

S 11 KA 369/03

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

11

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 11 KA 369/03

Datum

22.12.2004

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zur Überprüfung von Strukturverträgen nach § 73 a SGB durch die Sozialgerichte; 2. Bei der Festlegung der Rahmenbedingungen von Strukturverträgen nach [§ 73 a SGB V](#) haben die Vertragspartner einen weiten Gestaltungsspielraum und sind bei der Ausgestaltung der Förderung des ambulanten Operierens nur durch die sich aus dem Ziel und Zweck der Förderung ergebenden Grundsätze gebunden; Dabei darf in beschränktem Umfang auch die kassenärztliche Verteilungsautonomie auf die Ärzte des Praxisverbundes übertragen werden (vgl. Schirmer in VSSR 5/98 S. 289); 3. Zur Zulässigkeit einer Regelung im Strukturvertrag, wonach die Pauschale für den Operateur sowohl die operative Leistung als auch die postoperative Nachbetreuung umfasst.

I. Die Klagen werden abgewiesen.

II. Die Kläger tragen die Verfahrenskosten.

Tatbestand:

Die Kläger nehmen als Fachärzte für Anästhesiologie mit Vertragsarztsitz in S. an der vertragsärztlichen Versorgung teil und begehren höhere Honorare für die Quartale IV/01 bis einschließlich III/02 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen.

Im Jahr 2001 erfolgte aufgrund der Anlage A zur Anlage 1 des Gesamtvertrages zwischen der Beklagten und der AOK Sachsen die Förderung krankenhauersetzender, ambulanter Operationsleistungen über die Pseudo-GOP 9601 mit einem Betrag von 30,00 DM. Danach erfolgte der Anästhesiezuschlag als Zuschlag für die ambulante Durchführung von Anästhesien/Narkosen nach Nr. 462 EBM.

Im Bereich der Ersatzkassen galt in den Quartalen I/01 bis einschließlich III/01 noch der Strukturvertrag über die strukturelle und finanzielle Förderung des ambulanten Operierens vom 04.11.1998 (vgl. Schiedsspruch vom 22.03.2002 über den Vertragsinhalt für 2001, Ziff. 2.7.1). Die Vereinbarung definierte in Abschnitt V den Katalog ausgewählter ambulant-operativer Leistungen. Anästhesieleistungen nach der GO-Nr. 90 EBM wurden mit der Pseudo-GOP 9601 in Höhe von (vorläufig) 15,00 DM vergütet.

Mit Wirkung zum 01.10.2001 schloss die Beklagte mit den beigeladenen Ersatzkassenverbänden den Strukturvertrag nach [§ 73 a SGB V](#) über die strukturelle und finanzielle Förderung des ambulanten Operierens (Strukturvertrag). Dabei verfolgten die Vertragspartner nach Abschnitt I, Ziff. 1 das gemeinsame Ziel, das ambulante Operieren dergestalt zu fördern, dass Leistungen, die mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind – soweit medizinisch indiziert – durch ambulante Operationen ersetzt werden. Die Teilnahmebedingungen und Regelungen zur Qualitätssicherung im Abschnitt IV des Strukturvertrages weisen darauf hin, dass an dem Vertrag die ambulant operierenden niedergelassenen Vertragsärzte sowie Ärzte aus ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) teilnehmen können (Ziff. 1). Voraussetzung für die Teilnahme an der Vereinbarung ist die Erteilung der Genehmigung zum ambulanten Operieren durch die Beklagte (Abschn. IV Ziff. 3 Satz 1). Abschnitt V des Strukturvertrages regelt die Leistungen/Vergütung. Danach ist Gegenstand der Vereinbarung der als Anlage 1 definierte Katalog von ausgewählten ambulant-operativen Leistungen (gekürzte Leistungsbeschreibung, anzusetzende Pseudo-GO-Nrn. und Betrag in DM sowie in Euro, Abschn. V Ziff. 1 Satz 1). Die Leistungen werden nach Abschn. V Ziff. 2 mittels Pauschalen vergütet, die sich zusammensetzen aus: Punktzahl, bewertet mit 7 Dpf./Pkt., einem Förderbetrag sowie ggf. einer Pauschale für die notwendigen Sachkosten (Satz 1). Die Vergütung erfolgt nach Abschn. V Ziff. 3 außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Nach Abschn. V Ziff. 4 umfasst die Pauschale die operative Leistung sowie die postoperative Nachbetreuung des Patienten in der Aufwachphase. Die in der jeweiligen Pauschale enthaltenen ärztlichen Leistungen und Sachkosten können nach Abschn. V Ziff. 5 vom Operateur bzw. vom Anästhesisten grundsätzlich nur einmal im Behandlungsfall in Ansatz gebracht werden (Satz 1). Ein erneuter Ansatz ist entsprechend zu begründen (Satz 2). In der Anlage 1 zum Strukturvertrag vom 01.10.2001 ist die Pseudo-GOP 90A definiert als "Anästhesiezuschlag, nur in Verbindung mit nachfolgend aufgeführten OP" und einer Gesamtpauschale von 120,00 DM bzw. 61,36 EUR. In

den Abrechnungshinweisen ist hierzu aufgeführt, dass neben der Pseudo-GO-Nr. 90A eine Abrechnung nach den EBM-Ziffern 80 bis 87, 90 sowie 63 bis 66 ausgeschlossen ist. Die vertragliche Anmerkung zum Kapitel B IV EBM gelte entsprechend.

Mit Honorarbescheid vom 25.04.2002 vergütete die Beklagte Honoraransprüche der Kläger für das 4. Quartal 2001 (IV/01) mit einem Gesamthonorar von 122.165,26 EUR. Die Beklagte wandte dabei wie auch in den Folgequartalen, die zum 01.07.1997 in Kraft getretenen Regelungen des "Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen" (EBM) an. Grundlage der Honorarermittlung war der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten vom 29.11.2000 in der Fassung vom 30.03.2001 (KVS-Mitteilungen, Heft Nr. 6/2000, Heft Nr. 4/2001). Danach erfolgte die Honorarverteilung getrennt nach Primär- und Ersatzkassen (§ 2 Satz 2 HVM), wobei nach Vornahme bestimmter Abzüge und Rückstellungen (§ 2 Abs. 1, Abs. 2 HVM) die Gesamtvergütung für den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich auf Fonds aufgeteilt wird (§ 3 HVM). Die Gesamtvergütung wird entsprechend § 85 Abs. 4 und 4a SGB V bzw. entsprechend den hierzu ergangenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung verteilt (§ 3 Satz 1 HVM). Der auf den Bereich der fachärztlichen Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtvergütung wird nach Maßgabe des § 5 HVM nach Vornahme bestimmter Abzüge auf 10 Facharztfonds für die der Praxisbudgetierung unterliegenden Facharztgruppen sowie auf 5 Fonds zur Vergütung der nicht budgetierten Arztgruppen verteilt (§ 5 Abs. 3 HVM). Die Honorarberechnung im Quartal IV/01 erfolgte auch im Bereich des ambulanten Operierens auf der Basis von Punktwerten in Höhe von 6,85 DPF im Ersatzkassenbereich und 4,71 DPF im Primärkassenbereich. Im Praxisbudget der Kläger wurde eine Quote von 91,994 % vergütet. Im beiliegenden Schreiben teilte die Beklagte den Stand der Verhandlungen zur Gesamtvergütung mit den Primärkassen für das Jahr 2004 mit. Die Anlagen zur Gesamtvergütung mit der IKK und der AOK befanden sich im Unterschriftenverfahren. Vorbehaltlich einer etwaigen Einigung der Vertragspartner wurde mitgeteilt, dass von Seiten der AOK Sachsen im Bereich des ambulanten Operierens die Förderung nach Anlage A wegfalle. Gleiches gelte für die Förderung des ambulanten Operierens durch die IKK Sachsen.

Die Kläger haben mit Schreiben vom 23.05.2002 hiergegen Widerspruch eingelegt und zur Begründung ausgeführt, der Honorarbescheid beruhe auf einem Strukturvertrag, der sei-nerseits gegen geltendes Recht verstoße. Der Strukturvertrag verletze den festgeschriebenen und im Grundgesetz verankerten Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit. Im Rahmen des Strukturvertrages sei eine Förderung der Leistungs- und Zuschlagsziffern für Leistungen der Operateure vereinbart. Für anästhesiologische Leistungen sei lediglich die Förderung der Zuschlagsziffer geregelt und von einer Förderung der Leistungsziffern 462 und 463 abgesehen worden. Des Weiteren sei die postoperative Betreuung (EBM-Ziffern 63 ff.) unzulässigerweise der Operationspauschale des Operateurs zugeordnet worden. Die postoperative Betreuung werde dem Berufsbild des Anästhesisten entsprechend von diesem und nicht vom Operateur gewährleistet und vorgenommen. Darüber hinaus gerate der Operateur im Rahmen der Abrechnung in eine nicht gerechtfertigte Zwangslage, denn er muss, um den aus den Ziffern 63 ff. und aufgrund der Leistung tatsächlich bestehenden Honoraranspruch einer späteren innerärztlichen Verrechnung zuzuführen, erklären, dass im Falle der Erbringung der Leistung nach den Nrn. 63 bis 69 durch mehrere Ärzte eine Vereinbarung darüber getroffen worden ist, nach der nur von ihm allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung erbracht werden. Die Rechtswidrigkeit folge des Weiteren aus der teilweisen Nichtvergütung der postoperativen Betreuungszeit bzw. aus der definitiven Festlegung dieser für die geförderte Operation. Damit werde auf rechtswidrige Weise in die Therapiefreiheit des behandelnden Arztes eingegriffen. In einem persönlichen Gespräch des Klägers zu 1. vom 04.04.2002 mit einer Mitarbeiterin der Abteilung Abrechnung der Bezirksstelle (Frau M.) sei zugesichert worden, dass die postoperative Betreuung von Katastraktpatienten, die im Strukturvertrag nicht enthalten sei, weiter von der Beklagten vergütet werde. Die Kläger seien letztlich auch allein aufgrund dieser Zusicherung dem Strukturvertrag beigetreten. Diese Zusicherung sei ca. 4 Wochen nach ihrer Erteilung durch Frau M. widerrufen worden. Darüber hinaus habe die vereinbarte rückwirkende Teilnahme am Strukturvertrag zu Nachteilen geführt. So konnten lediglich die Behandlungsfälle rückwirkend angepasst werden, die von der Bezirksstelle von der Honorarabrechnung für das 4. Quartal 2001 zurückgegeben worden sind. Daneben existiere eine Anzahl von Behandlungsfällen, die nicht an den Strukturvertrag angepasst werden konnten.

Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 02.04.2003 zurückgewiesen. Sie verweist auf die Bedingungen zur Teilnahme und Abrechnung entsprechend des Strukturvertrages. Danach werden die aufgenommenen Leistungen als Gesamtpauschalen vergütet, die u.a. die operativen Leistungen (inklusive Zuschläge), ggf. die Pauschalen für die notwendigen Sachkosten sowie die postoperative Nachbetreuung des Patienten in der Aufwachphase beinhalten. Die Beklagte verweist ferner auf die Abrechnungshinweise, wo u.a. aufgeführt ist, dass die vertragliche Anmerkung zu Kap. B IV EBM entsprechend gelte. Sollte danach die in der jeweiligen Operationspauschale enthaltene postoperative Betreuung (Nrn. 63 bis 66) von anderen Leistungserbringern, bzw. vom Anästhesisten, erbracht werden, so sei eine innerärztliche Verrechnung durchzuführen, da die vorgesehene Vergütung in jedem Fall dem Operateur im Rahmen der Pauschale ausgezahlt werde.

Mit Honorarbescheid vom 25.07.2002 vergütete die Beklagte Honoraransprüche der Kläger für das 1. Quartal 2002 (I/02) mit einem Gesamthonorar von 161.086,86 EUR. Grundlage der Honorarermittlung für die Quartale I/02, II/02 und III/02 war der HVM der Beklagten vom 24.11.2001 (KVS-Mitteilungen Nr. 12/2001). Die Honorarverteilung erfolgte weiterhin getrennt nach Primär- und Ersatzkassen nach den Grundsätzen der Praxisbudgetierung. Die Honorarberechnung erfolgte auf der Grundlage von Punktwerten in Höhe von 2,89 Cent im Ersatzkassenbereich und 2,34 Cent im Primärkassenbereich. Im Praxisbudget erfolgte die Vergütung einer Quote von 73,630 %. In dem begleitenden Schreiben vom 25.07.2002 verweist die Beklagte darauf, dass zwischen der Beklagten und der AOK Sachsen nach wie vor das Teilbudget für das ambulante Operieren strittig sei. Auch mit der IKK Sachsen sei noch keine Einigung zur Anlage 1 zum Gesamtvertrag erzielt worden. Nachdem es von Seiten der AOK Sachsen und der IKK Sachsen positive Signale gegeben habe, den Paradigmenwechsel von der Förderung einzelner ambulanter Operationen zur Vergütung der Leistungen des kompletten Kataloges "Ambulantes Operieren" über die Zahlung eines festen, gestützten Punktwertes mitzugehen, sei dies nunmehr nicht als gesichert anzusehen. Die Leistungen des ambulanten Operierens werden bis auf weiteres für die beiden Krankenkassen mit dem Punktwert der jeweiligen Honorargruppe vergütet.

Die Kläger haben hiergegen mit Schreiben vom 20.08.2002 Widerspruch eingelegt und zur Begründung, wie schon im Vorquartal, auf die ihrer Meinung nach gegebene Rechtswidrigkeit des Strukturvertrages verwiesen. Ferner sei die Löschung der GOP 9601 bei den Primärkassen in 663 Fällen sachlich und rechtlich nicht gerechtfertigt. Die Kläger rügen in formeller Hinsicht die mangelnde Begründung der Nichtvergütung dieser Gebührenposition. Die Ausführungen im Begleitschreiben vom 25.07.2002 genügten nicht den Erfordernissen einer ordnungsgemäßen Begründung. Die Beklagte hat den Widerspruch zurückgewiesen (Widerspruchsbescheid vom 14.05.2003). Zur Streichung der Pseudo-GOP 9601 im Bereich der Primärkassen in 663 Fällen führt die Beklagte aus, dass ab dem Quartal I/02 für den Bereich der AOK und IKK keine Vereinbarung zur Förderung des ambulanten Operierens bestehe. Die abgerechnete Pseudo-GOP 9601 sei mit dem Änderungsgrund UG 004, "Die GO-Nr. ist bei der Kasse nicht zulässig" automatisch korrekt gestrichen worden. Über den Wegfall

der Förderung sei im Begleitschreiben zum Honorarbescheid IV/01 in-formiert worden. Die Beklagte verwies darauf, dass entsprechend der Gesamtvergütungs-vereinbarung (Stand 29.01.2003) zur Förderung des ambulanten Operierens außerbudgetär im Zeitraum I/02 bis I/03 im Bereich der AOK eine Vergütung über einen zusätzlichen Differenzpunktwert erfolge. Im Bereich der IKK Sachsen verwies die Beklagte auf das Begleitschreiben zum Honorarbescheid II/02, in dem die Nachvergütung mit einer zusätz-lichen Stützung pro Punkt erläutert sei.

Mit Honorarbescheid vom 28.10.2002 vergütete die Beklagte Honoraransprüche der Klä-ger für das 2. Quartal 2002 (II/02) mit einem Gesamthonorar von 135.545,50 EUR. Mit der Abrechnung erfolgte auch eine Nachvergütung für ambulantes Operieren durch die IKK 2002/1 (Buchungsnummer 722). Grundlage der Honorarvergütung waren Punktwerte in Höhe von 2,70 Cent im Bereich der Ersatzkassen und 2,09 Cent im Bereich der Primärkas-sen. Im Praxisbudget wurden 71,231 % honoriert. Im Begleitschreiben vom 22.10.2002 berichtet die Beklagte, dass die IKK Sachsen ab dem Quartal I/02 für das ambulante Ope-rieren ca. 75.000 Euro zusätzlich zur Verfügung stelle. Es seien noch Leistungen des am-bulanten Operierens der AOK Sachsen für das Jahr 2001 ausstehend.

Gegen die Honorarberechnung für das Quartal II/02 haben die Kläger mit Schreiben vom 22.11.2002 Widerspruch eingelegt und sich zur Begründung auf die Rechtswidrigkeit des Strukturvertrages im Bereich der Ersatzkassen berufen. Ferner sei die Löschung der GOP 9601 bei den Primärkrankenkassen in 680/679 Fällen sachlich und rechtlich nicht gerecht-fertigt. Auch halte die erfreuliche Förderung des ambulanten Operierens durch die IKK Sachsen einer rechtlichen Überprüfung nicht stand, da sie zum einen mangels Nennung der entsprechenden Vertragsgrundlage zweifelhaft sei, zum anderen Rechtmäßigkeitsbedenken in formeller Hinsicht, insbesondere hinsichtlich des Verteilungsmodus bestehen. Schließ-lich werde mit der Honorierung durch die Punktwerte von 2,09 Cent im Primärkassenbe-reich und 2,70 Cent im Ersatzkassenbereich dem Erfordernis einer angemessenen Vergü-tung nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen und der verfassungsrechtlich durch [Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG](#) geschützte Anspruch, aus vertragsärztlicher Tätigkeit kostende-ckende Einnahmen zu erzielen, nicht erfüllt. Zur Begründung verweisen die Kläger auf Urteile des SG Magdeburg (vom 19.09.2001, [S 7 KA 444/00](#) und vom 04.07.2001, [S 17 KA 222/99](#)) und des SG Hannover (Urteil vom 20.03.2002, [S 109 KA 1082/98](#)). Die Beklagte hat den Widerspruch zurückgewiesen (Widerspruchsbescheid vom 14.05.2003). Zur Höhe der ausgewiesenen Punktwerte verwies die Beklagte darauf, dass der seit dem Quartal I/00 eingetretene Punktwertverlust bei den fachärztlichen Honorargruppen haupt-sächlich auf die Umsetzung der GKV-Gesundheitsreform 2000 zurückzuführen sei, wo mit der Aufnahme des [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V bei der Verteilung der Gesamtvergütung die Tren-nung von haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich vorgegeben werde. Die genauen Kriterien für die Berechnung des hausärztlichen Versorgungsanteils seien vom Bewer-tungsausschuss (Beschluss im Deutschen Ärzteblatt, Heft 9 vom 03. März 2000) vorgege-ben, der von der KV umzusetzen gewesen sei. Die Beklagte habe sich mehrfach an die maßgeblichen Institutionen gewandt und auf die katastrophalen Auswirkungen der Geset-zesvorgaben hingewiesen. Für eine über die 10%-Regelung des [§ 5 Abs. 6 Satz 2 HVM](#) hinausgehende Stützungsmaßnahme stünden keinerlei Mittel zur Verfügung.

Mit Honorarbescheid vom 27.01.2003 vergütete die Beklagte Honoraransprüche der Klä-ger für das 3. Quartal 2002 (III/02) mit einem Gesamthonorar von 143.287,35 EUR. Grundla-ge der Honorarberechnung waren Punktwerte in Höhe von 3,37 Cent im Bereich der Er-satzkassen und 2,35 Cent im Bereich der Primärkassen. Die Vergütung erfolgte im Praxis-budget aufgrund einer Quote von 70,955 %. In dem ergänzenden Schreiben zum Honorar-bescheid vom 22.01.2003 führte die Beklagte aus, die Förderung der AOK zum ambulan-ten Operieren für das Jahr 2001 sei zur Auszahlung gelangt. Die Nachvergütung werde mit dem Honorarbescheid des Quartals IV/02 und einer Erläuterung zur Höhe der Nachvergü-tung erfolgen.

