

L 7 KA 212/00

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 27 KA 3759/98
Datum
02.02.2000
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 212/00
Datum
17.12.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 29/04 R
Datum
09.12.2004
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 2. Februar 2000 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Im Übrigen haben die Beteiligten einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt für die Quartale III/97 bis II/98 die Zahlung eines höheren Honorars für seine vertragsärztliche Tätigkeit.

Der Kläger ist seit Januar 1992 als Radiologe und Nuklearmediziner in A-Stadt/T. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist von der Regelung über die sog. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) erfasst.

In der Zeit ab dem Quartal I/93 bis zum Quartal II/98 wies der Kläger Fallzahlen pro Quartal aus, die sich zwischen 551 (Quartal III/93) und max. 1171 (II/97) bewegten.

Die vertragsärztliche Honorierung des Klägers richtet sich nach dem zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und dem Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten (HVM).

Der HVM enthält seit dem Quartal III/92 arztbezogene Honorarbegrenzungsregelungen, die in der Folgezeit mehrfach modifiziert worden sind.

Seit dem 3. Quartal 1996 sieht der HVM u.a. eine praxisbezogene Individualbudgetierung für einzelne Honorargruppen vor, die insbesondere in den Anlagen zu Leitzahl (LZ) 702 geregelt ist.

Für die vorliegend umstrittenen Quartale sind durch entsprechende Beschlüsse der Abgeordnetenversammlung der Beklagten folgende für die Abrechnung der Honorare des Klägers maßgebliche Änderungen des HVM vorgenommen worden, die den Vertragsärzten durch entsprechende Rundschreiben nach Maßgabe von § 28 der (Haupt-)Satzung der Beklagten bekannt gegeben worden sind:

Beschluss vom 14. Juni 1997: U.a. wurden die Honorargruppen neu geordnet (Anlage 1 zu LZ 702 für die Primärkassen [PK], Anlage 2 zu LZ 702 für die Ersatzkassen [EK]). Innerhalb der Honorargruppe 4 wurden die Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner der Honoraruntergruppe 4.16 zugeordnet. Die Regelung des für die Vergütung der einzelnen Honorargruppen zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrages erfolgte jeweils im Abschnitt II der Anlagen 1 und 2 zu LZ 702. U.a. wurde eine besondere Stützungsregelung für diejenigen Fachgruppen getroffen, die gem. LZ 204b nur auf Überweisung tätig werden können und die insoweit auch die Honoraruntergruppe 4.16 umfasste. Erstmals vorgesehen war auch eine fallzahlabhängige Quotierung der Honorarforderungen. Beschluss vom 29. November 1997: Die Grundsätze der Honorarverteilung wurden rückwirkend zum 1. Juli 1997 geändert. U.a. erfolgten in Anlage 3 zu LZ 702 Quotierungs- und Begrenzungsregelungen, in die auch die Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner einbezogen wurden. Beschluss vom 20. Juni 1998: U.a. wurden einzelne Punkte der Anlagen 1, 2 und 3 zu LZ 702 mit Wirkung ab dem 1. Juli 1997 bzw. ab dem 1. Januar 1998 sowie ab dem 1. April 1998 geändert.

In allen Varianten der vorliegend maßgeblichen Fassungen des HVM ist in § 6 (LZ 607) die Ermächtigung des Vorstandes der Beklagten enthalten, im Einzelfall aus Gründen der Sicherstellung zeitlich begrenzte abweichende Regelungen zu treffen. Durch § 8 (LZ 803 Abs. 3) wurde der Vorstand ermächtigt, in begründeten Härtefällen, die durch den EBM bzw. den HVM bedingt sind, einen Härteausgleich vorzunehmen.

Für die vorliegend umstrittenen Quartale forderte der Kläger, bezogen auf eine Bewertung mit einem Punktwert von 10 Pf. wie folgt der fallzahlabhängigen Bewertung unterworfenen Honorare für die Primärkassen und die Ersatzkassen an:

Budgetrelevante Fallzahl Honoraranforderung Fallwert Fallzahlabhängige Bewertung

III/97 995 171.333,- 172,19 104,02 %
IV/97 1.101 191.566,- 173,99 104,69 %
I/98 1.272 229.855,- 180,70 104,02 %
II/98 1.175 192.082,- 163,47 104,82 %

Hinsichtlich dieser Honoraranforderungen nahm die Beklagte folgende Maßnahmen vor:

III/97 PK Teilquotierung Anl. zu LZ 702/1 (plus) EK Teilquotierung Anl. zu LZ 702/1 (plus) 2.846,074.041,50 Summe aus durchgeführten Maßnahmen + 6.887,57
IV/97 PK Individualbudgetierung Anl. 3 LZ 702 Abschn. II PK Fallzahlabhängige Bewertung Anl. 3 LZ 702 Abschn. I (plus) EK Individualbudgetierung EK Fallzahlabhängige Bewertung (plus) 5.561,143.528,798.597,725.455,65 Summe aus durchgeführten Maßnahmen - 5.174,42
I/98 PK Individualbudgetierung Anl. 3 LZ 702 Abschn. II PK Fallzahlbegrenzung Anl. 3 LZ 702 Abschn. III PK Fallzahlabhängige Bewertung Anl. 3 LZ 702 Abschn. I (plus) EK Individualbudgetierung Anl. 3 LZ 702 Abschn. II EK Fallzahlbegrenzung EK Fallzahlabhängige Bewertung (plus) 12.934,982.051,693.609,3120.179,703.200,825.630,86 Summe aus durchgeführten Maßnahmen - 29.127,02
II/98 PK Fallzahlabhängige Bewertung Anl. 2 LZ 702 Abschn. I (plus) EK Fallzahlabhängige Bewertung Anl. 2 LZ 702 Abschn. I (plus) 3.376,455.881,89 Summe aus durchgeführten Maßnahmen + 9.258,34

In den Quartalen III/97 bis II/98 ergaben sich für die Primär- und die Ersatzkassen für Leistungen der Honorargruppe 4.16 folgende gestützte Punktwerte:

