ein Anspruch auf höhere Vergütung könne nicht auf [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) gestützt werden, da es sich bei der Formulierung "angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen" lediglich um ein objektiv-rechtliches Gebot, das keineswegs subjektive Rechte begründe, handle. Die Festlegung von Punktwerten für strahlentherapeutische Leistungen stehe im Zusammenhang mit den Regelungen im EBM 2008, in denen es zu einer Höherbewertung strahlentherapeutischer Leistungen wegen Neubeurteilung der Praxiskosten gekommen sei. Es sei nicht zu beanstanden, dass unter dem Grundsatz der Beitragsstabilität im Zuge der Umsetzung der EBM-Änderung die Höhe der Punktwerte überprüft und neu festgesetzt worden sei. Die Vereinbarungen, auch die Höhe der Festlegung der Punktwerte, stellten eine komplexe Materie dar, deren Auswirkungen sich nicht in allen Einzelheiten übersehen ließen. Deshalb sei den Partnern der Vereinbarungen ein Erprobungs- und Beurteilungsspielraum zuzumessen, so dass zumindest im 1. Quartal 2008 die vorgenommene Regelung rechtlich nicht zu beanstanden sei. Die Neuregelung ab dem Quartal 1/09 (gleicher Punktwert für ermächtigte und niedergelassene Radiologen) belege vielmehr, dass die Partner der Vereinbarung ihren Beobachtungs- und Reaktionsverpflichtungen nachgekommen seien. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei auch unter Berücksichtigung eines weiten Gestaltungsspielraums der Vertragsparteien nicht verletzt. Im Hinblick auf [Art. 3](#) Grundgesetz sei als sachlicher Grund für die Differenzierung die unterschiedliche Kostenlast im niedergelassenen Bereich und im Bereich der ermächtigten Radiologen zu berücksichtigen. Die Praxiskosten, darunter insbesondere hohe Investitionskosten für Großgeräte, seien im niedergelassenen Bereich von den Praxen selbst zu tragen. Im Gegensatz dazu seien ermächtigte Ärzte dadurch zumindest nicht direkt belastet, auch wenn diese in der Regel an den Klinikträger je nach Vereinbarung einen Teil davon abführen müssten. Das Kostenrisiko würde aber beim Klinikträger liegen. Ein sachlicher Grund für eine Differenzierung läge auch darin, dass der ermächtigte Arzt kein unternehmerisches Risiko tragen müsse. Er sei in erster Linie als angestellter Arzt im stationären Bereich tätig und erziele darüber hauptsächlich seine Einkünfte. Diese Unterschiede rechtfertigten die Festsetzung unterschiedlicher Punktwerte. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts zur Frage der Vergütung von Notfallbehandlungen im Krankenhaus sei auf den vorliegenden Fall nicht anzuwenden. Zum einen gehe es hier nicht um Notfallbehandlungen, zum anderen sei der dort betroffene Krankenhausträger ebenfalls Kostenträger. Die hier streitige Regelung halte sich innerhalb des Gestaltungsspielraums des Normgebers. Je nach individueller Vereinbarung des ermächtigten Arztes mit dem Krankenhausträger (50 - 80 % abgeführter Kosten) verblieben beim ermächtigten Arzt Punktwerte zwischen 0,46 Cent und 1,15 Cent, im Mittel demnach 0,08 EUR. Dieser Wert entspräche nach Abzug von 80 % Kosten dem der niedergelassenen Radiologen. Insofern sei eine Willkür bei der Festlegung des Punktwertes für strahlentherapeutische Leistungen, erbracht von ermächtigten Ärzten, nicht ersichtlich.

