

L 7 KA 1440/00

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

7

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 28 KA 3860/98

Datum

07.06.2000

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 7 KA 1440/00

Datum

17.12.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 30/04 R

Datum

09.12.2004

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 7. Juni 2000 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt für die Quartale III/97 und IV/97 die Zahlung eines höheren Honorars für seine vertragsärztliche Tätigkeit.

Der Kläger, der seit April 1987 als Vertragsarzt zugelassen war, war seit dem Quartal IV/95 - nach Übernahme der Praxis Dr. P. - in S./Ts. als Radiologe und Nuklearmediziner niedergelassen. Er verfügt über keine eigenen CT- bzw. MRT-Geräte, ihm ist vielmehr die Mitbenutzung eines Computertomographen am Krankenhaus S./Ts. und eines MRT-Gerätes am Nordwestkrankenhaus in F. gestattet. Der Kläger ist von der Regelung über die sog. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) erfasst, die aufgrund des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 (HessGVBl 1953, S. 206) eingerichtet worden ist. Aus der EHV bezieht der Kläger nach der krankheitsbedingten Aufgabe seiner Praxis seit Februar 2001 Leistungen.

Die vertragsärztliche Honorierung des Klägers richtete 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 Hauptsatzung 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:

Fallzahl / davon budgetrelevant Honoraranforderung Honorargruppe 4 gesamt Fallwert des angef. Honorarvolumens Fallzahlabhängige Bewertung

III/97 926 / 923 110.211,20 119,41 105,12 %

IV/97 1.075 / 1.073 120.462,29 112,27 105,08 %

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) 2.382,943.260,09

Summe aus durchgeführten Maßnahmen + 5.643,03

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) 2.613,282.807,483.082,90 3.312,02

Summe aus durchgeführten Maßnahmen + 423,32

In den Quartalen III/97 bis IV/97 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

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

Bescheid vom PK EK Sonstige-Kostenträger 0, 3 % Kosten für Sicherstellung 2,35 % gesamte Verwaltungskosten Nettohonorar

III/97 25.03.98 29.995,14 48.121,45 2.048,65 240,38 1.878,22 78.046,64 IV/97 26.05.98 36.689,66 49.210,72 3.725,96 268,82 2.099,86 87.257,66

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

Gegen die Honorarabrechnungen in den Quartalen III/97 und IV/97 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 der Kläger am 16. November 1998 zunächst Untätigkeitsklage hinsichtlich des Quartals III/97, die vom Sozialgericht unter dem Az.: [S 28 KA 4106/98](#) geführt worden ist.

Über die Widersprüche entschied die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 1998 bezüglich beider Quartale. Die Widersprüche des Klägers wurden jeweils zurückgewiesen. Im Widerspruchsbescheid führte die Beklagte aus, der Honorarverteilungsmaßstab werde den gesetzlichen Vorgaben und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Hinweis u.a. auf BSG, Urt. v. 12.10.1994 - [6 RKA 5/94](#) = [SozR 3-2500 § 72 Nr. 5](#)) gerecht. Die Wirtschaftlichkeit einer Praxis zähle zum Berufsrisiko eines freiberuflichen tätigen Arztes wie eines jeden Selbständigen.

Nach Erlass des Widerspruchsbescheids hat der Kläger seine Klage unter Einbeziehung des Quartals IV/97 auf eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage 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 lediglich zu einem Überschuss von 842,- DM und im Quartal IV/97 von 8.498,- DM geführt. 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 Nuklearmediziner. 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. Beide 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 werden könne. 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.

Während des sozialgerichtlichen Verfahrens hat die Beklagte "Härtefallbescheide" nach LZ 803 Abs. 3 HVM erlassen. Durch Bescheid vom 14. Dezember 1998 wurde dem Kläger für das Quartal III/97 ein weiterer Betrag von netto 2.091,55 DM gut geschrieben und durch Bescheid vom 6. Januar 1999 für das Quartal IV/ 97 ein Nettobetrag von 4.435,74 DM. Beide Härtefallbescheide hat der Kläger ebenfalls mit dem Widerspruch angefochten.

Das Sozialgericht Frankfurt am Main hat den Rechtsstreit des Klägers mit demjenigen des in W. niedergelassenen Radiologen Dr. H. ([S 28 KA 3860/98](#)) verbunden und die verbundenen Klagen durch Urteil vom 7. Juni 2000 abgewiesen. Die Kläger wurden verurteilt, der Beklagten je zur Hälfte deren außergerichtliche Kosten zu erstatten.