PK EK
III/97 6,40 7,50
IV/97 6,90 7,85
I/98 6,41 7,54
II/98 6,59 7,62

Über die Höhe seiner Nettohonorare wurde der Kläger hinsichtlich der Quartale III/97 bis II/98 nach Maßgabe des HVM und unter Berücksichtigung des Auszahlungsprozentsatzes für EHV-berechtigte Ärzte von 95 % hinsichtlich des Nettohonorars wie folgt beschieden:

Bescheid vom PK EK Sonst. Kostenträger % Kosten für Sicherstellung % Verwaltungskosten Nettohonorar
III/97 25.03.98 45.143,12 75.155,12 2.386,45 368,- 2.874,54 119.441,15 IV/97 24.06.98 48.468,89 85.188,61 1.431,60 405,26 3.165,04 131.518,80
I/98 01.08.98 48.219,67 88.511,41 3.367,70 420,16 3.882,58 136.396,04 II/98 29.10.98 46.337,80 93.361,03 1.578,45 423,80 3.329,99 137.543,49

Die in den einzelnen Quartalen durchgeführten Maßnahmen waren in Form sog. "Nachweise" den Honorarbescheiden beigelegt.

Gegen sämtliche Honorarabrechnungen in den Quartalen III/97 bis II/98 legte der Kläger Widerspruch ein. Er trug vor, ihm sei in den fraglichen Quartalen keine angemessene Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit zugekommen. Zum Teil habe er in diesen Quartalen sogar Verluste erwirtschaftet.

Nachdem die Beklagte die Widersprüche des Klägers zunächst nicht beschieden hatte, erhob dieser zunächst Untätigkeitsklage hinsichtlich des Quartals III/97, die vom Sozialgericht unter dem Az.: [S 27 KA 3759/98](#) geführt worden ist. Auch hinsichtlich der zunächst nicht beschiedenen Widersprüche bezüglich der Quartale I/98 und II/98 wurde vom Kläger zunächst Untätigkeitsklage erhoben, die unter dem Az.: S 27 KA 2162/99 geführt wurde.

Über die Widersprüche entschied die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 1998 bezüglich der Quartale III/97 und IV/97 sowie hinsichtlich der Quartale I/98 und II/98 durch die Widerspruchsbescheide vom 2. August 1999 und vom 16. August 1999. Die Widersprüche des Klägers wurden jeweils zurückgewiesen. In den Widerspruchsbescheiden führte die Beklagte aus, nach Ablösung des gesetzlichen Honorarbudgets habe mit den Krankenkassen für die Jahre ab 1996 nur eine gesamtvertragliche Regelung vereinbart werden können, die Honorarzuwächse im Wesentlichen nur in Höhe der Grundlohnsummenentwicklung zugelassen habe. Um die daraus resultierenden Fehlbeträge möglichst gerecht auf die Vertragsärzte zu verteilen, sei anstelle des seit 1992 bestehenden Quotierungsmodells ab dem 3. Quartal 1996 eine praxisbezogene Individualbudgetierung eingeführt worden. Die hierzu im HVM getroffenen Regelungen seien rechtlich zulässig. Ein Anspruch eines einzelnen Arztes auf eine höhere Vergütung bestehe nicht. Im Falle des Klägers sei im Übrigen festzustellen, dass aufgrund der Bewertung der budgetrelevanten Fälle im Rahmen der fallzahlabhängigen Bewertung sich z.B. im Quartal I/98 ein Bewertungsfaktor von 104,02 % ergeben habe, so dass der nach dem HVM errechnete Teilfallwert sogar erhöht worden sei. Besonderheiten, die eine Aussetzung der Individualbudgetierung unter Sicherstellungsaspekten oder aus sonstigen zwingenden Gründen gerechtfertigt hätten, lägen nicht vor.

Nach Erlass der Widerspruchsbescheide hat der Kläger beide Klagen auf kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklagen umgestellt. Er hat sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren vertieft und ausgeführt, seine Praxis sei in allen streitbefangenen Quartalen voll ausgelastet

gewesen sowie sparsam, wirtschaftlich und unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten geführt worden. Dennoch habe das gezahlte Honorar auf der Grundlage einer hierzu vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnung im Quartal III/97 zu einem Verlust von 298,- DM geführt; im Quartal IV/97 sei ein Arztlohn von lediglich 9.382,- DM erwirtschaftet worden und für die Quartale I/98 und II/98 ein solcher von 7.742,- DM bzw. 11.340,- DM. Beanstandet werde insbesondere, dass der effektive Auszahlungspunktwert innerhalb der Fachgruppe der Radiologen und Nuklearmediziner grob ungleich sei, gleiches gelte auch hinsichtlich der Gesamtvergütung zwischen niedergelassenen und ermächtigten Radiologen und Nuklearmedizinern. Im Übrigen seien die Honorarbescheide nichtig, jedenfalls aber rechtswidrig, weil sie unbestimmt und unverständlich seien und es ihnen an einer zulänglichen Begründung mangle. Rechtswidrig seien die Honorarbescheide auch deshalb, weil sie die vertragsärztliche Tätigkeit nicht angemessen vergüteten. Die Vergütung müsse die Kosten decken, einen "Arztlohn" enthalten, die Möglichkeit der Gewinnerzielung offen lassen und nicht wesentlich unter den üblichen Vergütungen vergleichbarer Tätigkeiten liegen. Mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sei von einem Arztlohn von 180.000,- DM im Jahr auszugehen. Die einen Gewinn enthaltende Vergütung könne der Gesetzgeber nur vermindern, wenn dies unabweislich erforderlich sei, um schwerwiegende Gefahren für überragend wichtige Gemeinschaftsgüter abzuwenden. Dafür gebe es jedoch keine hinreichenden Anhaltspunkte. Gegenwärtig drohe allen radiologischen Praxen in Hessen der wirtschaftliche Zusammenbruch. Dies indiziere, dass die vertragsärztliche Vergütung in Hessen generell unauskömmlich sei. Auch die Rechtsgrundlagen des EBM und des HVM, auf denen die Honorarbescheide beruhten, begegneten prinzipiellen rechtlichen Einwendungen. Sie beruhten nicht auf einem zulänglichen gesetzlichen Ermächtigungsgeflecht. Verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen werde nicht genügt. Für die Radiologen schafften die Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM einen gedeckelten Topf, nach Anlage 3 würden die Leistungen nach Ziff. I zusätzlich budgetiert und nach Ziff. II zum Teil quotiert. All diese Maßnahmen bewirkten, dass eine angemessene Vergütung nicht erzielt werde. Der HVM schaffe auch rechtswidrige unterschiedliche Verteilungspunktwerte zwischen den Arztgruppen. Als auf Überweisung tätige Ärzte hätten Radiologen auf die Mengendynamik keinen Einfluss. Durch die Bildung von Honorartöpfen aber werde das im EBM ausgedrückte Werteverhältnis der Leistungen verfälscht. Im Übrigen sei von der Beklagten auch nicht die volle Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte verteilt worden. So fehle es z.B. für die Abzüge nach Maßgabe der Grundsätze der EHv an einer ausreichenden gesetzlichen Ermächtigung. Auch die Höhe dieser Beiträge sei unverhältnismäßig. Überdies würden von der Beklagten überhöhte Verwaltungskostenbeiträge erhoben. Auch andere Beträge würden zu Unrecht der Verteilungsmasse entzogen.