Die hiergegen zum Bayerischen Landessozialgericht eingelegte Berufung wiederholt und vertieft im Wesentlichen die bisher vorgebrachten Argumente. Die Differenz sei nach wie vor nicht erläutert, insbesondere läge die realistische Abgabequote bei Chefärzten bei ca. 80 - 85 % und nicht bei 50 - 80 %. Eine Honorierung, die unabhängig von der Mengenentwicklung von vornherein ermächtigten Ärzten niedrigere Punktwerte zugestehende, sei rechtswidrig. Der Gleichbehandlungsgrundsatz sei verletzt. Entgegen der Auffassung des SG sei auch eine Erprobungsphase nicht anzunehmen, da wegen des festen Punktwertes keine Auswirkungen einer Mengenentwicklung zu erwarten waren. Früher habe die Differenz 20 % betragen, ab dem Quartal 1/09 seien die Leistungen gleich hoch vergütet, hinreichende Gründe für eine Differenzierung in 1/08 lägen nicht vor.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 04.05.2011 und den Honorarbescheid der Beklagten vom 09.07.2008 für das in Gestalt des Widerspruchsbereiches vom 18.02.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut über den Honoraranspruch des Klägers zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie vertritt weiterhin die Auffassung, die Differenzierung sei durch die unterschiedliche Kostenbelastung gerechtfertigt. Die Rechtsprechung des BSG belege, dass es eine Differenzierung der Punktwerte zwischen ermächtigten und niedergelassenen Ärzten grundsätzlich für zulässig erachte. Die von dem Kläger vorgelegte Kostenstrukturanalyse (Anlage 7) beziehe Parameter ein, die vorliegend keine Berücksichtigung finden dürften. Denn dort würden pauschal Durchschnittsgehälter für einen Personalstock berücksichtigt, die der Krankenhausträger und nicht der ermächtigte Radiologe zu tragen habe. Diese spielten nur in dem abzuführenden Honoraranteil eine Rolle. Auch die Bedeutung des

unternehmerischen Risikos hätten die Vertragsparteien als sachlich begründetes Differenzierungskriterium im Rahmen ihres Gestaltungsspielraums berücksichtigen dürfen. Dieses sei ein prägendes Merkmal des niedergelassenen Arztes und entfele regelmäßig bei dem ermächtigten angestellten Krankenhausarzt. Dessen wirtschaftliches Risiko sei maximal auf den Umfang des Anteils der von ihm erwirtschafteten Honorare, die er nicht weiterleiten müsse, beschränkt. Er könne im laufenden Geschäft - anders als ein niedergelassener Radiologe - keinen Verlust machen. Die Beklagte könne nur die aufgrund des Vertrages verbindlich festgelegten Vergütungsbeträge für die infrage stehenden strahlentherapeutischen Leistungen an die betreffenden Ärzte weitergeben. Eine von der gesamtvertraglich festgelegten abweichende Vergütung im Rahmen der Honorarverteilung sei danach ausgeschlossen. Entgegen der Auffassung des Klägers vertrete er die Auffassung des BSG in der Entscheidung vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - davon aus, dass - bezogen auf die Gruppe der ermächtigten und niedergelassenen Ärzte - von vornherein unterschiedliche Verhältnisse vorlägen, die differierende Vergütungsregelungen rechtfertigen könnten. Zudem sei auszuführen, dass die ab dem Quartal 1/09 geltende identische Vergütung der ermächtigten und der niedergelassenen Radiologen durch eine grundlegende Änderung der gesetzlich geregelten Vergütungssystematik bedingt sei. Wesentliches Element des neuen Vergütungssystems sei die Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen in Euro, wobei auch auf regionaler Ebene nach [§ 87 a Abs. 2 S. 4 SGB V](#) nicht nach Arztgruppen und Kassenarten differenziert werden dürfe.

Die Vertreter der Beigeladenen zu 1) schließen sich dem Antrag der Beklagten an.

Nach ihrer Auffassung sei die Höhe der Abgabe an das Krankenhaus unbeachtlich, da dies ausschließlich Sache der dortigen Vertragspartner sei. Ansonsten wäre das Verhandlungsgeschick des Chefarztes ausschlaggebend für die Höhe der vertraglich zwischen der Beigeladenen zu 1) und der Beklagten vereinbarten Punktwerte.