Das Sozialgericht hat die Auffassung vertreten, die angefochtenen Bescheide wiesen in formeller Hinsicht keine Fehler auf und seien hinreichend begründet; den Anforderungen des § 35 Abs. 1 S. 1 und S. 2 Sozialgesetzbuch 10 (SGB X) sei Genüge getan. Die tragenden Gesichtspunkte sowohl in tatsächlicher als auch in rechtlicher Hinsicht seien von der Beklagten aufgezeigt worden. Die zum Vollzug notwendigen Daten seien den "Nachweisen" zu den getroffenen Maßnahmen hinreichend deutlich zu entnehmen. Auch seien die maßgeblichen verfahrensrechtlichen Bestimmungen eingehalten worden, ein Verstoß gegen [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) liege nicht vor. Die angefochtenen Honorarbescheide seien auch hinreichend bestimmt im Sinne von [§ 33 Abs. 1 SGB X](#). Die den Kläger betreffenden Honorarbescheide seien auch materiell-rechtlich nicht zu beanstanden. Sie würden insbesondere den Vorgaben in [§ 85 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) gerecht. Insoweit stünden bei der konkreten Ausgestaltung der Mechanismen der Honorarverteilung der den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) beschließenden Vertretersammlung der Beklagten eine weitgehende Gestaltungsfreiheit zu, die auch mit dem Verfassungsrecht in Einklang stehe. Zwar komme den Honorarverteilungsregelungen sowohl subjektiv als auch objektiv eine berufsregelnde Tendenz zu, weshalb sie am Grundrecht der Berufsfreiheit des [Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) zu messen und insofern auch dem Gleichbehandlungsgebot des [Artikels 3 Abs. 1 GG](#) unterworfen seien. Der dabei dem Normgeber eingeräumte weite Gestaltungsspielraum sei für die vorliegend umstrittenen Quartale insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung nicht überschritten worden. Dies gelte insbesondere auch für die Einführung honorarbegrenzender Maßnahmen, zumal die Kassenärztlichen Vereinigungen eine relativ verlässliche Übersicht darüber hätten, bei welchen Arztgruppen die Folgen eines möglichen Punktwertfalles gesundheits- und honorarpolitisch unerwünscht seien und zur Gefährdung zahlreicher im Grunde wirtschaftlich arbeitender Arztpraxen führen könnte. Die streitgegenständlichen Bestimmungen des HVM seien auch nicht deshalb rechtswidrig, weil sie zum Teil erst nach Ablauf derjenigen Quartale eingeführt worden seien, für die sie bestimmt waren. Da die Honorierung der ärztlichen Leistungen an die Höhe der Gesamtvergütung anknüpfe und der Punktwert zwangsläufig erst nach Quartalsabschluss abschließend für das abgelaufene Quartal festgelegt werden könne, liege ein Sachverhalt vor, bei dem von vornherein aus der Natur der Sache mit rückwirkenden Änderungen gerechnet werden müsse. Keinen Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot stelle es deshalb dar, wenn die mit der abschließenden Punktbewertung eng verbundenen Grundlagen, wie z.B. die Vergütungsquote, bis zu welcher der höhere Punktwert gezahlt werde und ab der die Honorierung nur noch nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung erfolge, erst nach Quartalsabschluss rückwirkend festgelegt werde (Hinweis auf BSG Urteil vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) = SozR 3-2500 § 85 Nr. 31). Die hier maßgeblichen Regelungen insbesondere der Anlage 3 zu LZ 702 seien auch nicht darauf ausgerichtet, eine übermäßige Ausdehnung der Kassenarztpraxen im Sinne von [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) einzuschränken, vielmehr enthalte diese Bestimmung eine Quotierung des im aktuellen Quartal festgestellten Fallwertes, die nur dann nicht greife, wenn deutliche Überschreitungen hinsichtlich der Fallzahlen gegenüber dem Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe im jeweiligen Quartal des Jahres 1995 vorlägen. Die getroffenen Regelungen seien insoweit darauf angelegt, im Hinblick auf den Leitaspekt, nämlich der Verteilung des Gesamthonorars unter Knappheitsaspekten, zu einer auch Gesichtspunkte der Leistungsfähigkeit und des sozialen Ausgleichs einbeziehenden Verteilung der Gesamtvergütung zu gelangen. Die Grundsätze der Honorarverteilung der Beklagten würden auch den formalen Rechtmäßigkeitsanforderungen des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) gerecht. Die Beschlussfassungen in den Sitzungen der Abgeordnetenversammlung vom 14. Juni 1997, 29. November 1997 sowie vom 20. Juni 1998 seien ordnungsgemäß erfolgt. Der Honorarverteilungsmaßstab sei in der Form des Satzungsrechts beschlossen und ordnungsgemäß veröffentlicht worden. Auch das nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) erforderliche Benehmen mit den Krankenkassenverbänden sei hergestellt worden. Die getroffenen Regelungen insbesondere in LZ 702 HVM seien auch materiell-rechtlich nicht zu beanstanden. Sie sähen in ihrer Grundstruktur vor, dass der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes in bestimmten Leistungsbereichen unter Anknüpfung an dessen individuelle Abrechnungswerte und Fallzahlen aus vergangenen Quartalen begrenzt werde; der HVM der Beklagten bediene sich somit einerseits der Bildung sogenannter Honorartöpfe und andererseits der Festlegung individueller Bemessungsgrenzen, um zu einer sachgerechten Aufteilung der Gesamtvergütung zu gelangen. Vorliegend sei die Aufteilung der geprüften Gesamthonoraranforderung in die verschiedenen Honorargruppen sowie deren Zuordnung im HVM sachgerecht. Gleiches gelte auch für die nach der Anlage 3 zu LZ 702 HVM vorgesehene Fallzahl- und Fallwertbegrenzung in der Honorargruppe 4. Insofern habe die Einführung von Praxisbudgets im EBM das Strukturproblem der insgesamt begrenzten Vergütung nicht beseitigt. Der dem Normgeber eingeräumte Gestaltungsspielraum und damit auch die Befugnis zur Verallgemeinerung, Typisierung und Pauschalierung sei diesbezüglich nicht überschritten worden. Im Rahmen dieses Gestaltungsspielraums sei es dem Beklagten auch gestattet gewesen, von einer weiteren Ausdifferenzierung der Honoraruntergruppe 4.16 abzusehen. Entsprechendes gelte für die Festlegung der Zuwachsmöglichkeiten für die Maßnahmen nach Abschnitt II als auch nach Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702. Die vom Kläger verlangte Ausdifferenzierung insbesondere nach schwerpunktmäßig nuklearmedizinisch orientierten Praxen, konventionell radiologisch tätigen Praxen, sowie Praxen mit Schwergewicht auf der Erbringung von Großgeräteleistungen der Radiologie, würde zu einer nicht mehr handhabbaren Regelung führen, zumal etliche radiologische Praxen in diesem Sinne Mischpraxen seien, bei denen wiederum die Zuordnung zu derartigen Untergruppen besondere Probleme bereite. Im Rahmen der Fallwertbegrenzung nach Abschnitt II gelte zudem, dass die Besonderheiten der einzelnen radiologischen Praxis sich hinreichend in den individuellen Teilfallwerten der Bezugsquartale niederschlugen, aus denen der Mittelwert zu bilden sei, der seinerseits um 10 % von dem auf Basis der Bezugsquartale gemittelten entsprechenden Teilfallwerte der Fachgruppe erhöht werde. Auch die den Maßnahmen nach Abschnitt II und III LZ 702 HVM vorgeschaltete fallzahlabhängige Bewertung der Honoraranforderung nach Abschnitt I sei in ihrer Grundstruktur nicht zu beanstanden. Nicht zu beanstanden sei auch, in welcher Weise der Beklagte die Honorarverteilung im Hinblick auf die Regelungen des EBM vorgenommen habe. Art und Umfang der Leistungen, wie sie im EBM festgelegt seien, stellten nicht das allein zulässige Verteilungskriterium dar. Vielmehr hätten insbesondere zum Zwecke der Mengenbegrenzung auch andere Verteilungskriterien in den

