

L 6/7 KA 134/03

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6

1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 5 KA 3185/98
Datum
23.10.2002

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 6/7 KA 134/03
Datum

28.12.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 23/08 R
Datum
16.10.2008
Kategorie
Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. Oktober 2002 aufgehoben. Die Klage wird, soweit sie über das Teilanerkenntnis vom 19. Dezember 2007 hinaus aufrechterhalten wird, abgewiesen.

II. Die Beklagte hat dem Kläger ein Viertel der notwendigen außergerichtlichen Kosten beider Instanzen zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe des Honorars für die Quartale I/96 und II/96 aus der vertragsärztlichen Tätigkeit des Klägers, der als Internist (mit der Berechtigung, die Zusatzbezeichnungen "Angiologie" und "Allergologie" zu führen) in XY. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Streitig ist insbesondere noch die Frage, ob die Beklagte über das am 19. Dezember 2007 angenommene Teilanerkenntnis hinaus verpflichtet war und ist, auf Honorarkürzungen im Rahmen der Teilquotierung vollständig zu verzichten.

Die Abgeordnetenversammlung der Beklagten beschloss am 2. Dezember 1995 neue, ab dem 1. Januar 1996 geltende "Grundsätze der Honorarverteilung" (Honorarverteilungsmaßstab - HVM), die als Teil 1 der Anlage zum Rundschreiben vom 18. Dezember 1995 bekannt gemacht wurden. Für die Verteilung der Gesamtvergütung (nach Absetzung der vorab für Zwecke der sog. "erweiterten Honorarverteilung" benötigten Anteile) wurden in Leitzahl (LZ) 702 HVM und der dazugehörenden Anlagen 1, 2 und 3 folgende Regelungen getroffen: Die (sachlich-rechnerisch) geprüfte Honoraranforderung wurde für den Primärkassenbereich in fünf (später dann sechs) Honorargruppen (Anlage 1) und für den Ersatzkassenbereich (Anlage 2) in sechs (später dann sieben) solcher Gruppen unterteilt. Dabei gehörten jeweils in die Honorargruppe 3a die hausärztliche Grundvergütung mit der Maßgabe, dass sie mindestens mit einem Punktwert von 10 Pfennig (Pfg.) vergütet wurde und in die Honorargruppe 3c bzw. 3b (aufgrund einer Änderung vom 17. April 1996) dem Grunde nach alle übrigen, nicht von den anderen Honorargruppen erfassten Leistungen des sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM - hier: EBM '96). In Anlage 3 zu LZ 702 HVM wurde dann unter I. die zusätzliche arztbezogene Teilquotierung der Honoraranforderung der Honorargruppe geregelt. Dabei wurde auf den zu erwartenden mittleren Punktwert von Primär- und Ersatzkassen - ermittelt als rechnerischer Punktwert aus den Honorargruppen 3a bis 3c (3b) - abgestellt und danach unterschieden, ob dieser Punktwert unterhalb von 8,5 Pfg. bis 8,0 Pfg. oder aber unterhalb von 8,0 Pfg. liegen würde. Für den ersten Fall galt, dass auf der Basis der Honoraranforderung des aktuellen Quartals (Abrechnungsquartal) für jede Fachgruppe für den gesamten Bereich der Beklagten ein Teilfallwert sowie die dazugehörige mittlere Abweichung (Standardabweichung) ermittelt werden sollte. Auf der Basis der so ermittelten Werte sollte die Honoraranforderung des einzelnen Arztes bzw. der einzelnen Praxis dann einer Teilquotierung wie folgt unterzogen werden: Überschritt der Teilfallwert des Arztes bzw. der Praxis nicht den Teilfallwert der Fachgruppe zuzüglich 25 % der mittleren Abweichung, wurde die Honoraranforderung des einzelnen Arztes bzw. der einzelnen Praxis unter Berücksichtigung seiner/ihrer Fallzahl zu 100 % anerkannt (a). Der Teilfallwert des einzelnen Arztes bzw. der einzelnen Praxis, der zwischen dem Teilfallwert der Fachgruppe zuzüglich 25 % der mittleren Abweichung und dem Teilfallwert der Fachgruppe zuzüglich 50 % der mittleren Abweichung lag, sollte mit einem Anteil von 75 % anerkannt werden (b). Der Teil des Fallwertes des einzelnen Arztes bzw. der einzelnen Praxis oberhalb des Teilfallwertes plus 50 % der mittleren Abweichung der Fachgruppe sollte mit einem Anteil von 50 % anerkannt werden (c). Für den zweiten Fall - wenn der mittlere Punktwert unterhalb von 8,0 Pfg. liegen sollte, wie dies im vorliegenden Fall bei beiden streitigen Quartalen zu erwarten war und dann auch eingetreten ist - sollte die Teilquotierung wie folgt vorgenommen werden: Die zuvor dargestellten Regelungen galten entsprechend mit der Maßgabe, dass bis zum Teilfallwert der jeweiligen Arztgruppen der einzelne Arzt bzw. die einzelne Praxis unter Berücksichtigung seiner/ihrer Fallzahl die Honoraranforderung zu 100 % anerkannt erhalten sollte. Der Teil des Fallwertes des einzelnen Arztes/der einzelnen Praxis, der zwischen