Hiergegen haben die Kläger mit Schreiben vom 24.02.2003 Widerspruch eingelegt und, wie schon zuvor, die Höhe der ausgewiesenen Punktwerte als nicht angemessen beanstan-det, den Strukturvertrag zwischen der Beklagten und den Verbänden der Ersatzkassen als rechtswidrig gerügt sowie die Streichung der Pseudo-GOP 9601 im Bereich der Primär-kassen bzw. den Verteilungsmodus der Förderung des ambulanten Operierens durch die IKK bemängelt. Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16.07.2003 zurückgewiesen.

Mit Honorarbescheid vom 28.04.2003 vergütete die Beklagte Honoraransprüche der Klä-ger für das 4. Quartal 2002 (IV/02) mit einem Gesamthonorar von 218.974,20 EUR. Der Ho-norarbescheid enthielt unter der Buchungs-Nr. 708 eine Gutschrift in Höhe von 29.765,74 EUR unter der Bemerkung "Ambulantes Operieren AOK 2001", sowie unter der Buchungs-Nr. 724 eine Gutschrift von 53.333,25 EUR mit der Bemerkung "Nachvergütung 2002 PK". In den Erläuterungen des Begleitschreibens vom 22.04.2003 gibt die Beklagte zu den Buchungs-Nrn. an, dass die Ziffer 708 die Nachvergütung für das ambulante Ope-rieren der AOK Sachsen 2001 und die Ziffer 724 die Nachvergütung der Quartale I/02 bis III/02 bei den Primärkassen enthalte. Zusammen mit der Honorarabrechnung für das Quartal IV/02 wurde den Klägern eine Erläuterung zur Nachvergütung der AOK Sachsen im Jahr 2001, bezogen auf die einzelnen Quartale, übersandt.

Mit Schreiben vom 17.05.2003 wandten sich die Kläger an die Beklagte und baten um Er-läuterung des Honorarbescheides IV/02. Die Grundlage bzw. die vertragliche Vereinba-rung zwischen der Beklagten und der AOK Sachsen sei nicht bekannt und damit die Nach-vergütung für sie nicht nachvollziehbar. Gänzlich unbekannt sei die GOP 9638 zu 55,00 DM als Nachvergütungsgrundlage 2001 und das Zustandekommen des Differenz-punktwertes und der Basispunkte für das Jahr 2002. Mit Schreiben vom 17.06.2003 erläu-terte die Beklagte die Grundlagen der Nachvergütung im Honorarbescheid IV/02. Die Nachvergütung erfolge entsprechend den Gesamtverträgen mit der AOK Sachsen für die Jahre 2001 bzw. 2002/2003. Hierzu waren dem Schreiben in der Anlage 1 Auszüge aus den Gesamtverträgen für den Zeitraum 01.01.2002 bis 31.12.2003 und 01.01.2001 bis 31.12.2001 beige-fügt. Daraus gehe hervor, dass für das Jahr 2001 zur Vergütung der Leis-tungen des ambulanten Operierens ein Teilbudget zur Verfügung gestellt wird um einen Punktwert von 7 DPf. zu erreichen. Für den Fall einer Überschreitung des Budgets sei eine Quotierung vorgesehen gewesen. Da dieser Fall eingetreten sei, habe sich ein Punktwert von "5,6834" DPf. ergeben. Im Jahr 2002 sei ein fester Betrag zur Förderung des ambulan-ten Operierens zur Verfügung gestellt worden. Dividiert man diesen durch die angefallenen förderungsfähigen Leistungen ergebe sich der entsprechende Differenzpunktwert. Die GO-Nr. 9638 sei eine Förderung von Kataraktoperationen (GO-Nr. 1353) im Jahr 2001. In der Anlage 2 erfolgt die Aufschlüsselung der Förderung auf einzelne GO-Nrn., wobei hier der Punktwert für die Nachvergütung im Jahr 2001 mit "5,9834" DPf. angegeben wurde.

Gegen die Honorarbescheide für die Quartale IV/01 bis einschließlich III/02 haben die Kläger am 30.04.2003 ([S 11 KA 369/03](#)), am 17.06.2003 ([S 11 KA 397/03](#) und [S 11 KA 398/03](#)) und am 18.08.2003 ([S 11 KA 640/03](#)) jeweils Klage erhoben. Die Ver-fahren wurden gemäß [§ 113 Abs. 1 SGG](#) durch Beschluss vom 24.11.2003 verbunden.

In der Begründung ihrer Klagen beanstanden die Kläger den Strukturvertrag im Bereich der Ersatzkassen als rechtswidrig. Infolge der

unterbliebenen Förderung der Leistungsziffern 462 und 463 EBM verstoße der Strukturvertrag gegen den Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit. Unzulässig sei die Zuordnung der postoperativen Betreuung gem. den Ziffern 63 ff. EBM zur Operationspauschale des Operateurs. Abschn. IV Ziff. 4 des Strukturvertrages entziehe dem Anästhesisten die Möglichkeit, die elementare Tätigkeit der postoperativen Betreuung abzurechnen. Dem Rechtsverstoß stehe auch nicht die Möglichkeit einer innerärztlichen Verrechnung entgegen. Der Mangel der Bezifferung der Höhe der innerärztlich zu verrechnenden Vergütung erweise sich als fehlerhaft. Die Übertragung der Verteilungskompetenz auf die beteiligten Ärzte sei unzulässig. Durch die Benachteiligung der Anästhesisten gegenüber den Operateuren werde der sich aus Art. 12 i.V.m. Art. 3 GG ergebende Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit verletzt. Durch die Zuweisung der Operationspauschale unter Einbeziehung der postoperativen Betreuung an den Operateur werde dem Anästhesisten willkürlich eine Rechtsposition entzogen, über die er bislang verfügt habe. Die Kläger machten somit nicht einen bislang nicht bestehenden Anspruch geltend, sondern wenden sich gegen die Streichung eines bisherigen Vergütungsanspruchs. Die Beklagte unterliege auch beim Abschluss eines Strukturvertrages den Grundsätzen rechtmäßigen Verwaltungshandelns. Nach den allgemeinen Abrechnungshinweisen der Beklagten müssten sich Operateur und Anästhesist einigen, ob sie an der Förderung teilnehmen oder nicht. Insbesondere sehe sich der Anästhesist veranlasst, am Strukturvertrag teilzunehmen, da er andernfalls, wenn der Operateur die Pauschale in Anspruch nimmt, nicht zusätzlich die Nrn. 63 bis 66 abrechnen könne. Danach sei unter Verstoß gegen § 73 a Abs. 1 Satz 5 SGB V die Freiwilligkeit nicht gewährleistet. Die Streichungen der Pseudo-GOP 9601 im Bereich der Primärkassen hielten einer Rechtmäßigkeitskontrolle nicht stand. Zu beanstanden sei zunächst die unzureichende Begründung. Die Informationen im Begleitschreiben zum Honorarbescheid IV/01 genügten nicht den Erfordernissen einer ordnungsgemäßen Begründung der Entziehung einer vormals bestehenden Rechtsposition. Die Begründung sei auch in der Folgezeit nicht nachgeholt worden. Zwar sei zwischenzeitlich eine Nachvergütung erfolgt. Hinsichtlich der aus den Gesamtvergütungsvereinbarungen folgenden Förderung des ambulanten Operierens über zusätzliche Differenzpunktwerte sei nicht ersichtlich, welche konkreten Verteilungsmaßstäbe diesen zugrunde liegen. Des Weiteren sei das Zustandekommen des Differenzpunktwertes und der Basispunkte für das Jahr 2002 nicht bekannt gegeben worden, so dass in Ermangelung von Nachweisen durch die Beklagte von einer Verletzung des Grundsatzes der Verteilungsgerechtigkeit ausgegangen werden müsse. Dasselbe gelte hinsichtlich der Nachvergütung im Bereich der IKK Sachsen. Die Kläger baten um Erläuterung der Anlage 1 zum Gesamtvertrag mit der AOK für den Zeitraum 2001, und dabei insbesondere zu den "nicht verbrauchten Fördermitteln aus der Anlage A der Jahre 1998 bis 2000". Rechtmäßigkeitsbedenken bestünden auch hinsichtlich der Nachvergütung bzgl. des Differenzpunktwertes von 5,6834 Dpf. bzw. 5,9834 Dpf. Die in der Anlage 2 aufgeführten Angaben zur Nachvergütung des ambulanten Operierens sei in weiten Teilen nicht korrekt, da die Zahlen zur Häufigkeit nicht mit der Abrechnung der Kläger übereinstimmen und auch die Werte der Gebührenordnungs-Nrn. nicht mit denen des EBM übereinstimmen. Die Abhängigkeit der Vergütung der anästhesiologischen Leistungen vom Abrechnungsverhalten des Operateurs stelle einen rechtswidrigen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der Kläger dar. Auch der Hinweis auf die Abrechnungsvorschrift zum Abschnitt B IV des EBM gehe fehl, da dort die Leistung von dem abgerechnet wird, der sie erbracht hat. Ein weiterer Mangel sei die fehlende Regelung zur Vergütung der postoperativen Betreuung von Kataraktpatienten, was den Klägern durch Frau M. zugesichert worden war. Die Kläger erläutern hierzu die mit Frau M. geführten Telefonate und den sich daraus ergebenden Schriftverkehr. Die Teilnahme am Strukturvertrag sei letztlich und maßgeblich durch die Aussagen von Frau M. hinsichtlich der Abrechnungsberechtigung der GOP 63 bis 66 motiviert gewesen. Die ausgezahlten Punktwerte würden einer angemessenen Vergütung nicht in ausreichendem Maße gerecht. Der durch Art. 12 GG geschützte Anspruch auf kostendeckende Einnahmen, wie er nach Ansicht des SG Magdeburg und SG Hannover aufgestellt wurde, werde nicht erfüllt. Mit den ausbezahlten Punktwerten komme es zu einer nicht einmal 50%igen Deckung der Vergütungsforderungen. Zum Nachweis legen die Kläger eine betriebswirtschaftliche Kalkulation einer sächsischen Anästhesiepraxis vor. Diese errechnet Personalkosten von jährlich 155.469,00 EUR, wobei ein Bruttogehalt für den Anästhesisten von 91.900,00 EUR veranschlagt wird. Die Anästhesieausgaben für die benötigten Geräte werden mit jährlich 69.562,00 EUR und die anästhesistspezifischen Kosten mit 26.657,20 EUR, insgesamt somit 251.517,20 EUR veranschlagt.