Durch Urteil vom 2. Februar 2000 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main den Honorarbescheid der Beklagten vom 1. August 1998 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 2. August 1999 und vom 16. August 1999 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, den Kläger über dessen Honoraranspruch für das Quartal I/98 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Im Übrigen hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Beklagte wurde dazu verurteilt, dem Kläger 2/5 der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Den Honorarbescheid für das Quartal I/98 hat das Sozialgericht deshalb für rechtswidrig erachtet, weil er auf Teilquotierungsmaßnahmen nach Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702 HVM beruht. Das Sozialgericht hat dazu die Auffassung vertreten, die Rechtswidrigkeit dieser Quotierungsregelung ergebe sich daraus, dass sie in Verbindung mit Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 zu einer Honorarbegrenzung unterhalb des durchschnittlichen Umsatzes einer Arztgruppe führten. Zwar seien Honorarverteilungsregelungen, die den Vergütungsanspruch eines Vertragsarztes auf dessen Abrechnungswerte bzw. Praxisumsatz aus vergangenen Quartalen beschränkten, grundsätzlich mit der gesetzlichen Vorgabe nach [§ 85 Abs. 4 S. 3 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl. I, S. 2266](#)) vereinbar, soweit der Arzt mit seinem Quartalsumsatz den Durchschnittsumsatz einer Arztgruppe erreiche oder überschreite. Sie seien aber unzulässig, soweit sie zur Folge hätten, dass Ärzte mit unterdurchschnittlicher Fallzahl - typischerweise insbesondere Inhaber neu gegründeter Praxen - ihren Umsatz durch eine Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten nicht zumindest bis zum durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe steigern könnten. Jedenfalls in Verbindung mit der Teilbudgetierungsmaßnahme nach Abschnitt II könne Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702 zu einer zwar nicht absoluten, aber doch relativen Honorarbegrenzung unterhalb des durchschnittlichen Umsatzes der Arztgruppe führen. Dies sei dann unzulässig, wenn Maßnahmen nach Abschnitt I, die Praxen mit unterdurchschnittlicher Fallzahl begünstige, nicht einen entsprechenden Ausgleich schafften. Für diese Fälle sehe der HVM aber keine Regelung vor und die Beklagte sei ohne entsprechende satzungsrechtliche Vorgabe nicht befugt, eine gänzliche Aufhebung der Fallzahlbegrenzung vorzunehmen, weil das angeforderte Honorar des Klägers abzüglich Kosten sowie Begrenzungs- bzw. Kürzungsmaßnahmen unter dem Durchschnittshonorar der Fachgruppe liege. Insoweit sei die Beklagte vielmehr verpflichtet, zunächst die Ermittlung der Bemessungsgrundlage in ihrem Honorarverteilungsmaßstab zu regeln. Bei einer Neubescheidung über den Honoraranspruch für das Quartal I/98 werde sie diese Regelung dann zu berücksichtigen haben. Zwar habe der Kläger bereits eine Ausgleichszahlung durch die Beklagte erhalten, er sei dennoch weiter beschwert. Zum einen handle es sich nämlich um eine rechtsgrundlose Zahlung, da die Beklagte bis heute keine Änderung der angefochtenen Verwaltungsakte vorgenommen habe. Zum anderen reiche die bisherige Satzungsgrundlage für solche Zahlungen nicht aus. Nach Herstellung einer rechtmäßigen Satzung müsse die Beklagte sodann eine Neubescheidung des Honoraranspruchs für das Quartal I/98 vornehmen.

Im Übrigen sei die Klage jedoch abzuweisen gewesen. Das Sozialgericht hat die Auffassung vertreten, die Honorarbescheide für die Quartale III/97, IV/97 und II/98 seien rechtmäßig. Abgesehen von der hinsichtlich des Quartals I/98 angenommenen Rechtswidrigkeit der Teilquotierung gelte diese Annahme der Rechtmäßigkeit auch für dieses Quartal I/98. In formeller Hinsicht seien die Bescheide ausreichend begründet. Sie ließen in ihren Anlagen, die Bestandteil der entsprechenden Verwaltungsakte seien, die entscheidenden Berechnungsfaktoren erkennen, so dass die Nachprüfbarkeit der ergangenen Bescheide insoweit gegeben sei. Bei Erlass der Bescheide sei der Anhörungspflicht Genüge getan worden. Auch materiell-rechtlich seien diese Bescheide rechtmäßig. Sie seien inhaltlich hinreichend bestimmt und ließen klar und unzweideutig erkennen, wie hoch der Honoraranspruch der klägerischen Praxis sei. Das Regelwerk des EBM und des HVM zur Errechnung des Vergütungsanspruchs der klägerischen Praxis in den streitbefangenen Quartalen sei zutreffend angewandt worden.

Der HVM sei rechtmäßig, soweit er hier zur Anwendung komme. Soweit Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702 HVM als rechtswidrig angesehen worden sei, werde der Kläger dadurch in den Quartalen III/97, IV/97 und II/98 nicht in seinen Rechten verletzt, nachdem für diese Quartale eine Quotierungsmaßnahme lediglich nach Abschnitt I und zum Teil nach Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 HVM erfolgt sei. Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702 HVM könne daher die klägerische Praxis in diesen Quartalen nicht beschweren.