dem Teilfallwert der Arztgruppe und dem Teilfallwert der Arztgruppe zuzüglich 25 % der mittleren Abweichung lag, sollte mit dem Anteil von 75 % anerkannt werden. Der Teil des Fallwertes des einzelnen Arztes/der einzelnen Praxis oberhalb des Teilfallwertes der Arztgruppe zuzüglich 25 % der mittleren Abweichung der Arztgruppe sollte mit einem Anteil von 50 % anerkannt werden.

Unter I. 5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM war geregelt worden, dass von der Teilquotierung der Honoraranforderung in Ausnahmefällen ganz oder teilweise durch Beschluss des Vorstandes abgesehen werden könne. Generell sollte von der Teilquotierung (ganz) abgesehen werden, wenn der Quotierungsbetrag niedriger als DM 1.000 liege. Der Vorstand wurde ermächtigt (II.), Einzelheiten vorstehender Honorarverteilungsbestimmungen zu regeln. Darüber hinaus enthielt der HVM in LZ 607 Ausnahmeregelungen für den Fall von auftretenden Sicherstellungsproblemen. Nach LZ 803 HVM sollte in besonderen, dort näher dargelegten Härtefällen ebenfalls eine Ausgleichszahlung möglich sein bzw. von Quotierungsregelungen abgesehen werden können. Änderungen/Ergänzungen beschloss die Abgeordnetenversammlung am 17. April 1996 (betreffend die Honorargruppenbezeichnung in Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM – Bekanntmachung vom 25. April 1996) und am 6. Juli 1996 (Bekanntmachung vom 18. Juli 1998), wobei zuletzt für die Primärkassen in Anlage 1 zu LZ 702 HVM sechs und für die Ersatzkassen in Anlage 2 sieben Honorargruppen gebildet wurden (Teil 1 der Bekanntmachung vom 18. Juli 1996). Die Härtefallregelung in LZ 803 HVM wurde insoweit erweitert, als für die Quartale I/96 bis IV/96 Anträge auf Teilnahme an der Härtefallregelung gestellt werden konnten, wenn der Fallwert der Praxis in Folge der Umstrukturierung des EBM um mehr als 10 % gegenüber dem Vorjahresquartal abgesunken sein sollte. Weitere Einzelheiten hierzu wurden in der Anlage zu LZ 803 HVM geregelt, wobei dem zuständigen Geschäftsausschuss der Bezirksstelle die Aufgabe übertragen wurde festzustellen, ob es sich um einen auszugleichenden Härtefall gehandelt habe, wobei (u. a.) ein Härtefall nicht anzunehmen sei, wenn die Praxis unter die Bestimmungen der Anlage 3 zu LZ 702 HVM falle oder mit dem Fallwert mehr als 10 % über dem Durchschnitt der vergleichbaren Fallgruppe liege. Einzelheiten hierzu sollte der Vorstand nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des Quartals I/96 regeln (Teil 1 der Bekanntmachung, a.a.O.).