Die Kläger beantragen:

Die Bescheide der Beklagten vom 25.04.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.04.2003, vom 25.07.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2003, vom 28.10.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2003 und vom 27.01.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.07.2003 werden aufgehoben und die Beklagte verurteilt, den Klägern für die Quartale IV/01 bis einschließlich III/02 neue Honorarbescheide unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Klagen abzuweisen.

Sie führt aus, die Kläger hätten keinen Anspruch darauf, dass die Beklagte einen Strukturvertrag mit bestimmten Klauseln abschließt. Die Kassen hätten auf der im Vertrag enthaltenen Pauschale bestanden. Hätte die Beklagte in diesem Punkt nicht nachgegeben, wäre eine Förderung des ambulanten Operierens nicht zustande gekommen. Es handle sich bei der streitigen Pauschale um eine zusätzliche Förderung, die ihre Grundlage in dem mit den Kassen abgeschlossenen Vertrag hat. Es sei anzumerken, dass die postoperative Betreuung vorher nicht gefördert wurde. Hielten die Kläger den Strukturvertrag für rechtswidrig, stehe ihnen keine Rechtsgrundlage für eine über den üblichen Punktwerten liegende Vergütung zur Seite. Die Beklagte erläutert die Vertragshistorie der Förderung durch die AOK, die IKK und die BKK. Der Strukturvertrag nehme den Klägern nicht das Recht, die postoperative Betreuung nach EBM abzurechnen. Eine Förderung sei dann jedoch nicht möglich. Ist der Operateur nicht zum Verzicht auf die Pauschale bereit und will den anästhetischen Anteil nicht auskehren, solle der Anästhesist nicht mit ihm zusammenarbeiten. Eine Abrechnung nach EBM erfordere nur eine Einigung mit dem Operateur. Da die Anästhesisten nicht gezwungen werden können, mit einem Operateur zusammen zu arbeiten, sei die Teilnahme am Strukturvertrag trotz Einigungserfordernis freiwillig. Man ist bei der Abfassung des Vertrages davon ausgegangen, dass eine Einigung über die Vergütung zwischen Berufskollegen kein ernstzunehmendes Hindernis für die Inanspruchnahme der Förderung darstellt. Die Beklagte stellt klar, dass es sich hinsichtlich der Nachvergütung um den Differenzpunktwert "5,9843" Dpf. handelt. Die in den Anlagen der Nachvergütung aufgeführte Häufigkeitsstatistik sei die der AOK Sachsen und nicht die der GKV (alle Kassen), die den Klägern bei Übersendung des Honorarbescheides mitgeteilt wird. Die Werte der GO-Nummern stimmten nicht mit dem EBM überein, weil diese innerhalb des Praxisbudgets vergütet werden. Das Budget beeinflusse den Wert in Punkten, es sei denn, im EBM sei eine Nummer mit Sternchen aufgeführt (z.B. 90 EBM). Zu den Äußerungen durch Frau M. führt die Beklagte aus, dass den Klägern eine schriftliche Zusicherung und somit eine Anspruchsgrundlage für die Vergütung fehle. Hierzu legt die Beklagte eine Gesprächsnotiz der Frau M. vor, auf die wegen der Einzelheiten Bezug genommen wird (Blatt 124 der Gerichtsakte). Eine rechtswidrig unzureichende Begründung liege für die

Streitung der Pseudo-GOP 9601 nicht vor. Die Anlagen A der Anlage 1 bildeten die Grundlage für die Vergütung der Pseudo-GOP. Diese sei durch Kündigung weggefallen. Damit fehle die Grundlage, die Pseudo-GOP konnte nicht mehr vergütet werden. Da es im Jahr 2001 zu einer Leistungsausweitung kam, war der angestrebte Punktwert von 7 DPf. nicht mehr zu erreichen. Wegen der komplizierten Sachlage habe man auf eine genauere Darlegung verzichtet. Die Nachfragen der Kläger seien mit Schreiben vom 17.07.2003 beantwortet worden. Zuletzt erläutert die Beklagte die Nachvergütung durch die IKK und führt aus, dass die Gewährung von Fördermitteln an bestimmte Kriterien gebunden sind. Wer den nicht genug Leistungen, die die Förderkriterien erfüllen, abgerechnet, verbleiben ungenutzte Fördermittel, da diese Mittel zweckgebunden seien. Der in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) normierte Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung beziehe sich ausschließlich auf die Vergütungsvereinbarungen in den Gesamtverträgen, weshalb der einzelne Arzt daraus keinen Anspruch auf Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen in bestimmter Höhe herleiten kann. Etwas anderes könne dann gelten, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge davon auch die berufliche Existenz einzelner daran teilnehmender Vertragsärzte gefährdet wird. Praxisschließungen in großem Umfang seien bisher nicht bekannt geworden. Es werde davon ausgegangen, dass die gezahlte Vergütung angemessen ist. Auf Nachfrage des Gerichts erklärt die Beklagte, dass sich im Zeitraum IV/01 bis II/03 in Sachsen insgesamt 10 Anästhesisten neu niedergelassen haben, von denen zuletzt 8 am Strukturvertrag teilnehmen.

Der mit Beschluss vom 30.09.2003 beigeladene Verband der Angestelltenkrankenkassen und Arbeitersatzkassen, der keinen Antrag gestellt hat, stellt klar, dass der Strukturvertrag den teilnehmenden Ärzten die Abrechnung höherer Vergütung im Falle der Durchführung von ambulanten Operationen ermögliche, als dies nach den Regelungen des EBM und den dortigen Gebührensätzen möglich wäre. Der Anästhesiezuschlag in Höhe von 120,00 DM bzw. 61,36 EUR werde zusätzlich zu den eigentlichen Anästhesiegebühren nach EBM 462 oder 463 gezahlt. Richtig sei, dass neben der Pseudo-GOP (90 A) eine Abrechnung nach den EBM-Ziffern 80 bis 87, 90 sowie 63 bis 66 ausgeschlossen sei. Dies verletze jedoch weder den Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit noch den der angemessenen Vergütung, weil diese Leistungen mit den gegenüber den EBM-Nummern stark erhöhten Vergütungen nach den Pseudo-GO-Nummern der Anlage 1 zum Strukturvertrag abgegolten sind.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf 4 Bände Verwaltungsakten sowie 4 Bände Gerichtsakten.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte über die Klagen gemeinsam verhandeln und entscheiden, da die Ansprüche, die den Gegenstand der Rechtsstreitigkeiten bilden, im Zusammenhang stehen ([§ 113 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)). Dabei hatte die Kammer in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte zu verhandeln und zu entscheiden, da es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#)).

Die zulässigen Klagen sind in der Sache unbegründet. Die streitgegenständlichen Bescheide, mit denen die Beklagte die Honoraransprüche der Kläger für die Quartale IV/01, I/02, II/02 und III/02 festgesetzt hat, erweisen sich als rechtmäßig. Die Kläger haben in diesen Quartalen keine Ansprüche auf eine höhere vertragsärztliche Vergütung.

Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) verteilt die Kassenärztliche Vereinigung 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](#)). Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an ([§ 85 Abs. 4 Satz 1](#) bis Satz 3 SGB V). Der Bewertungsausschuss ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) bestimmt erstmalig bis zum 28. Februar 2000 Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; der Bewertungsausschuss bestimmt ferner den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) zu treffenden Regelungen ([§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#)). In seiner 62. Sitzung am 16. Februar 2000 hat der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) (i.d.F. des GKV-GRG-2000), insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung bestimmt (abgedruckt im Deutschen Ärzteblatt 2000, Heft 9, A-S. 556 ff.). Aus der Anlage 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses ergaben sich die Berechnungsvorgaben zur erstmaligen Berechnung der getrennten Vergütungsanteile für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich für das Jahr 2000. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V durch den Bewertungsausschuss (Beschluss vom 16.02.2000, Deutsches Ärzteblatt 97, A-556, Heft 9 vom 03.03.2000) ist dabei nicht zu beanstanden (vgl. Sächsisches LSG, Urteil vom 26.05.2004, Az.: L 1 KA 2/02). Gleiches gilt für die Umsetzung der vorgegebenen Maßgaben durch die Beklagte in ihren Honorarverteilungsmaßstäben.

Die Beklagte muss für die von den Klägern im Bereich der Ersatzkassen vorgenommenen Anästhesien bei ambulanten Operationen keine höhere Vergütung entrichten. Der zwischen der Beklagten und den Verbänden der Ersatzkassen geschlossene Strukturvertrag über die strukturelle und finanzielle Förderung des ambulanten Operierens vom 01.10.2001 ist inhaltlich nicht zu beanstanden.