Im Übrigen sei der HVM jedoch rechtmäßig. Insbesondere sei es zulässig gewesen, im Honorarverteilungsmaßstab feste fachgruppenbezogene Honorarkontingente zu bilden, auch wenn das zur Folge haben könne, dass bei unterschätzlicher Mengenentwicklung

in einzelnen ärztlichen Fachgebieten die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet würden (Hinweis unter anderem auf BSG Urteile vom 3.03.1999 – [B 6 KA 56/97 R](#) und [B 6 KA 15/98 R](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)). Es liege in der Logik eines Systems der Vergütung nach erbrachten Einzelleistungen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das bisherige Honorargefüge zu Gunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert werde. Darauf bezogene Maßnahmen seien vom Gestaltungsspielraum der Beklagten bei der Honorarverteilung gedeckt.

Auch formell sei der HVM rechtmäßig zustande gekommen; er sei als Satzung ergangen und durch entsprechende Bekanntmachungen veröffentlicht worden. Das Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen (§ 85 Abs. 4 Satz 2 Sozialgesetzbuch V – SGB V –), sei hergestellt worden. Materiell-rechtlich sei der HVM gleichfalls rechtmäßig. Er beruhe auf einer hinreichend bestimmten Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), durch die vom Gesetzgeber die wesentlichen Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütung vorgegeben worden seien. Auch ein Verstoß gegen [Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) liege nicht vor. Honorarverteilungsbestimmungen beeinträchtigten weder unmittelbar noch mittelbar die Freiheit der Berufswahl, sondern griffen in ihrer berufsregelnden Auswirkung lediglich in die Freiheit in der Berufsausübung ein. Der dabei der Beklagten bei der Feststellung des Honorarverteilungsmaßstabs zustehende Spielraum sei durch die hier maßgeblichen honorarbegrenzenden Maßnahmen nicht überschritten worden. Insbesondere liege kein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot vor, da der HVM nicht an die Leistungserbringung sondern allein an die Verteilung der Gesamtvergütung anknüpfe. So sei insbesondere der Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 29. November 1997, durch den die Einfügung eines neuen Abschnitts I zu Anlage 3 der LZ 702 erfolgt sei, nicht zu beanstanden. Die Einführung einer Quotierung aufgrund der Abweichung von der durchschnittlichen Fallzahl sei letztlich unabhängig vom Behandlungsverhalten des Arztes, bezwecke vielmehr allenfalls indirekt, dass weniger Patienten behandelt würden. Vornehmlich diene diese Bestimmung jedoch dazu, einen beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen. Sie führe damit einen weiteren Verteilungsgesichtspunkt ein, der zu keiner wesentlichen Verschiebung der Honorarverteilung führe. Die Übernahme des EBM im HVM der Beklagten (LZ 202 Abs. 1 HVM) sei ebenfalls nicht zu beanstanden. Gleiches gelte auch für den EBM selbst. Der im Bewertungsausschuss herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordere die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Es könne deshalb nicht Aufgabe der Gerichte sein, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Etwas anderes könne nur in den Fällen gelten, in denen sich zweifelsfrei feststellen lasse, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe. Davon könne vorliegend nicht ausgegangen werden. Insbesondere sei die Aufteilung in verschiedene Honorargruppen nicht zu beanstanden. Dies gelte auch für die Budgetierung/Teilquotierung der Honorarforderungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Die Teilquotierung anhand einer individuellen Bemessungsgrenze sei grundsätzlich zulässig. Zulässig sei auch, dass der Teilfallwert des Arztes aufgrund der Teilfallwerte der entsprechenden Quartale der beiden vorausgehenden Jahre gebildet werde, weil damit hinreichend auf eine längerfristige Entwicklung abgestellt werde und so dem Arzt eine bessere Kalkulierbarkeit der von ihm erbrachten Leistungen ermögliche. Die getroffene Regelung lasse den Arztpraxen auch einen hinreichenden Veränderungs- bzw. Wachstumsspielraum und verhindere nicht grundsätzlich eine Leistungsausweitung der einzelnen Praxis. Einen Anspruch der einzelnen Arztpraxis auf eine Einkommensentwicklung mindestens bis zum Fachgruppendurchschnitt bestehe nicht. Soweit vom Bundessozialgericht diese Forderung aufgestellt worden sei, betreffe sie nur solche individuellen Bemessungsgrenzen, die für das gesamte ärztliche Honorar ein Budget vorsähen, also sowohl auf eine Begrenzung des Fallwertes und der Fallzahl oder auf eine Begrenzung aus dem Produktfallwert multipliziert mit der Fallzahl abstellden. Mit solchen Regelungen sei Abschnitt II Abschnitt 3 zu LZ 702 HVM, isoliert betrachtet, jedoch nicht vergleichbar. Im Übrigen sei die Quotierungsregelung nach Abschnitt III aus anderen als den hinsichtlich des Quartals I/98 dargelegten Gründen nicht zu beanstanden. Soweit diese Quotierungsregelung nicht zu einer unzulässigen Honorarbegrenzung führe, sei sie sachgerecht und diene der Stabilisierung des Punktwertes der Honorargruppe.

Die Beklagte sei auch nicht gehalten gewesen, zwischen Leistungserbringern, die nur oder größtenteils Leistungen auf Überweisung erbringen und den übrigen Leistungserbringern zu unterscheiden. Bei einer vom Mengenwachstum unabhängigen Garantie eines festen Punktwertes für Auftragsleistungen bzw. Zielaufträge bestehe wegen der davon ausgehenden Anreizwirkung unter Geltung einer begrenzten Gesamtvergütung die konkrete Gefahr der massiven Entwertung des Punktwertes für alle nicht auf Überweisung erbrachten Leistungen. Hinzu komme, dass der auf Überweisung tätig werdende Arzt gleichfalls Einfluss auf die Menge der von ihm im einzelnen Behandlungsfall erbrachten Leistungen habe. So entscheide er bei Rahmenaufträgen im Wesentlichen selbst, welche Leistungen zur Klärung der Verdachtsdiagnosen notwendig seien, ein Grundsatz, der auch für Zielaufträge angewandt werden könne.