Der Kläger forderte für das Quartal I/96 mit Anzahl- und Summenstatistik vom 1. August 1996 zunächst in der Honorargruppe 3 ein Honorarvolumen (kurativ-ambulant) von insgesamt 124.844,94 DM an. Die relevante Vergleichsgruppe (VfG 33 – 10) umfasste 596 Praxen. Der Teilfallwert des vom Kläger angeforderten Honorarvolumens belief sich (zunächst) auf 155,32 DM. Dem wurde gegenübergestellt der Teilfallwert der Vergleichsgruppe in Höhe von 115,30 DM; 25 % der mittleren Abweichung hiervon ergaben den Betrag von 7,98 DM. Im Hinblick auf den niedrigen Teilfallwert der Vergleichsgruppe ergab sich im Rahmen der nach Maßgabe der Anlage 3 zu LZ 702 HVM durchgeführten Teilquotierung ein Minderungsbetrag von 14.198,06 DM (bzw. – entsprechend der Maßnahmeübersicht ein Betrag von 14.131,76 DM). Mit Honorarbescheid vom 29. September 1996 teilte die Beklagte dem Kläger (unter Hinzufügung der Honorare sonstiger Kostenträger und nach Abzug der Kosten für Sicherstellung und für die Verwaltung) zunächst ein Nettohonorar von 84.781,9(?) DM mit. Der Kläger erhob am 10. November 1996 Widerspruch und wandte sich vor allem gegen die rückwirkende Budgetierung der Gesprächsleistungen. Weiter trug er zur Begründung u.a. vor, dass sich aufgrund seiner Zusatzqualifikationen (Allergologie, Angiologie und Pneumologie) ein besonderer Praxisschwerpunkt gebildet und er hierbei insbesondere die Versorgung von Ulcera-Patienten übernommen habe.

Nachdem das Bundessozialgericht (BSG, Urteil vom 17. September 1997 – [6 RKA 36/97](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 18](#)) die im Juni 1996 rückwirkend eingeführte Budgetierung der Gesprächs- und Untersuchungsleistungen für rechtswidrig erklärt hatte, berechnete die Beklagte das Honorar des Klägers für I/96 neu. Nunmehr wurde von einer Honoraranforderung (kurativ-ambulant) in Höhe von insgesamt 143.632,63 DM ausgegangen. Unverändert lag die Fallzahl des Klägers mit 788 deutlich unter der Fallzahl der Vergleichsgruppe (971). Die durchschnittliche Honoraranforderung je Fall (gesamt, gewichtet) lag beim Kläger bei 197,31 DM (gegenüber 158,12 DM der Vergleichsgruppe). Für die Budgetierung ("Nachweis zur Teilquotierung von Leistungen" vom 2. Januar 1998) wurde von einem angeforderten Honorarvolumen in der Honorargruppe 3 in Höhe von 138.461,60 DM ausgegangen. Der Teilfallwert dieses angeforderten Honorarvolumens betrug beim Kläger 175,71 DM gegenüber 131,97 DM der Vergleichsgruppe; 25 % der mittleren Abweichung hiervon ergaben 10,86 DM. Von dem in der Honorargruppe 3 ermittelten Betrag des angeforderten Honorarvolumens von 138.461,60 DM wurden gem. der Regelung in Anlage 3 zu LZ 702 HVM 103.998,14 DM mit 100 % bewertet; 8.557,68 DM wurden mit 75 % und 25.908,78 DM mit 50 % bewertet. Insgesamt ergab sich daraus für I/96 eine Minderung als Folge der Teilquotierung in Höhe von 15.092,31 DM. Für den Kläger ergab sich durch diese neue Berechnung eine Besserstellung in Höhe von (netto) 2.510,82 DM; demzufolge erteilte die Beklagte einen neuen Honorarbescheid für I/96 unter dem Datum vom 12. Januar 1998, der ein Nettohonorar von 87.292,73 DM auswies.