Dabei hat das Gericht bei der Überprüfung des Strukturvertrages nur eine eingeschränkte Überprüfungsmöglichkeit. So unterliegen bereits die Gesamtverträge nach [§ 82 SGB V](#) nur einer eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle. Den Vertragspartnern kommt dort nach der Rechtsprechung des BSG bei der Festsetzung des Inhalts eines Gesamtvertrages über die vertragsärztliche Vergütung ein weiterer Beurteilungsspielraum zu (vgl. BSGE 20, 74, 76; 36, 151, 152; 51, 58, 62; [SozR 3-2500 § 85 Nr. 20](#)). Die gerichtliche Kontrolle ist dabei auf die Überprüfung von Schiedsamtvereinbarungen nach [§ 89 SGB V](#) darauf beschränkt, ob der Entscheidung zutreffend ermittelte Tatsachen zugrunde gelegt worden sind, und ob die Grenzen des Beurteilungsspielraumes eingehalten und das Gestaltungsermessen – soweit es besteht – sachgerecht ausgeübt worden ist. Diese Grundsätze zu schiedsamtstfähigen Gesamtverträgen sind auf die Überprüfung von Strukturverträgen nach [§ 73 a SGB V](#) nicht zu übertragen. Es handelt sich bei den Strukturverträgen nach [§ 73 a SGB V](#) um fakultative Verträge, die nicht schiedsamtstfähig sind (vgl. GKV-Kommentar Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer (Orlowski), [§ 73 a Rdnr. 5](#)). Die gerichtliche Kontrolle ist somit noch weiter eingeschränkt als bei der Überprüfung von Gesamtverträgen und beschränkt sich damit auf gravierende Rechtsfehler. Solche sind nicht ersichtlich.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können je nach Kassenart mit den Krankenkassenverbänden unterschiedliche Verträge nach [§ 73 a](#)

[SGB V](#) schließen. Der Abschluss von Vereinbarungen nach [§ 73 a Abs. 1 SGB V](#) steht im Belieben der Vertragsparteien (vgl. Klückmann in Hauck/Noftz SGB-Gesamtkommentar, § 73 a Rdnr. 7). Dabei können die Vertragspartner Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen ([§ 73 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Kern der Regelung in [§ 73 a Abs. 1 SGB V](#) ist die Möglichkeit der Vertragsparteien, (neue) Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu vereinbaren (Klückmann a.a.O., Rdnr. 10).

Hier haben die Vertragspartner zur Förderung des ambulanten Operierens einen Strukturvertrag nach [§ 73 a SGB V](#) geschlossen. Dabei werden die Leistungen mittels Pauschalen vergütet, die sich zusammensetzen aus: Punktzahl, bewertet mit 7 Dpf./Pkt., einem Förderbetrag sowie ggf. einer Pauschale für die notwendigen Sachkosten (Abschn. V Ziff. 2 Satz 1). In der Anlage 1 zum Strukturvertrag vom 01.10.2001 ist für die Pauschale die Pseudo-GOP 90a definiert als "Anästhesiezuschlag, nur in Verbindung mit nachfolgend aufgeführten OP" und einer Gesamtpauschale von 120,00 DM bzw. 61,36 EUR.

Ein Verstoß gegen zwingende gesetzliche Vorgaben liegt nicht vor. Insbesondere galten die gesetzlichen Privilegierungen für Leistungen des ambulanten Operierens gemäß [§ 85 Abs. 3 a Satz 6 SGB V](#) nicht mehr. Zu den gesetzlichen Verpflichtungen der Beklagten gehörte es, im Zeitraum 1993 bis 1995, die Regelungen über die Vergütung der Leistungen des ambulanten Operierens in [§ 85 Abs. 3 a Satz 6](#) und [§ 85 Abs. 4 a Satz 3 SGB V](#) bei der Honorarverteilung umzusetzen. Diese zwingenden Vorgaben galten nicht mehr für den hier streitigen Zeitraum (Quartale ab IV/01). Es ist auch nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin die Form der Förderung des ambulanten Operierens hat vorschreiben wollen (vgl. BSG, SozR 3-2500, § 85 Nr. 10). Die Vertragspartner waren bei der Ausgestaltung der Förderung des ambulanten Operierens somit nur durch die sich aus dem Ziel und Zweck der angestrebten Förderung ergebenden Grundsätze gebunden.

Für die ökonomischen Rahmenbedingungen der Strukturverträge nach [§ 73 a SGB V](#) haben die Vertragspartner einen weiten Gestaltungsspielraum (vgl. Schirmer in VSSR 5/1998 S. 292). Diesen Spielraum haben sie nicht in rechtswidriger Weise über- oder unterschritten. Insbesondere musste eine zwingende Stützung einzelner Gebührenordnungspositionen des EBM nicht erfolgen und ist auch von Gesetzes wegen nicht vorgeschrieben. Die im Strukturvertrag getroffene Regelung der Vergütung über eine Gesamtpauschale erweist sich als rechtsfehlerfrei. Im Rahmen von Strukturverträgen nach [§ 73 a SGB V](#) können die Vertragspartner von [§ 87 SGB V](#) und damit von der Leistungsbewertung des EBM abweichen (Öffnungsklausel in [§ 73 a Abs. 1 Satz 4 SGB V](#)). Zwar bleiben die Leistungsinhalte im EBM weiterhin Grundlage der Vergütung. Veränderbar ist im Wege des Strukturvertrages hingegen die Bewertungsstruktur, wodurch es zu einer Verschiebung der Vergütungsrelation kommen kann. Hier begegnet die Regelung im Abschnitt V Ziffer 4 des Strukturvertrages, wonach die Pauschale für den Operateur sowohl die operative Leistung als auch die postoperative Nachbetreuung des Patienten in der Aufwachphase umfasst, keinen rechtlichen Bedenken.

Zwar handelt es sich, worauf die Kläger zu Recht hinweisen, bei der postoperativen Nachbetreuung um eine Leistung, die in der Regel vom Anästhesisten erbracht wird. Gleichwohl stellt sich die gewählte Regelung bei der Gesamtbetrachtung der Förderung im Strukturvertrag nicht als rechtswidrig dar. Zum einen ist die Teilnahme am Strukturvertrag freiwillig ([§ 73 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#)), so dass es den Anästhesisten unbenommen bleibt, nur nach EBM, und dabei auch die Ziffern 63 bis 66 abzurechnen. Zum anderen ist die Möglichkeit der innerärztlichen Verrechnung gegeben. In der Anlage 1 des Strukturvertrages wird insoweit auf die vertragliche Anmerkung zu Kapitel B IV EBM verwiesen. Danach und nach den Abrechnungshinweisen der Beklagten ist eine innerärztliche Verrechnung durchzuführen, wenn die in der jeweiligen Operationspauschale enthaltene postoperative Betreuung von anderen Leistungserbringern, beispielsweise von Anästhesisten, erbracht wird. Die von den Klägern insoweit aufgeworfenen Rechtmäßigkeitsbedenken teilt die Kammer nicht.

Das Gesetz enthält in [§ 73 a SGB V](#) keine zwingende Vorgabe, ob die konkrete Gestaltung der Kooperation den Ärzten selbst überlassen bleibt oder Einzelheiten zwingend im Strukturvertrag vorgegeben sein müssen. Daraus ergibt sich, dass im Strukturvertrag lediglich die Rahmenbedingungen vorzugeben sind. So können die teilnehmenden Ärzte ergänzend untereinander Rechte und Pflichten regeln. Der Strukturvertrag nach [§ 73 a SGB V](#) stellt sich als eine Kombination aus Zielen, Mitteln und Verfahren dar, mit der – als Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung – spezifische patientenorientierte Versorgungsleistungen zu ggf. besonderen Vergütungen erreicht werden sollen (Schirmer in VSSR 5/1998 S. 283). Die Strukturverträge haben dabei zum Ziel, die bisherige Form der vertragsärztlichen Versorgung sowohl hinsichtlich der Leistungsqualität als auch bzgl. ihrer Wirtschaftlichkeit durch eine anteilmäßige Zusammenarbeit mehrerer Ärzte zu verbessern (vgl. Henke in Peters, SGB V [§ 73 a](#) Rdnr. 3). Insbesondere sollen dadurch Doppelleistungen und unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Um diese Ziele zu erreichen, ist die enge Zusammenarbeit der teilnehmenden Ärzte gefordert. Dabei darf als ausdrücklicher Bestandteil in einem Strukturvertrag nach [§ 73 a SGB V](#) geregelt werden, dass die Ärzte des Netzverbundes (hier also der Anästhesist und der Operateur) ergänzend untereinander Rechte und Pflichten regeln können und ggf. auch müssen (vgl. Schirmer in VSSR 5/1998 S. 289). Dabei darf im beschränkten Umfang auch die kassenärztliche Verteilungsaufteilung auf die Ärzte übertragen werden (vgl. Schirmer in VSSR 5/1998 S. 300). So kann im Strukturvertrag nach [§ 73 a SGB V](#) bei einem vereinbarten Budget die Budgetverantwortung auf den Praxisverbund übertragen werden. Die dem Praxisverbund übertragene Budgetverantwortung kann sogar alle Aufwendungen mit umfassen (vgl. Hencke in "Handbuch der Krankenversicherung" (Peters) § 73 a Rdnr. 8). Da bereits die Übertragung der vollen Budgetverantwortung an den Praxisverbund rechtlich zulässig ist, stellt sich auch die fehlende Bezifferung der innerärztlichen Verrechnung nicht als rechtswidrig dar. Die hier getroffene Regelung, wonach bei Übernahme der postoperativen Betreuung eine innerärztliche Verrechnung vorgenommen werden kann, erweist sich deshalb, insbesondere im Zusammenhang mit dem Hinweis auf die vertragliche Anmerkung zu Kapitel B IV EBM, als rechtlich einwandfrei.