EBM und HVM verstießen auch nicht insofern gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit, weil sie nach Auffassung des Klägers keine angemessene Vergütung ermöglichten. Kein Vertragsarzt habe einen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert. Soweit die Rechtsprechung (Hinweis auf BSG Urteil vom 3.03.1999 – [B 6 KA 65/97 R](#), a.a.O.) einen Korrekturbedarf etwa wegen der strikten Zeitgebundenheit erbrachten Leistungen gesehen habe, bestehe vorliegend ein solcher Korrekturbedarf nicht. Maßgeblich sei im Übrigen ohnehin nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe. Bei der Gruppe der Radiologen, bei der eine Mengenausweitung stattgefunden habe, zeige jedoch die durchschnittliche Honorarentwicklung bis 1997, dass diese Facharztgruppe sich durchaus im Bereich der von den anderen Arztgruppen mit Gebietsbezeichnung erzielten Überschüsse bewege und damit deutlich über den von Allgemein- und Praktischen Ärzten erzielten Gewinnen (Hinweis BSG Urteil vom 3.03.1999 – [B 6 KA 8/98](#) a.a.O.) liege. Soweit über die Teilquotierung nach Abschnitt III hinaus Schwankungen aufgrund von Quotierungsmaßnahmen kalkulatorisch unterschiedliche Punktwerte ergäben, sei dies keine Besonderheit der radiologischen Praxen, sondern betreffe sämtliche Praxen, die der EBM-Budgetierung unterlägen. Soweit in dem von den Klägern vorgelegten Gutachten von Frau G. K. auf den höheren Unkostenanteil der Fachgruppe der Radiologen im Vergleich zu den übrigen Ärzten hingewiesen und damit die These aufgestellt worden sei, dass diese Fachgruppe vom Punktwerteverfall überproportional betroffen sei, so habe sich das Gericht diesem Argument nicht grundweg verschlossen. Allerdings fehle auch hierbei der konkrete Nachweis, dass eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht wirtschaftlich geführt werden könne. Weiterhin sei in diesem Zusammenhang entscheidungserheblich, dass gerade die steigende Mengenausweitung zum Absinken des Punktwertes geführt habe, was bei der Argumentation des Klägers außer Betracht geblieben sei. Die Bildung von Honoraruntergruppen aber führe gerade dazu, dass der relative Fachgruppenanteil erhalten bleibe und soweit – wie hier – Stützungen vorgenommen worden seien, sich der relative Fachgruppenanteil sogar erhöht habe.

Dabei sei die Beklagte ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht wenigstens für die vorliegend streitbefangenen Quartale nachgekommen, als sie eine Untergrenze für die Honorargruppe der klägerischen Praxis festgesetzt habe, indem sie mit 10 % unterhalb des allgemeinen

Punktwerts bei der Honorargruppe 4 zu einem früheren Zeitpunkt Stützungsmaßnahmen vorgesehen habe, als für die übrigen Honorargruppen.

Auch ansonsten liege ein Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung nicht vor. So habe nicht festgestellt werden können, dass durch eine zu niedrige Vergütung das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an diesem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre (Hinweis auf BSG Urteil vom 12.10.1994 – 6 RKA 5/94 = SozR 3-2500 § 72 Nr. 5). Deshalb bestehe auch kein Anspruch des einzelnen Arztes auf ein garantiertes Arzteinkommen. Soweit solche Überlegungen in die Berechnungen des EBM eingegangen seien, dienten sie der Rationalität und Nachvollziehbarkeit der Bewertung einzelner Leistungen, stellten jedoch keine rechtlichen Mindest- oder Garantieansprüche der Vertragsärzte dar. Hinzu komme, dass das individuelle Arzteinkommen von zusätzlichen Faktoren wie Patientenzulauf, Praxiskosten, Arbeitseinsatz u.a.m. abhängen und insoweit der einzelne Vertragsarzt im Rahmen seiner freiberuflichen Tätigkeit auch ein eigenes wirtschaftliches Risiko zu tragen habe. Dabei werde von der Kammer nicht verkannt, dass durch den Punktwertverfall individuelle Härten eintreten könnten. Maßstab für die vorliegend zu treffenden Entscheidung habe jedoch nicht die besondere Situation der klägerischen Praxis sein können, sondern lediglich die Situation der gesamten Fachgruppe.

Auch im Übrigen seien die ergangenen Bescheide rechtmäßig. So erfolge der Abzug eines Verwaltungskostenanteils nach Maßgabe von [§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) sowie § 24 der Hauptsatzung der Beklagten und insoweit auf einer hinreichenden gesetzlichen und satzungsrechtlichen Grundlage. Auch hinsichtlich der Abzüge für die EHV bestehe mit § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.1953 (HessGVBl. 1953, S. 206) und der hierzu ergangenen Satzung eine hinreichende Rechtsgrundlage, so dass auch diese Abzüge als rechtmäßig angesehen werden müssten. Soweit der Kläger die Bildung von Rückstellungen beanstandete, dienten diese der ordnungsgemäßen Haushaltsführung; Anhaltspunkte dafür, dass die Beklagte sich hierbei nicht innerhalb des Zulässigen gehalten haben sollte, seien nicht ersichtlich.

Auch die gestellten Hilfsanträge seien abzuweisen gewesen. Eine weitere Sachaufklärung sei insoweit nicht erforderlich geworden.

Soweit der Beklagten 2/5 der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers auferlegt worden seien, beruhe dies darauf, dass die zunächst erhobenen Untätigkeitsklagen für die Quartale III/97, I/98 und II/98 begründet gewesen seien, weil für die Verzögerung der Entscheidung über die Widersprüche innerhalb der Frist von drei Monaten ([§ 88 Abs. 2 SGG](#)) kein hinreichender Grund vorhanden gewesen sei.