Der Punktwert für die Honorargruppe 3b, der zunächst (vor der Entscheidung des BSG) mit 6,7 Pfg. (Primärkassen – PK –) bzw. 7,7 Pfg. (Ersatzkassen – EK –) errechnet worden war, sank nunmehr in der Honorargruppe 3b auf 6,08 Pfg. (PK) bzw. 6,96 Pfg. (EK). Die Besserstellung des Klägers erfolgte insoweit durch die Aufhebung der Budgetierung von Gesprächs- und Untersuchungsleistungen nach Maßgabe des Urteils des BSG vom 17. September 1997 (a.a.O.). Insoweit wurde dem Widerspruch des Klägers bzgl. der Kritik an der rückwirkenden Budgetierung von Gesprächsleistungen auch Rechnung getragen.

Für das Quartal II/96 forderte der Kläger zunächst ausweislich der Anzahl- und Summenstatistik vom 21. September 1996 ein Honorar in Höhe von insgesamt (kurativ-ambulant) 115.893,98 DM an. Der Fallwert betrug hier (gesamt, gewichtet) beim Kläger 163,18 DM – gegenüber einem Fallwert der Vergleichsgruppe (615 Praxen; VfG 33-10) in Höhe von 134,88 DM. Auch hier lag die Fallzahl des Klägers mit 769 wieder deutlich unter der der Vergleichsgruppe (917). Unter Berücksichtigung der Teilquotierungsregelungen der Anlage 3 zu LZ 702 ergab sich ein angefordertes Honorarvolumen in Honorargruppe 3 in Höhe von 109.566,78 DM; der Teilfallwert der Vergleichsgruppe lag hier bei 114,10 DM – 25 % der mittleren Abweichung hiervon betrugen 8,14 DM. Unter Anwendung der Berechnungsvorschriften der Anlage 3 zu LZ 702 HVM ergab sich zunächst eine Minderung als Folge der Teilquotierung in Höhe von 9.346,04 DM ("Nachweis zur Teilquotierung" vom 31. Oktober 1996; "Maßnahmenübersicht" vom 29. November 1996). Mit Honorarbescheid vom 28. November 1996 teilte die Beklagte dem Kläger demnach zunächst ein Nettohonorar in Höhe von 78.054,92 DM mit. Der Kläger erhob Widerspruch (12. Januar 1997), machte wiederum die Rechtswidrigkeit der rückwirkenden Budgetierung geltend und ergänzte, dass seine Praxis in Bezug auf einige der budgetierten Leistungen mit der Fachgruppe nicht vergleichbar sei, weil er ein signifikant unterschiedliches Patientenkontingent versorge, weshalb zu seinen Gunsten von der Anwendung der Teilquotierungsregelungen hätte abgesehen werden müssen.

Der Abrechnungsausschuss des Geschäftsausschusses der Bezirksstelle ZZ. der Beklagten prüfte unter dem 19. März 1997 die Widerspruchsbegründung des Klägers und kam zu dem Ergebnis, dass ein Sicherstellungsbedarf nicht vorliege. Leistungen der Allergologie (Abrechnungs-Nrn. 340, 359 des EBM 96') umfassten 6 % der gesamten Honoraranforderung; Leistungen der Angiologie (Nrn. 650 bis 680 EBM 96') ebenfalls 6 % der Gesamtanforderung und Leistungen zur Versorgung der Ulcera-Patienten (Nrn. 205, 2020, 2021, 2022 und 2023

EBM 96') beliefen sich auf 13 % der Gesamthonoraranforderung. Ein Schwerpunkt in der vertragsärztlichen Tätigkeit liege (demnach) ebenso wenig vor wie ein Sicherstellungsbedarf; eine Abhilfeempfehlung erteilte der Abrechnungsausschuss des Geschäftsausschusses daraufhin nicht.