Verteilungsmaßstab aufgenommen werden dürfen, selbst wenn dadurch im Ergebnis je nach Art und Gruppe unterschiedliche Punktwertstufen zustande kämen. Der EBM selbst, als untergesetzliche Rechtsnorm, sei insoweit ebenfalls rechtswirksam zustande gekommen. Die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber dem Kläger sei auch aus diesem Grunde rechtlich nicht zu beanstanden. Insbesondere stehe dem Kläger kein Rechtsanspruch auf einen höheren Punktwert als demjenigen seiner Fachgruppe zu. Auch ansonsten bestehe kein Anspruch auf eine darüber hinaus gehende Vergütung. Vergütungsansprüche könnten nur im Rahmen des vom Gesetz vorgegebenen vertragsärztlichen Vergütungsrahmens geltend gemacht werden. Ein Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf ein garantiertes Arzteinkommen bestehe nicht. Ein solcher Anspruch lasse sich insbesondere nicht aus § 72 Abs. 2 SGB V herleiten. Die langfristige Betrachtung der Einkommensentwicklung der Fachgruppe der Radiologen lasse ebenfalls keine Rückschlüsse darauf zu, dass die Fachgruppe der Radiologen nicht mehr die Chance habe, Gewinne aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Umfang zu erzielen, der nicht nachhaltig hinter den entsprechenden Möglichkeiten der anderen Arztgruppen zurückbleibe. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus dem vom Kläger vorgelegten Gutachten von Frau Gisela Kempny. Dieses Gutachten erbringe nicht den konkreten Nachweis dafür, dass eine ausgelastete radiologische Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht mehr wirtschaftlich geführt werden könne. Weiter werde in diesem Gutachten die rechtliche Vorgabe außer Acht gelassen, dass der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes von vornherein begrenzt sei auf die zur Verteilung bereitstehende Gesamtvergütung und somit bei steigender Mengenausweitung, die gerade zum Absinken des Punktwerts führe, Honorarbegrenzungsregelungen unverzichtbar seien.