Gegen das dem Kläger am 11. Februar 2000 zugestellte Urteil richtet sich die am 14. Februar 2000 eingegangene Berufung, die mit den Schriftsätzen vom 3. März 2000 (Bl. 606 – 676 GA), vom 27. Juli 2000 (Bl. 683 – 693 GA), vom 21. September 2000 (Bl. 696 – 697 GA), vom 26. März 2001 (Bl. 720 – 734 GA) und vom 27. November 2003 (Bl. 756 – 764 GA), auf die insoweit Bezug genommen wird, ausführlich begründet worden ist. Dabei hat der Kläger maßgeblich darauf abgestellt, er habe in den streitbefangenen Quartalen keine angemessene Honorierung seiner vertragsärztlichen Leistungen erhalten. Die Regelungen, auf denen diese Honorierung beruhe, seien rechtswidrig oder gar nichtig. Als angemessene Vergütung stehe ihm ein "Arztlohn" von jährlich 180.000,- DM zu. Stattdessen habe er in den streitbefangenen Quartalen mit seiner ausgelasteten und wirtschaftlich geführten Praxis unter Berücksichtigung der anteilig auf die Kassenpatienten entfallenden Betriebsausgaben in den Quartalen IV/97, I/98 und II/98 lediglich Gewinne in Höhe von 9.382, DM, 7.742, DM bzw. 11.340, DM erwirtschaftet und im Quartal III/97 sogar einen Verlust in Höhe von 292, DM hinnehmen müssen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 2. Februar 2000 abzuändern sowie die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide vom 25. März 1998 sowie vom 26. Mai 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998, den Honorarbescheid vom 1. August 1998 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 2. August 1999 und vom 16. August 1999 bzw. des Bescheides vom 3. April 2000 sowie den Honorarbescheid vom 29. Oktober 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 1999 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, ihn hinsichtlich der Honorarabrechnungen für die Quartale III/97 bis II/98 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden, hilfsweise, Beweis zu erheben über die Behauptungen,

- 1) der Bewertungsausschuss vertrete die Ansicht, angemessen sei ein Quartal-"Arztlohn" je Arzt von 45.000,- DM nach Kostenausgleich, durch Einholung einer amtlichen Auskunft des Bewertungsausschusses,
- 2) die den radiologischen Vertragsärzten in den streitigen Quartalen von der Beklagten gezahlten Vergütungen hätten weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxen keinen "Arztlohn" übrig gelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxen gedeckt, durch Einholung eines Sachverständigengutachtens,
- 3) angesichts der bis zum Jahre 1997 eingetretenen Veränderungen in der Altersstruktur der hessischen Vertragsärzte stünden die Abzüge von der dem Kläger zustehenden anteiligen Gesamtvergütung für Zwecke der EHV in einem Verhältnis zu den zu erwartenden Versorgungsbezügen, das nach den Regeln der Rentenmethodik unverhältnismäßig gewesen sei (sehr hohe Quartalsabzüge, sehr geringe Rentenerwartung), durch Einholung eines rentenmathematisch-versorgungswissenschaftlichen Gutachtens,
- 4) der Vorstand der Beklagten habe vor seiner Beschlussfassung über seine Widersprüche die Widerspruchsbegründungen weder im Original noch inhaltlich – sei es durch Vorlage, sei es durch mündlichen Vortrag der Geschäftsführung – zur Kenntnis genommen, durch Parteivernehmung des 1. Vorsitzenden der Beklagten,
- 5) bei den Sozialwahlen 1993 habe es 27 Wahlen mit Wahlhandlung und 1.284 sog. Friedenswahlen gegeben, durch Einholung einer amtlichen Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit,
- 6) die Beklagte habe vor und nach Inkrafttreten des ab III/97 geltenden EBM und das in den fraglichen Quartalen Geltung beanspruchenden HVM ihren Mitgliedern keinerlei Fortbildungsveranstaltungen zum Verständnis des Regelwerks angeboten, das den fraglichen Honorarbescheiden zugrunde gelegen hat, durch Vernehmung des damaligen 1. Vorsitzenden des Vorstands Dr. B.,
- 7) der Bewertungsausschuss habe bei der Bestimmung derjenigen Punktzahlen im EBM, die die Beklagte seiner Honorierung des Klägers zugrunde gelegt hat, keine Ermittlungen über den fachgruppentypischen Aufwand, den Schwierigkeitsgrad und die Kostenstrukturen bei Radiologen zugrunde gelegt; bei der Festlegung der Punktzahlen hätten unbekannte, im SGB V nicht vorgesehene Gesichtspunkte eine Rolle gespielt. Diese Gesichtspunkte seien zu ermitteln, durch a) Beiziehung der Aufstellungsakten des Bewertungsausschusses und b) einer amtlichen Auskunft des Bewertungsausschusses,
- 8) es könne nicht ausgeschlossen werden, dass bei der Beschlussfassung über den in den streitigen Quartalen Geltung beanspruchenden HVM die Stimmen der a.o. Mitglieder der Vertreterversammlung das Zustandekommen der erforderlichen Stimmenmehrheit bewirkt haben,

durch Zeugnis des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Beklagten,

9) die Vertreterversammlung der Beklagten habe bei der Verabschiedung der in dem streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassung des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation radiologischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt; sie habe auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für die Vertragspraxen gehabt, durch zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung, von der Beklagten zu benennen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die sozialgerichtliche Entscheidung für zutreffend.

Die Beigeladenen stellen keinen Antrag.

Im Verlauf des Berufungsverfahrens wurde von der Beklagten durch Bescheid vom 3. April 2000 gegenüber dem Kläger die durchgeführte fallzahlabhängige Quotierung (Fallzahlbegrenzung) gem. Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702 im Hinblick auf die ergangene sozialgerichtliche Entscheidung in vollem Umfang aufgehoben. An den Kläger wurde für das Quartal I/98 ein weiterer Nettobetrag in Höhe von 3.119,39 DM ausbezahlt. Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung vom 17. Dezember 2003 dieses Teilanerkennnis angenommen.

Hinsichtlich der von der Beklagten nach LZ 803 HVM ergangenen Härtefallbescheide vom 16. November 1998 und vom 7. April 1999, jeweils in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 17. Juli 2000, wurde das Verfahren vom vorliegenden Verfahren abgetrennt und unter dem neuen Aktenzeichen L 7 KA 1220/03 fortgeführt.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird im Übrigen auf den gesamten weiteren Inhalt der Gerichtsakte sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -) ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch unbegründet.