Auch für II/96 erfolgte im Anschluss an das Urteil des BSG vom 17. September 1997 (a.a.O.) eine Neuberechnung des Honorars. Ausweislich der Anzahl- und Summenstatistik vom 29. Oktober 1997 ging die Beklagte nunmehr von einer Gesamthonoraranforderung (kurativ-ambulant) in Höhe von 135.407,00 DM aus. Bei unveränderten Fallzahlen (769 beim Kläger; 917 bei der Vergleichsgruppe) lag die durchschnittliche Honoraranforderung je Fall (gesamt, gewichtet) beim Kläger nunmehr bei 189,61 DM gegenüber 155,06 DM bei der Vergleichsgruppe. Unter Anwendung der Berechnungsvorschriften der Anlage 3 zu LZ 702 HVM ergab sich wiederum eine Besserstellung des Klägers. Nunmehr wurde in Honorargruppe 3 von einem angeforderten Honorarvolumen in Höhe von 129.079,80 DM ausgegangen. Der Teilfallwert dieses angeforderten Honorarvolumens betrug 167,85 DM; der Teilfallwert der Vergleichsgruppe 129,51 DM - 25 % der mittleren Abweichung hiervon betrugen 11,09 DM. Unter Anwendung der Berechnungsvorschriften zur Teilquotierung wurden nunmehr 99.593,51 DM des angeforderten Honorars mit 100 % bewertet; 8.528,21 DM wurden mit 75 % und 20.958,08 DM wurden mit 50 % bewertet. Dies ergab insgesamt eine Minderung als Folge der Teilquotierung in Höhe von 12.611,09 DM ("Nachweis zur Teilquotierung " vom 6. Januar 1998). Für den Kläger errechnete sich aufgrund der Anwendung des Urteils des BSG vom 17. September 1997 jetzt eine Besserstellung in Höhe von 4.086,63 DM, obwohl der Punktwert in Honorargruppe (jetzt:) 3b für II/96 auf 6,1 Pfg. (PK) bzw. 7,1 Pfg. (EK) abgesunken war. Die Beklagte erteilte dem Kläger hierüber unter dem Datum vom 17. Januar 1998 einen neuen Honorarbescheid für II/96 mit einem Nettohonorar von 82.141,55 DM.