Der Gesetzgeber ging bei der Bildung des Netzverbundes nach [§ 73 a SGB V](#) davon aus, dass sich die vernetzten Praxen zur Erfüllung der Anforderungen des Strukturvertrages analog den [§§ 705 ff. BGB](#) zusammenschließen (vgl. Hencke "Handbuch der Krankenversicherung" (Peters) § 73a Rdnr. 7). Die Kooperation zwischen den teilnehmenden Ärzten ist entscheidendes Element für das Gelingen einer Versorgungsstruktur. Die Teilnahme am Strukturvertrag setzt somit voraus, dass Kooperationsbereitschaft zwischen den teilnehmenden Ärzten besteht. Erst recht kann deshalb verlangt werden, dass sich die teilnehmenden Ärzte hier bei der Vornahme ambulanter Operationen innerärztlich über die Verrechnung der postoperativen Betreuungsleistung einigen. Es ist deshalb von den beteiligten Ärzten zu erwarten, dass sie sich hinsichtlich der nachoperativen Betreuung auf eine Vorgehensweise einigen. Sollte dies zwischen den Beteiligten nicht möglich sein, muss grundsätzlich die Kooperationsbereitschaft der beteiligten Ärzte und deren Fähigkeit, sich überhaupt an einem

Strukturvertrag zu beteiligen, in Frage gestellt werden. Wenn sich die Klä-ger an dem Strukturvertrag beteiligen wollen, müssen sie auch dessen Regelungen gegen sich gelten lassen und nicht nötigen Absprachen mit dem Operateur treffen. Es kann schließlich nicht angehen, dass die Kläger einerseits von der finanziellen Förderung des Strukturvertrages über die Förderung des ambulanten Operierens profitieren, sich aber der vertraglichen Ausgestaltung des Vertrages nicht unterwerfen wollen.

In der gewählten Regelung zur Vergütung (auch) der postoperativen Betreuung liegt kein Verstoß gegen die Berufsausübungsfreiheit. Es handelt sich bei den Regelungen um Maß-nahmen der Sicherung der Leistungsqualität, wie auch der Wirtschaftlichkeit in der ver-tragsärztlichen Versorgung (vgl. Hencke a.a.O. § 73 a Rdnr. 3). Darin liegt eine zulässige Berufsausübungsregelung im Sinne des [Art. 12 Abs. 1 GG](#). Ein verfassungsrechtlich rele-vanter Eingriff ist nach der Rechtsprechung des BSG nur dann gegeben, wenn Regelungen den Vertragsarzt von der Erbringung bzw. Abrechenbarkeit solcher Leistungen ausschlie-ßen, die für sein Fachgebiet wesentlich sind (vgl. BSGE 82, 85, 59; BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr. 8](#)). Zwar handelt es sich bei der postoperativen Betreuung um eine Leistung, die zum Fachgebiet der Anästhesie gehören. Allerdings erfolgt bereits kein Ausschluss von der Erbringung dieser Leistung. Die Kläger können weiterhin die postoperativen Leistungen erbringen und abrechnen. Entweder, wenn sie und der Operateur beide nicht am Struktur-vertrag teilnehmen, und (lediglich) über EBM abrechnen. Oder, indem Sie eine innerärzt-liche Regelung treffen. Die hierfür erforderliche Kooperationsbereitschaft ist bei der Teil-nahme am Strukturvertrag immanent. Anders lassen sich die Ziele des Strukturvertrages nicht verwirklichen. Die angestrebte Sicherung von Leistungsqualität und Wirtschaftlich-keit lässt sich nur bei gleichzeitiger strenger Kostenkontrolle realisieren. Dafür sind die gewählten Regelungen sowohl verhältnismäßig, wie auch zweckmäßig.

Die Beklagte verweist zu recht darauf, dass die Kläger keinen Rechtsanspruch auf Ab-schluss eines Strukturvertrages mit bestimmten Inhalt haben. Die Kläger sind insoweit bereits nicht klagebefugt. Nach [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) ist die Anfechtungsklage zulässig, wenn der Kläger behauptet, durch den angefochtenen Verwaltungsakt beschwert zu sei. Die Klagebefugnis fehlt jedoch, wenn eine Verletzung subjektiver Rechte des Klägers nicht in Betracht kommt (vgl. BVerfG in [SozR 3-1100 Art. 19 Nr. 2 S. 6](#)). In Anwendung dieser Grundsätze ist bereits die Klagebefugnis des Vertragsarztes gegen Gesamtvergü-tungsvereinbarungen mangels eigener Beschwer zu verneinen. Erst recht muss dies für die im Ermessen stehenden Strukturverträge nach [§ 73 a SGB V](#) gelten. Wenn bereits den Ver-tragspartnern der Strukturverträge die Klage zur Regelung von Einzelheiten versagt ist, da diese nicht schiedsamt-fähig sind (vgl. oben), hat erst recht der einzelne Vertragsarzt kein subjektives Recht, die entsprechenden Bestimmungen (im Klageverfahren gegen seinen Honorarbescheid) durchzusetzen.

Unerheblich ist in diesem Zusammenhang, dass die Kläger sich zur Begründung auf den Wegfall einer zuvor bestehenden Vergünstigung berufen. Der Vortrag ist bereits inhaltlich nicht nachvollziehbar: Im Bereich der Ersatzkassen erfolgte die Förderung des ambulanten Operierens in den Quartalen I/01 bis einschließlich III/01 noch über den Strukturvertrag vom 04.11.1998 (vgl. Schiedsspruch vom 22.03.2002 über den Vertragsinhalt für 2001, Ziff. 2.7.1). Die Vereinbarung definierte in Abschnitt V den Katalog ausgewählter ambu-lanter Leistungen. Anästhesieleistungen nach der GO-Nr. 90 EBM wurden mit der Pseudo-GOP 9601 in Höhe von (vorläufig) 15,00 DM vergütet. Eine ausdrückliche Förderung der GO-Nrn. 63 - 66 EBM erfolgte danach nicht. Die Neuregelung ab dem Quartal IV/01 stellt sich somit nicht als Wegfall einer zuvor bestehenden Begünstigung dar. Doch selbst wenn bis zum Quartal III/01 eine ausdrückliche Förderung der GO-Nrn. 63 - 66 EBM geregelt gewesen wäre, hätte dies die Vertragspartner nicht gehindert, die Regelungen ab IV/01 neu zu gestalten. Da bereits das Zustandekommen einer Vereinba-rung über die Förderung ausgewählter Leistungen im Ermessen der Vertragspartner liegt, könnte auch die unterbliebene Weiterführung einer einmal gewährten Förderung ab dem Quartal IV/01 keinen rechtswidrigen Verstoß darstellen.

Die den Klägern durch die Mitarbeiterin der Beklagten, Frau M., möglicherweise mündlich erteilten Auskünfte, dass insbesondere die postoperative Betreuung von Kataraktpatienten wie bisher gefördert werde, mag hieran nichts ändern. Mögliche Falschauskünfte durch Mitarbeiter der Beklagten führen nicht zu einem Rechtsanspruch auf entsprechende Förde-rung. Eine schriftliche Zusicherung über Art und Weise der Förderung liegt nicht vor. Sie ist deshalb nicht verbindlich ([§ 34 Abs. 1 S. 1 SGB X](#)). Die Kläger haben insoweit auch keinen Anspruch aus den Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs. Mit dem Rechtsinstitut des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs kann die Herstellung des-jenigen Zustandes begehrt werden, wie er auch bei ordnungsgemäßem Verhalten der Be-hörde eingetreten wäre. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch ist auf die Vornahme einer Amtshandlung zur Herstellung des Zustandes gerichtet, der bestehen würde, wenn ein Sozialleistungsträger die ihm aus einem Versicherungsverhältnis oder sozialen Betreu-ungsverhältnis erwachsende Pflicht, insbesondere zur Betreuung und Beratung, ordnungs-gemäß wahrgenommen hätte (st. Rspr.; vgl. BSG [SozR 1200 § 14 Nr. 9](#); [SozR 1300 § 44 Nr. 13](#); [SozR 3-5750 Art. 2 § 6 Nr. 7](#); BSG, Urteil vom 17.08.2000, Az. [B 13 RJ 87/98 R](#)). Voraussetzung ist in jedem Fall, dass eine Pflichtverletzung vorliegt, die sich ein Sozial-leistungsträger im Verhältnis zum Berechtigten zurechnen lassen muss. Bereits daraus wird ersichtlich, dass die Grundsätze des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs im Verhältnis des Kassenarztes zu den Selbstverwaltungsgremien des Kassenarztrechts keine Anwen-dung finden (vgl. LSG Ba.-Wü., Urt. v. 22.01.1986, Az. [L 1 Ka 2646/84](#)). Der Gesichts-punkt könnte lediglich im Rahmen von Amtshaftungsverfahren, über die hier nicht zu ent-scheiden ist, zu prüfen sein. Sofern die Kläger einen finanziellen Nachteil aufgrund erteil-ter Falschauskünfte nachweisen können, steht es ihnen frei, diese vor dem zuständigen Landgericht geltend zu machen.

Eine Rechtswidrigkeit der Honorarberechnung ergibt sich auch nicht aus der zunächst vor-genommenen Streichung der Pseudo-GOP 9601 im Bereich der Primärkassen ab dem Quartal I/02.

Im Jahre 2001 erfolgte die Förderung krankenhausersetzender, ambulanter Operationsleis-tungen durch die AOK Sachsen auf der Grundlage der Anlage A/Anlage 1 zum Gesamtvertrag in der Fassung vom 10.01.2001. Nach Abschnitt III (Leistungen/Vergütung) stellt die AOK Sachsen hierfür 0,35 % der Gesamtvergütung 2000 zusätzlich zur Verfügung. Die Abrechnung des Anästhesiezuschlages erfolgt über die Pseudo-GOP 9601 mit einem vorläufigen Betrag von 30,00 DM. Der Vertrag hatte Gültigkeit lediglich für das Jahr 2001 und wurde zum Quartal I/02 gekündigt, was rechtlich nicht zu beanstanden ist. Da bereits das Zustandekommen einer Vereinbarung über die Förderung ausgewählter Leistungen im Ermessen der Vertragspartner liegt, kann auch die unterbliebene Weiterführung einer einmal gewährten Förderung ab dem Quartal I/02 keinen rechtswidrigen Verstoß darstellen (s.o.). Den Klägern kommt auch kein schutzwürdiges Vertrauen auf die unbegrenzte Weitergeltung der Regelung zu, da für zukünftige Neuregelungen grundsätzlich kein Vertrauenstatbestand geschaffen werden kann.