Die übrigen Beigeladenen haben keine Anträge gestellt und sich auch nicht geäußert.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten des Beklagten und des Sozialgerichts. Auf den Inhalt der beigezogenen Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) ist zulässig, aber nicht begründet. Der im Hinblick auf die Höhe der Punktwerte für von ermächtigten Ärzten erbrachten strahlentherapeutischen Leistungen angefochtene Honorarbescheid begegnet keinen rechtlichen Bedenken, denn der Kläger hat keinen Anspruch auf einen höheren Auszahlungspunktwert als 2,3 Cent.

Wie das SG zu Recht festgestellt hat, hat eine Überprüfung der dem Honorarbescheid zu Grunde liegenden Vereinbarungen inzident im Rahmen der Klage zu erfolgen. Grundlage für die Vergütung der strahlentherapeutischen Leistungen im Quartal 1/2008 sind [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit Nrn. 1 a, Nr. 2 I des 2. Abschnitts HVV, Anlage A - Anlage 4, Abschnitt I Nr. 2.12 zum 24. Nachtrag zum Gesamtvertrag (beziehungsweise 2.13 des 27. Nachtrags mit den Betriebskrankenkassen). Nach dieser Regelung werden die Leistungen nach den GOP 25210 - 25342 EBM (Strahlentherapie) außerhalb der Gesamtvergütung mit einem festen Punktwert für ermächtigte Ärzte/Einrichtungen von 2,3 Cent vergütet. Ein darüber hinausgehender Anspruch besteht nicht. Insoweit wird auf die zutreffenden Ausführungen des SG verwiesen.

Der Kläger kann keine höhere Vergütung mit dem Argument verlangen, der Gleichbehandlungsgrundsatz sei verletzt. Zum einen handelt es sich hierbei um vertragliche Regelungen, die eine Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung mit einem höheren Punktwert gewährleisten, als der Kläger ihn innerhalb der Gesamtvergütung erhalten würde. Die Vertragspartner haben hierbei einen weiten Gestaltungsspielraum, der nur eingeschränkt gerichtlich überprüfbar ist. Die Festsetzung der Punktwerte mit 2,3 Cent für ermächtigte und 4 Cent für niedergelassene Vertragsärzte hält sich innerhalb dieses Gestaltungsspielraums. Das BSG hat es in dem immer wieder zitierten Urteil vom 20.10.2004, [B 6 KA 30/03 R](#), für zulässig erachtet, dass zwischen ermächtigten und zugelassenen Ärzten differenziert wird, wenn dies sachlich begründet ist. Dies ist vorliegend der Fall. Der unterschiedlichen Bewertung liegen insbesondere Kostenerwägungen zu Grunde. Die Beklagte verweist zu Recht auf die erheblich höheren Investitionskosten des niedergelassenen Arztes, während der ermächtigte Arzt auf die vorhandenen Strukturen des Krankenhauses zurückgreifen kann. Auch wenn der ermächtigte Arzt regelmäßig mit dem Krankenhausträger vertraglich eine Kostenabgabe für die Benutzung der Infrastruktur des Krankenhauses vereinbart, so sind dies doch Kosten, die erst dann anfallen, wenn der ermächtigte Arzt seiner Ermächtigung entsprechende Leistungen erbringt, er ist aber nicht zur Vorleistung verpflichtet wie der niedergelassene Arzt. Dementsprechend ist sein Kostenrisiko im Gegensatz zu dem des niedergelassenen Arztes sehr gering, wenn überhaupt vorhanden.

Das vom Kläger zitierte Urteil des BSG zu Notfallbehandlungen (B 6 KA 46/07R) führt zu keiner anderen Beurteilung. In diesem Urteil hatte das BSG eine unterschiedliche Vergütung von Notfallbehandlungen im Krankenhaus und durch zugelassene Vertragsärzte für nicht zulässig erachtet. Dort war jedoch das Krankenhaus im Gegensatz zum hier klagenden ermächtigten Arzt selbst Kostenträger, so dass schon insofern eine Vergleichbarkeit der Situation nicht gegeben ist.