Nicht zu entscheiden hatte der Senat dabei über die ergangenen Härtefallentscheidungen der Beklagten vom 16. November 1998 und vom 7. April 1999 jeweils in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 17. Juli 2000, da diese nicht Gegenstand des Klage- bzw. Berufungsverfahrens geworden sind, weshalb das hierüber geführte Verfahren vom vorliegenden Verfahren vorab abgetrennt und einer gesonderten Entscheidung zugeführt worden ist.

Abgesehen davon bedarf es einer erneuten Entscheidung der Beklagten über die dem Kläger aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit in den Quartalen III/97 bis II/98 erzielten Honorare nicht. Die insoweit angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden, soweit mit ihnen über das von der Beklagten abgegebene Teilanerkennnis hinaus dem Kläger kein höheres Honorar zugesprochen worden ist.

Über die Frage der Rechtmäßigkeit von Honorarbescheiden der Beklagten bzgl. der vorliegend umstrittenen Quartale wurde vom Senat – auch unter Berücksichtigung des klägerischen Vortrags zur Frage des angemessenen sog. "Arztlohnes" – bereits mehrfach entschieden. Auf die Urteile vom 16. Oktober 2002 ([L 7 KA 721/00](#)), vom 29. Januar 2003 ([L 7 KA 921/01](#) sowie [L 7 KA 1105/01](#) und [L 7 KA 1156/01](#)) sowie vom 26. Februar 2003 ([L 7 KA 656/00](#), [L 7 KA 707/00](#), [L 7 KA 723/00](#), [L 7 KA 1441/00](#), [L 7 KA 1373/01](#), [L 7 KA 1187/01](#) und [L 7 KA 1374/01](#)) wird insoweit Bezug genommen. Mit Ausnahme der Verfahren [L 7 KA 723/00](#) und [L 7 KA 1374/01](#) betreffen alle genannten Urteile des Senats die Honorierung von Radiologen. In all diesen Entscheidungen hat der Senat die Rechtmäßigkeit der dort ergangenen Honorarbescheide bestätigt.

Auch im Falle des Klägers hält der Senat an der in diesen Entscheidungen vertretenen Auffassung fest, die im Übrigen mit dem sozialgerichtlichen Urteil, auf das ergänzend gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen wird, in Übereinstimmung steht.

Dazu im Einzelnen:

Die angefochtenen Honorarbescheide sind formell rechtmäßig, inhaltlich hinreichend bestimmt und ausreichend begründet. Der Anhörungspflicht wurde im Falle des Klägers Genüge getan. Ob dem Vorstand der Beklagten die Einzelheiten des Vortrags des Klägers bei der von ihm getroffenen Entscheidung zur Kenntnis gebracht worden sind, hält der Senat nicht für entscheidungserheblich.

Auch materiell-rechtlich sind die auf dem EBM bzw. dem HVM beruhenden Bescheide nicht zu beanstanden:

HVM und EBM sind – soweit sie den Kläger betreffen und insbesondere entsprechende Honorarbegrenzungsregelungen beinhalten – rechtmäßig. Sie finden ihre maßgebliche Rechtsgrundlage in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 ([BGBl. I S. 1520](#)).

Dabei geht der Senat davon aus, dass der HVM formell rechtmäßig zustande gekommen ist. Für den Senat besteht insbesondere kein Anlass, die Ordnungsmäßigkeit der Beschlussfassung der Vertreterversammlung der Beklagten in Zweifel zu ziehen. Dies gilt auch im Hinblick auf die Herstellung des "Benehmens" der Beklagten mit den Verbänden der Krankenkassen gemäß [§ 85 Abs. 4 S. 2 SGB V](#). Auch die Veröffentlichung des HVM in Form von Rundschreiben entspricht den satzungsgemäßen Regelungen.

Eine unzulässige Rückwirkung des vorliegend angewandten Regelwerkes und dabei insbesondere des Abschnittes I Anlage 3 zu LZ 702 HVM liegt nicht vor. Denn im Ergebnis handelt es sich bei diesen Regelungen um solche der Honorarverteilung und zwar auch insoweit, als sie

zugleich im Interesse einer auf einer Mengenbegrenzung aufbauenden Punktwertstabilisierung dazu beitragen können, eine Fallzahlausweitung zu vermeiden.

HVM und EBM verstoßen auch nicht gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt. [§§ 85, 87 SGB V](#) stellen insoweit eine hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage dar. Beim Zustandekommen des EBM kommt es im Übrigen nicht auf die Legitimation der Mitglieder des Bewertungsausschusses an, sondern allein auf diejenige der Partner der Mantelverträge, die für den Senat nicht in Frage steht. Hinsichtlich des HVM und dessen Änderungen geht der Senat auch von der entsprechenden Legitimation der Vertreterversammlung der Beklagten aus, deren Zusammensetzung auch im Hinblick auf die Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder nach Meinung des Senats nicht zu beanstanden ist.

Die im Falle des Klägers angewandten Regelungen des EBM bzw. des HVM und deren Umsetzung mögen kompliziert und schwierig zu erfassen sein. Dennoch genügen diese Regelungen noch dem rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgebot. Zwar müssen Rechtsnormunterworfenen in zumutbarer Weise feststellen können, ob die tatsächlichen Voraussetzungen für die in der Rechtsnorm ausgesprochenen Rechtsfolgen vorliegen (BVerfG, Beschluss vom 24.11.1981 – [2 BvL 4/80](#) = [NJW 1982, Seite 1275](#) m.w.N.). Diesen Anforderungen wird das vorliegende Regelwerk und dessen Umsetzung indes gerecht. Die den Honorarbescheiden beigefügten Anlagen machen die Umsetzung insbesondere des HVM in Bezug auf den Kläger nachvollziehbar und genügen damit ebenfalls dem Bestimmtheitsgebot.

Dass insbesondere der HVM Regelungen enthält, wonach eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets erfolgt und sich demgemäß – auch abhängig von der Mengenentwicklung in den einzelnen Teilbereichen – unterschiedlich hohe Vergütungen ergeben können, ist gleichfalls rechtmäßig.