Der Honorarbescheid leide auch nicht deshalb an einem Rechtsfehler, weil vom Bruttohonorar Verwaltungskosten in Abzug gebracht worden seien. Die insoweit erfolgte Beitragserhebung finde in § 24 der Hauptsatzung der Beklagten eine ausreichende Rechtsgrundlage. Auch die Abzüge zur Finanzierung des Systems der EHV sei insoweit nicht zu beanstanden. Die zu Zwecken der Altersversorgung und des Schutzes vor Invalidität geschaffene EHV beruhe auf einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage und der hierzu ergangenen Satzung der Beklagten.

Nach alledem habe der Kläger mit seinem Hauptantrag keinen Erfolg haben können.

Auch den in der mündlichen Verhandlung vom 7. Juni 2000 gestellten Hilfsanträgen sei nicht zu entsprechen gewesen. Diese hätten sich durchweg auf rechtlich nicht relevante Fragenkreise und Aspekte bezogen und nicht auf echte Tatsachenbehauptungen. Dies treffe auch dort zu, wo von einem "Arztlohn" die Rede gewesen sei, nachdem es keinen eigenständigen vertragsärztlichen Vergütungsanspruch neben dem Anspruch auf eine leistungsproportionale Teilhabe an der Gesamtvergütung für Vertragsärzte gebe und es deshalb auf die Frage, welchen Überschuss der Kläger in den streitgegenständlichen Quartalen erzielt habe, nicht ankomme, weil maßgeblich insoweit nicht die individuelle Situation sei, sondern diejenige der Fachgruppe.

Hinsichtlich der getroffenen Kostenentscheidung führt das Sozialgericht aus, dem Kläger habe ein Kostenerstattungsanspruch auch nicht im Hinblick auf die erledigte ursprüngliche Untätigkeitsklage zugestanden. Der Beklagten habe insoweit ein zureichender Grund i.S.v. § 88 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) für die Überschreitung der 3-Monatsfrist bei der Widerspruchsbescheidung zur Seite gestanden.

Gegen das dem Kläger Dr. A. am 11. November 2000 zugestellte Urteil richtet sich dessen am 14. November eingegangene Berufung, die mit den Schriftsätzen vom 22. November 2000 (Bl. 394 - 464 GA), vom 14. Dezember 2000 (Bl. 469 - 471 GA), sowie vom 27. November 2003 (Bl. 483 - 491 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 beiden streitbefangenen Quartalen mit seiner ausgelasteten und wirtschaftlich geführten Praxis jedoch Verluste zu verzeichnen gehabt. Insoweit müssten die im Widerspruchsverfahren vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen durch neuere Gewinn- und Verlustrechnungen ersetzt werden. Nach diesen neueren Erkenntnissen sei unter Berücksichtigung der anteilig auf die Kassenpatienten entfallenden Betriebsausgaben im Quartal III/97 ein Fehlbetrag von 12.277,- DM entstanden und im Quartal IV/97 ein Fehlbetrag in Höhe von 2.540,- DM.

Der Kläger beantragt,

das ihn betreffende Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 7. Juni 2000 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide vom 25. März 1998 sowie vom 26. Mai 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 zu verpflichten, ihn hinsichtlich der Honorarabrechnung für die Quartale III/97 bis IV/97 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 gegenüber den hessischen Vertragsärzten 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 1284 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 beanspruchende 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.

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. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch unbegründet.

Nicht zu entscheiden hatte der Senat dabei über die ergangene Härtefallentscheidung der Beklagten vom 14. Dezember 1998, die nicht Gegenstand des Klage- bzw. Berufungsverfahrens geworden und deshalb vom Kläger – richtigerweise – gesondert mit dem Widerspruch angefochten worden ist.

Abgesehen davon bedarf es keiner erneuten Entscheidung der Beklagten über die dem Kläger aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit in den Quartalen III/97 und IV/97 erzielten Honorare. Die insoweit angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden.

Über die Frage der Rechtmäßigkeit von Honorarbescheiden der Beklagten bzgl. der vorliegend umstrittenen Quartale III/97 und IV/97 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 die 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 und IV/97 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 – "krankversicherungsfremde 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 Kempny vom 2. November 1998 zwingen demzufolge nicht dazu, insoweit weitergehende Ermittlungen anzustellen.

Soweit eine Sicherstellungsproblematik bestehen 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