Ebenfalls nicht zu beanstanden ist die Förderung der AOK ab dem Quartal I/02 durch die gewährten Differenzpunktwerte. Gemäß Anlage 1 zum Gesamtvertrag für die Zeit vom 01.01.2002 bis 31.12.2003 wird das ambulante Operieren durch niedergelassene sächsische

Vertragsärzte von der AOK Sachsen mit 2,6 Millionen Euro gefördert (§ 4 der Anlage 1). Die Bildung eines Teilbudgets zur Förderung des ambulanten Operierens ist dabei nicht zu beanstanden. Insbesondere musste ein bestimmter Mindestpunktwert nicht festgelegt werden. Die Honorarverteilung nach arztgruppenbezogenen Fonds ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG rechtlich nicht zu beanstanden (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.1996, Az.: [6 RKA 68/94](#)). Speziell die Förderung des ambulanten Operierens kann dergestalt geregelt werden, dass die Leistungen aus einem gesonderten Honorartopf vergütet werden (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 10](#)). Die Beklagte durfte deshalb mit der AOK das Budget von 2,6 Millionen Euro zur Förderung des ambulanten Operierens festlegen. Die Bildung eines Honorarkontingents für das ambulante Operieren bleibt selbst dann zulässig, wenn dies zur Folge hat, dass bei entsprechender Mengenentwicklung der Punktwert sinkt. Ein bestimmter Mindestpunktwert (der im Jahre 2001 mit 7 DPF angestrebt wurde) hätte angesichts der gedeckelten Summe von 2,6 Millionen Euro nur zu Lasten der Punktwerte der übrigen ärztlichen Leistungen garantiert werden können. Damit wäre die Privilegierung der ambulanten operativen Tätigkeit deutlich über Sinn und Zweck der vertraglichen Vorgaben hinausgegangen.

Die Honorarbescheide waren auch nicht vor dem Hintergrund eines Verstoßes gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung aufzuheben. Insbesondere liegt kein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vor.

Honorarverteilungsregelungen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind an den gesetzlichen Vorgaben des § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, 5. Buch (SGB V) i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ergibt, zu messen (st. Rspr., vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#); § 85 Nr. 23; § 85 Nr. 26; § 85 Nr. 30, zuletzt Urteile vom 10.03.2004, [B 6 KA 3/03 R](#); [B 6 KA 13/03 R](#)). Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen sind. Dabei verbleibt der normsetzenden Körperschaft ein Gestaltungsspielraum, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#); § 85 Nr. 30). Diesen hat die Beklagte durch Abschluss des Strukturvertrages mit den benannten Regelungen nicht in rechtswidriger Weise überschritten.

Eine Anspruchsgrundlage für eine höhere Vergütung steht den Klägern nicht zu. Insbesondere ergibt sich ein solcher Anspruch nicht aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#). Die in dieser Vorschrift den Partnern der Verträge über die kassen- bzw. vertragsärztliche Versorgung auferlegte Verpflichtung, Vorsorge dafür zu treffen, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden, hat, wie die Rechtsprechung ([BSGE 75, 187](#), [BSGE 77, 279](#), 288; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 12](#) S. 82) klargestellt hat, rein objektiv-rechtliche Bedeutung und begründet grundsätzlich kein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf ein bestimmtes, als angemessen bewertetes Honorar für die einzelne Leistung oder die ärztliche Tätigkeit insgesamt. Einem solchen Anspruch steht das vom Gesetz vorgegebene gesamtvertragliche Vergütungssystem entgegen. Die Krankenkassen honorieren danach nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung, sondern entrichten mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine zwischen ihren Landesverbänden und der kassenärztlichen Vereinigung vertraglich vereinbarte Vergütung. Die Partner des Gesamtvertrages, kassenärztliche Vereinigung einerseits und Landesverbände bzw. Verbände der Krankenkassen andererseits, vereinbaren die Höhe der Gesamtvergütung ([§ 85 Abs. 1, Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Die kassenärztliche Vereinigung kann auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nur die vereinbarte Gesamtvergütung an die Vertragsärzte verteilen. Nachforderungen der kassenärztlichen Vereinigung an die Krankenkassen im Hinblick etwa auf einen Anstieg der erbrachten Leistungen oder der zugelassenen Ärzte sind grundsätzlich ausgeschlossen und müssen in einem beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystem ausgeschlossen sein, weil die Kassen ihrerseits von den Versicherten nachträglich keine höheren Beiträge einziehen können. Steht aber der für die Honorierung aller vertragsärztlicher Leistungen maximal zur Verfügung stehende Geldbetrag als Ergebnis der Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner fest, kann sich für den einzelnen Arzt von vornherein kein Anspruch auf ein Honorar in bestimmter Höhe, sondern nur ein Anspruch auf einen seiner Leistung entsprechenden Anteil an dieser Gesamtsumme ergeben.

Die fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung kann in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2000, Az.: [B 6 KA 8/99 R](#)) nur geltend gemacht werden, wenn das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa einer Facharztgruppe, so beeinträchtigt ist, dass auch die berufliche Existenz der in dem Versorgungssystem beteiligten Vertragsärzte gefährdet ist. Dieser Rechtsauffassung hat sich die erkennende Kammer, wie auch das Sächsische Landessozialgericht angeschlossen (vgl. Sächsisches LSG, zuletzt Urteil vom 26.05.2004, Az.: L 1 KA 2/02). Konkrete Anhaltspunkte für eine echte Gefährdung der Versorgung liegen nicht vor. Entscheidend ist, dass die vergüteten Punktwerte hinreichend Anreiz für ein Tätigwerden als Anästhesist bieten. Hierzu hat die Beklagte vorgetragen, dass sich im streitigen Zeitraum im Raum Sachsen insgesamt 10 Anästhesisten neu niedergelassen haben. Es ist bereits deshalb davon auszugehen, dass die gezahlten Vergütungen auch weiterhin Anreiz bieten, vertragsärztlich tätig zu werden. Eine Gefährdung der Versorgung der Versicherten ist erst recht nicht zu erkennen. Insoweit wird auf die Entscheidung des BSG vom 25.11.1998 (Az.: [B 6 KA 25/98 B](#)) verwiesen. Mit seinem Begehren nach einer höheren Vergütung für seine Leistungen der ambulanten Operationen blieb der dort klagende Chirurg ohne Erfolg. Eine Klärungsbedürftigkeit wurde abgelehnt, weil die aufgeworfenen Fragen (Bildung separater Teilbudgets für Leistungen des ambulanten Operierens ohne Garantie von gestützten Mindest- oder festen Punktwerten; subjektiver Rechtsanspruch des einzelnen Arztes auf Vergütung jeder einzelnen Leistung in einer bestimmten Höhe und für jede Einzelleistung kostendeckend) bereits nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes geklärt waren.

Der Vertragsarzt hat keinen Rechtsanspruch auf ein bestimmtes Mindesteinkommen in bestimmter Höhe. Insoweit schließt sich die Kammer der höchstrichterlichen Rechtsprechung an (vgl. BSG vom 07.02.1996, [6 RKA 6/95](#); [BSGE 75, 187](#); BSG vom 26.01.2000, [B 6 KA 59/98 R](#)).

Ein Mindesteinkommen ist bestimmter Höhe würde einer Subventionierung einzelner Vertragsärzte gleichkommen. Eine Pflicht zur Subventionierung einzelner kassenärztlicher Tätigkeiten im HVM einer kassenärztlichen Vereinigung besteht jedoch nicht (vgl. [BVerfGE 11, 30](#); [33, 171](#)). In den zitierten Entscheidungen hat das BVerfG ausgeführt, dass eine kassenärztliche Vereinigung nicht wie ein Dienstherr im öffentlichen Dienst eine Fürsorgepflicht habe, dem Kassenarzt die Sorge um die Existenz abzunehmen. Der Kassenarzt trage vielmehr das ganze wirtschaftliche Risiko seines Berufes selbst. Es hänge von ihm und der Gunst der Verhältnisse ab, ob es ihm gelänge, sich eine auskömmliche Kassenpraxis aufzubauen. Entscheidend sei jedoch, dass die Tätigkeit des Kassenarztes auch im Rahmen des öffentlich rechtlichen Systems freiberuflich bleibe (vgl. [BVerfGE 11, 30](#)). Eine Verpflichtung zur Stützung ertragsschwacher Praxen findet im Gesetz keine hinreichende Ermächtigung (vgl. [BSGE 75, 37](#) ff.). Derartige (Stützungs-) Maßnahmen würden den freien Wettbewerb zwischen den Ärzten beeinträchtigen und nach Art und Ausmaß in [Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG](#) eingreifen, dass sie nicht von einer kassenärztlichen Vereinigung

vorgeschrieben werden dürfen (BSG a.a.O.). Entscheidend bleibt, dass ein Vertragsarzt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, der in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#); zuletzt Urteil vom 14.03.2001, Az. [B 6 KA 67/00 R](#)). Der in der Rechtsprechung anerkannte Ausnahmefall, dass durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wird, liegt nicht vor (vgl. oben). Tendenzen, wonach das BSG von seiner bisherigen Auffassung abweichen möchte, sind für die Kammer nicht ersichtlich. So geht die Kammer weiterhin in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (z.B. BSG, Urte. v. 08.03.2000, Az.: [B 6 KA 8/99 R](#)) davon aus, dass die fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung nur geltend gemacht werden kann, wenn das vertragsärztliche Versorgungssystem als ganzes gefährdet ist. Etwas anderes ergibt sich auch nicht unter Beachtung der Entscheidungen einzelner Instanzgerichte (z.B. SG Magdeburg, Urteil vom 19.09.2001, Az. [S 7 KA 444/00](#)). Zwar wird in der Entscheidung des SG Magdeburg ein verfassungsrechtlich durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) geschützter Anspruch des Vertragsarztes auf die Erzielung kostendeckender Einnahmen postuliert (vgl. S. 15 amtl. Umdruck). Eine Verfassungswidrigkeit wird aber auch vom SG Magdeburg erst zuerkannt, wenn ein ganzer Zweig von Berufungsangehörigen und nicht nur Einzelne von einer Regelung maßgeblich betroffen werden (SG Magdeburg a.a.O.). Maßgebend ist somit nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe im Bereich der Beklagten, deren Honorarverteilung angegriffen wird (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Eine Gefahr für die wirtschaftliche Existenz anästhesistischer Praxen in Sachsen ist jedoch nicht ersichtlich.