Das SG hat auch zutreffend festgestellt, dass die Festsetzung der Punktwerte zumindest für das unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung rechtlich nicht zu beanstanden ist. Zwar war eine Beobachtung des Punktwertes als solches nicht erforderlich, da dieser feststand, jedoch waren die strahlentherapeutischen Leistungen in ihrer Gesamtheit im EBM zum höher bewertet worden. Diese Höherbewertung bezog sich aber nicht einheitlich im Sinne einer gleichmäßigen Erhöhung auf sämtliche betroffene strahlentherapeutische Ziffern, vielmehr wurden einige Ziffern, zum Beispiel die von der Kläger sehr häufig abgerechnete Ziffer 25321 um fast 50 % erhöht, während andere (zum Beispiel Zuschlagsziffern) niedriger bewertet wurden. Aufgrund der unterschiedlichen Höherbewertung einzelner Leistungsziffern war es der Beklagten zuzugestehen, zunächst abzuwarten, wie sich dies auf die Honorarhöhe der wenn auch kleinen Gruppe der ermächtigten Strahlentherapeuten insgesamt auswirkte. Denn je nach abgerechneten Leistungsziffern wäre es trotz erheblicher Absenkung des Punktwertes im Vergleich zum Quartal 4/07 durchaus denkbar gewesen, dass die Gesamthonorierung der ermächtigten Ärzte einer starken Veränderung nach oben oder unten unterlegen hätte. So hat der Kläger beispielsweise die GOP 25321 im 1711 mal abgerechnet. Im Quartal 4/07 hätte er bezogen nur auf diese Leistung bei einem Punktwert von 4 Cent 37.299,80 EUR erhalten, im bei einem niedrigeren Punktwert von 2,3 Cent jedoch sogar 39.549,77 EUR. Allerdings sind die Zuschlagsziffern zu dieser GOP im niedriger bewertet worden, so dass im Zusammenspiel der GOPs je nach Abrechnungsvolumen durchaus niedrigere Vergütungen für die gleiche

Leistung denkbar sind. Die Auswirkungen dieses Zusammenspiels zwischen Höher- und Niedrigerbewertung auf die Honorarhöhe insgesamt konnten die Vertragspartner nicht im Einzelnen abschätzen. Zudem sollte sich die Höherbewertung der EBM-Ziffern kostenneutral auf den Strukturvertrag auswirken, was insbesondere dem elementaren Grundsatz der Beitragsstabilität geschuldet war. Von daher war der Beklagten eine angemessene Beobachtungszeit in jedem Fall für das hier streitige, aber darüber hinaus auch für eine begrenzte Anzahl weiterer Quartale zuzugestehen.

Schließlich kann der Kläger nicht im Hinblick auf die Angemessenheit der Vergütung ein höheres Honorar beanspruchen. Das BSG hat in Urteilen vom 09.12.2004 (u.a. [B 6 KA 44/03 R](#) im Einzelnen ausgeführt, nach welchen gesetzlichen und verfassungsrechtlichen Grundsätzen die Angemessenheit der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen zu beurteilen ist. Das BSG hat dabei zunächst an seiner Rechtsprechung festgehalten, dass aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar erst dann in Betracht kommt, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#)). Auch unmittelbar aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) ergibt sich kein wesentlich weitergehender Vergütungsanspruch. Denn in diesem Zusammenhang ist ein Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen der Vertragsärzte und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten vorzunehmen. Dieser Ausgleich ist erst dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert, wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#), Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 19. April 2006 - [L 1 KA 10/03](#) -, juris). Derartige Voraussetzungen liegen hier nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) iVm. [§ 154 Abs. 1 und 2 VwGO](#).
Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor, [§ 160 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2014-07-17