Entgegen der Auffassung des Klägers ergibt sich, losgelöst von EBM und HVM, auch kein Anspruch des Klägers auf eine Vergütung eines bestimmten – vom Kläger mit jährlich 180.000,- DM angesetzten – "Arztlohnes" als angemessene Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit. Weder aus [Artikel 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) noch aus dem Sozialgesetzbuch V lässt sich ein solcher Anspruch ableiten. Eine Beeinträchtigung des vertragsärztlichen Versorgungssystems als Ganzem, zumindest bezogen auf Facharztgruppe der Radiologen, die auf eine fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung zurückzuführen wäre, ist für den Senat nicht ersichtlich geworden. Deshalb kann sich die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen nur nach den geltenden Normen des EBM bzw. des HVM richten, wobei den Normgebern in der hier zur beurteilenden Anfangs- und Erprobungssituation ein weiterer Regelungsspielraum zukommt, der nach Auffassung des Senats in den vorliegend umstrittenen Quartalen III/97 bis II/98 nicht überschritten worden ist. Insoweit bedurfte es auch nicht der vom Kläger geforderten und nach betriebswirtschaftlichen Erkenntnissen zu ermittelnden Feststellung der Praxiskosten durch den Bewertungsausschuss, zumal bei der Gestaltung des EBM als Akt der Normsetzung nicht nur Kostengesichtspunkte zu beachten sind, sondern bei dieser Gestaltung auch andere Kriterien einfließen können. Zu diesen Kriterien gehört z.B. auch die Mengensteuerung durch die im EBM enthaltene Budgetierungsregelung, oder aber z.B. die Begrenzung der Scanzahl beim CT bzw. die Frequenzzahlbegrenzung beim MRT, Kriterien, welche die gerichtliche Überprüfbarkeit von vornherein einschränken. Etwas anderes lässt sich auch nicht aus der in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14. November 2003 ([BGBl. I S. 2190](#)) ableiten, wie dies der Kläger zuletzt vorgetragen hat. Als Vertragsarzt ist der Kläger dem Regelungssystem der auf Gesamtvergütungsvereinbarungen beruhenden Honorierung seiner ärztlichen Leistungen unterworfen, das auch durch das GMG nicht grundsätzlich verändert worden ist. Ob und ggf. in welchem Umfang deshalb – was der Kläger beanstandet – "krankversicherungs fremde Leistungen" von diesem System mitgetragen werden, ist allein von den (Gesamt-) Vertragspartnern zu berücksichtigen und ohne Einfluss auf die getroffene Regelung zur Honorarverteilung. Deshalb bedurfte es auch keiner weiteren Sachaufklärung zur konkreten wirtschaftlichen Situation der Vertragsarztpraxis des Klägers. Auch die vorgelegte Äußerung von Frau K. vom 2. November 1998 zwingen demzufolge nicht dazu, insoweit weitergehende Ermittlungen anzustellen.

Soweit eine Sicherstellungsproblematik bestehen sollte oder aber im Falle des Klägers Härtegesichtspunkte greifen sollten, verbleibt der Beklagten die Möglichkeit des Härteausgleichs nach Maßgabe der im HVM insbesondere in LZ 607 bzw. LZ 803 getroffenen Regelungen; Entscheidungen hierüber sind jedoch – wie bereits ausgeführt – nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

Auch im Übrigen hält der Senat die auf den Kläger angewandten Honorarverteilungsregelungen für rechtmäßig. Dies gilt zum einen für die Bildung von Honorartöpfen allgemein, als auch im Bezug auf die Instrumentarien zur Beeinflussung der Mengendynamik und die Regelungen zum Schutz vor einem (weiteren) Punktwertverfall, der sich aus einer Ausweitung der Leistungsmengen in anderen Bereichen ergeben kann. Der Senat hält es dabei für gerechtfertigt, diese Regelungen auch bei überweisungsgebundenen Leistungen anzuwenden, soweit dadurch – wie hier – die Honorarverteilung auf der Grundlage arztgruppenbezogener Kontingente erfolgt und bei einer Abweichung vom mittleren Punktwert für die Honorargruppe 4 um -10 v.H. im HVM vorgesehene Stützungsmaßnahmen eine Korrektur ermöglichen. Soweit sich bei unterschiedlichen Praxisausrichtungen unterschiedliche Punktwerte ergeben, kommt im Übrigen auch hier bei atypischen Ausgangssituationen die Anwendung der im HVM getroffenen Härteregelung in Betracht, die bei solchen Fallgestaltungen einen angemessenen Ausgleich herbeizuführen geeignet ist.

Soweit der HVM in der hier maßgeblichen Fassung zur Berechnung der Durchschnittszahlen der Fachgruppe und die daran anknüpfende individuelle Bemessungs- und Fallzahlgrenze anknüpft, ist dies nach Auffassung des Senats gleichfalls nicht zu beanstanden, zumal der Kläger durch diese Regelung im konkreten Fall nicht benachteiligt wird.

Auch im Übrigen hält der Senat die Honorarbescheide für rechtmäßig. Dies gilt insbesondere für die vorgenommenen "Abzüge" zugunsten der EHV, bei der es sich um eine besondere Form der Honorarverteilung handelt, die ihrerseits auf einer hinreichenden Rechtsgrundlage (Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.1953 a.a.O.) beruht. Auch für die Berechnung von Verwaltungskosten ist durch [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V](#) eine hinreichende Rechtsgrundlage vorhanden. Dass der Beklagte schließlich Rückstellungen zu bilden hat, die in einzelnen Quartalen zu einer Verminderung der für die Honorarverteilung zustehenden Vergütung führen kann, beruht auf [§ 78 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 82](#) Sozialgesetzbuch IV (SGB IV) und kann damit ebenfalls nicht zur Rechtswidrigkeit der ergangenen Honorarbescheide führen.

Die Berufung des Klägers gegen das sozialgerichtliche Urteil war nach alledem zurückzuweisen. Mangels Beweiserheblichkeit konnte aus

den dargelegten Gründen auch den hilfsweise gestellten Anträgen nicht entsprochen werden.

Die getroffene Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision hat der Senat nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-05-26