Unter Beachtung der von den Klägern vorgelegten Kostenanalyse ergibt sich nicht, dass das im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erzielte Honorar (ohne Berücksichtigung von Einnahmen aus der privaten Krankenversicherung) unangemessen niedrig war. Die Kostenanalyse errechnet ein Honorar von mindestens 251.517,20 EUR, um ein als angemessen betrachtetes Gehalt von 91.900,00 EUR zu erzielen. Die Kläger haben, wie festgestellt, jedoch keinen Rechtsanspruch auf ein Mindestgehalt in dieser Höhe. Darüber hinaus haben sie tatsächlich weit mehr erzielt, als von Ihnen selbst als angemessen definiert wurde. Die Kläger haben im Jahre 2002 (unter Berücksichtigung der entsprechenden Nachvergütungen) ein Gesamthonorar von 629.127,00 EUR aus der gesetzlichen Krankenversicherung erzielt. Abzüglich der von Ihnen behaupteten Kosten von 155.496,00 EUR pro Arzt verbleibt, zusätzlich zu dem Einkommen von 91.900,00 EUR, ein weiteres Einkommen von 159.067,50 EUR pro Arzt. Der Vortrag, dieses Einkommen (insgesamt 250.967,50 EUR pro Arzt) sei unangemessen, ist für die mit zwei Vertragsärzten besetzte Kammer mehr als unverständlich.

Eine höhere Vergütung kann auch nicht aufgrund der Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Beklagten (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)) beansprucht werden. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 09.09.1998 (a.a.O.) bei der Bildung von Honorartöpfen für Leistungen, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können und bei denen ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit für einen Punktwertabfall nicht zugerechnet werden kann, im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung gesehen, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen. Die Anästhesisten gehören zwar zu der Arztgruppe, die ärztliche Leistungen nur auf Überweisung erbringen können. Es ergeben sich jedoch für die Honorargruppe der Anästhesisten keine Abweichungen um mindestens 15 % vom durchschnittlichen Punktwert, so dass schon deshalb keine Korrekturverpflichtung der Beklagten im Einzelfall bestand. Dabei ist die Kammer vom Durchschnittswert der budgetierten Ärzte ausgegangen. Nicht für angebracht hält die Kammer einen Durchschnittswert auch unter Einbeziehung der unbudgetierten Ärzte zu bilden. Dies würde zu einem insgesamt geringeren Durchschnittswert für die hier zu vergleichende Arztgruppe, die der Praxisbudgetierung unterliegt, führen. Danach errechnen sich durchschnittliche Auszahlungspunktwerte anhand der jeweiligen Anlagen zum Honorarbescheid. Diese liegen im Quartal IV/01 im Bereich der Ersatzkassen bei 6,90 DPf., bei den Primärkassen bei 5,53 DPf.; im Quartal I/02 im Ersatzkassenbereich bei 3,17 Cent und im Primärkassenbereich bei 2,71 Cent; im Quartal II/02 im Ersatzkassenbereich bei 2,78 Cent und im Primärkassenbereich bei 2,46 Cent; im Quartal III/02 im Ersatzkassenbereich mit 3,28 Cent und im Primärkassenbereich mit 2,73 Cent. Die der Honorargruppe der Anästhesisten in den streitigen Quartalen jeweils ausbezahlten Punktwerte liegen nicht mehr als 15 % unterhalb des Durchschnitts, so dass eine Korrekturverpflichtung der Beklagten im Rahmen der Beobachtungs- und Reaktionspflicht nicht bestanden hat.

Die Honorarbescheide waren schließlich nicht wegen eines Verstoßes gegen das Begründungserfordernis nach [§ 35 SGB X](#) rechtswidrig. Nach Auffassung der Kammer sind die angefochtenen Honorarbescheide inhaltlich hinreichend bestimmt im Sinne von [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Sie sind auch ausreichend i.S.d. Vorgaben des [§ 35 SGB X](#) begründet. Ein schriftlicher Verwaltungsakt ist schriftlich zu begründen; in der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Durch die Begründung soll der Adressat des Verwaltungsaktes, insbesondere hinsichtlich der ihn belastenden Teile, in die Lage versetzt werden, seine Rechte sachgemäß wahrnehmen zu können. Das Begründungserfordernis soll zur besseren Transparenz des Verwaltungshandelns beitragen, überflüssigen Rechtsbehelfen vorbeugen aber auch der Nachprüfung der Verwaltungsentscheidung durch Aufsichtsbehörden und Gerichte dienen (vgl. [BSGE 27, S. 34](#)). Honorarbescheide im Vertragsarztrecht haben deshalb die maßgeblichen Berechnungsfaktoren und wesentlichen Berechnungsschritte darzulegen. Die Anforderungen sind insoweit jedoch auf die wesentlichen Angaben begrenzt (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Ausreichend ist, dass die für die konkrete Honorarfestsetzung maßgeblichen Faktoren den Bescheiden einschließlich etwaiger Anlagen entnommen werden kann und damit die Honorarfestsetzung ggf. in Verbindung mit weiteren Unterlagen nachvollziehbar überprüft werden kann. Diesen Anforderungen entsprechen die streitigen Honorarbescheide.

Die Beklagte hat jeweils in den Begleitschreiben zu den Honorarbescheiden den Stand der Verhandlungen zur Gesamtvergütung und zur Förderung des ambulanten Operierens, differenziert nach den einzelnen Kassenarten, mitgeteilt. Auch die im 4. Quartal 2002 erfolgten Nachvergütungen für das Jahr 2001 und 2002 sind, unter Berücksichtigung des Schreibens der Beklagten vom 17.06.2003, nachvollziehbar dargelegt worden. Insoweit sei darauf verwiesen, dass nach Auffassung des BSG, nicht alle für die Festlegung von Honorarentscheidungen maßgeblichen Umstände, Zahlen und Beträge im Bescheid bzw. in den Anlagen aufzuführen sind (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Dem schließt sich die Kammer an. Die Tatsache, dass sich die Nachzahlungsbeträge erst unter Berücksichtigung der Erläuterungen im Schreiben vom 17.06.2003 nachvollziehen lassen, stellt somit kein Begründungsdefizit dar.

Die Kammer konnte anhand der Anlage 2 die ausgewiesenen Nachvergütungsbeträge (z.B. 14.268,33 DM im Quartal IV/01) nachvollziehen. Sofern die Kläger darauf verweisen, dass in der Spalte "Häufigkeit" nicht die in ihrer Häufigkeitsstatistik ausgewiesenen Werte berücksichtigt werden, sei darauf verwiesen, dass es sich lediglich um die Darlegung der Abrechnung von Leistungen der AOK-Versicherten (nicht: aller GKV-Versicherten) handelt. Ebenfalls nachvollziehbar sind die Werte der Gebührenordnungs-Nummern in Punkten. Die Beklagte

hat hierzu ausgeführt, dass sich die im EBM aufgeführten Werte (z.B. 950 Pkt. für die Nr. 462) auf die Quote des Praxisbudgets zu beziehen und somit entsprechend zu kürzen sind (im Quartal I/02 bei der GO-Nr. 462 z.B. auf 699,5 bei einer Quote von 73,630 % im Praxisbudget). Auch die Tatsache, dass in dem Schreiben vom 17.06.2003 der Zahlendreher (5,6834 DPf. statt 5,9834 DPf.) auftaucht, macht die Honorarberechnung nicht rechtswidrig.

Schließlich steht die Honorarberechnung auch nicht im Widerspruch zur Anlage 1 zum Gesamtvertrag zwischen der Beklagten und der AOK Sachsen für den Zeitraum 01.01.2001 bis 31.12.2001. Danach soll für diesen Zeitraum ein Teilbudget gebildet werden, das sich rechnerisch aus der bisherigen Vergütung im Rahmen der Gesamtvergütung, dem Förderbetrag nach Anlage A, den bisher nicht verbrauchten Fördermitteln aus der Anlage A der Jahre 1998 bis 2000 und dem Auffüllbetrag der AOK Sachsen, der eine Vergütung der Leistungsmenge des Jahres 2000 mit 7 DPf. pro Punkt gewährleistet, zusammensetzt. Die Herkunft der nicht verbrauchten Fördermittel wurde durch die Beklagte nachvollziehbar erläutert. Aus dem Wortlaut der Regelung ergibt sich, dass damit nicht ein Punktwert in Höhe von 7 DPf. für das Jahr 2001 gewährleistet wird. Vielmehr ist maßgeblich, dass ein Teilbudget gebildet werden soll. Dieses führt, wie bereits festgestellt, zwangsweise dazu, dass bei entsprechender Leistungsausweitung ein Mindestpunktwert nicht garantiert werden kann. Abschließend lässt sich feststellen, dass Verstöße gegen das Begründungserfordernis von Verwaltungsakten, die zur Rechtswidrigkeit führen würden, nicht gegeben sind.

Danach war wie festgestellt zu entscheiden. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

-

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2005-03-22