Über die Widersprüche des Klägers gegen die Durchführung von Teilquotierungen gem. Anlage 3 zu LZ 702 HVM fasste der Vorstand der Beklagten in der Sitzung vom 1. August 1998 einen zurückweisenden Beschluss. In dem hierzu unter dem Datum vom 5. August 1998 ausgefertigten Widerspruchsbescheid teilte die Beklagte dem Kläger zunächst unter Hinweis auf [§ 86](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) mit, dass seinen Widersprüchen hinsichtlich der Quartale I/96 und II/96 nach Aufhebung der rückwirkenden Budgetierung der Gesprächs- und Untersuchungsleistungen teilweise stattgegeben worden sei und insoweit neue, die alten ersetzende, Bescheide erteilt worden seien. Der darüber hinaus aufrecht erhaltene Widerspruch müsse jedoch mit (u. a.) der Begründung zurückgewiesen werden, dass nach dem zum 1. Januar 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz gem. [§ 85 Abs. 3a](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (- Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V -) für die Jahre 1993 bis 1995 nur eine begrenzte Gesamtvergütung zur Verteilung an die Vertragsärzte zur Verfügung gestanden habe, welche nach dem Honorarvolumen des Jahres 1991 - erhöht um die Grundlohnsummenentwicklung der nachfolgenden Jahre - berechnet worden sei. Nach Ablösung jenes gesetzlichen Honorarbudgets hätten die Krankenkassen - wegen des von ihnen zu beachtenden Grundsatzes der Beitragssatzstabilität - auch für das Jahr 1996 nur eine gesamtvertragliche Regelung vereinbaren können, welche Honorarzuwächse im Wesentlichen wiederum nur in Höhe der Grundlohnsummenentwicklung zugelassen hätten. Um die hieraus resultierenden Fehlbeträge möglichst gerecht auf die Vertragsärzte zu verteilen, habe die Abgeordnetenversammlung der Beklagten ein bereits für das vierte Quartal 1992 angewandte Quotierungsmodell fortgeführt und den Abrechnungsgegebenheiten des ersten Halbjahres 1996 angepasst. Der Großteil der vertragsärztlichen Leistungen sei demnach der Honorargruppe 3 zugeordnet worden. In diesem Bereich seien die Honoraranforderungen - anstelle einer stärkeren Quotierung sämtlicher Vertragsärzte oberhalb des Vergleichsgruppendurchschnitts - (nur) dann einer reduzierten Bewertung unterworfen worden, wenn der mittlere rechnerische Punktwert der Honorargruppe 3 unter 8,5 Pfg. gelegen haben sollte. Soweit die Durchführung dieser Teilquotierung nicht ausreichend gewesen sein sollte, um einen Punktwert von (mindestens) 8,5 Pfg. in dieser Honorargruppe zu gewährleisten, seien darüber hinaus alle Leistungen dieser Honorargruppe einer allgemeinen Quotierung zugeführt worden. Nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM sei ein verfeinerter fachgruppenbezogener Fallwert der Leistungen der Honorargruppe 3 gebildet worden, welche der Teilquotierung unterfielen. Hierbei handele es sich um den im Teilquotierungsbescheid ausgewiesenen "Teilfallwert", der nicht identisch mit dem in der Anzahl- und Summenstatistik ausgewiesenen Gesamtfallwert sei. Dieser Teilfallwert sei dann mit dem entsprechenden Teilfallwert der Vergleichsgruppe (unter Berücksichtigung des jeweiligen individuellen Rentneranteils) verglichen worden. Nur wenn im Vergleich mit dem durchschnittlichen Teilfallwert der Vergleichsgruppe eine Überschreitung bei dem jeweils betroffenen Arzt festgestellt worden sei, habe die Maßnahme nach LZ 702 HVM Platz gegriffen. Dabei sei zu beachten, dass sich die Neubewertung ausschließlich auf den Überschreibungsbetrag beschränke. Soweit die Honoraranforderung den Teilfallwert der Vergleichsgruppe nicht überschritten habe, sei sie mit 100 % vergütet worden; nur der Teil der Anforderungen, der darüber hinaus den Teilfallwert der Vergleichsgruppe bis zu 25 % des Betrages der mittleren Abweichung überstiegen habe, sei lediglich mit 75 % neu bewertet worden; oberhalb dieser Grenze sei die Anforderung lediglich mit 50 % bewertet worden. Diese Vorgehensweise sei auch früher vom Hessischen Landessozialgericht (Hinweis auf das Senats-Urteil - HLSG - vom 10. Dezember 1997 - L 7 KA 963/96 - (vgl. BSG, Ur. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) -)) für rechtens erachtet worden. Weiter wurde zur Begründung ausgeführt: Nach dem Beschluss der Abgeordnetenversammlung könne der Vorstand in Ausnahmefällen ganz oder teilweise von der Teilquotierung absehen. Der Vorstand habe die Abrechnung des Klägers daraufhin überprüft, ob bei ihm solche Besonderheiten vorgelegen hätten, welche eine Aussetzung der Teilquotierung unter Sicherstellungsaspekten oder sonstigen zwingenden Gründen rechtfertigen könnten. Der Vorstand habe anhand der Anzahl- und Summenstatistik festgestellt, dass das gesamte Leistungsspektrum des Klägers nicht in erheblichem Maße von dem der Vergleichsgruppe abweiche und sich ausgeprägte Leistungsschwerpunkte, welche mindestens jeweils 30 % der Honoraranforderung ausmachen müssten, aus den Abrechnungsunterlagen nicht erkennen ließen. Aus diesem Grunde habe der Vorstand einer Aussetzung der Maßnahme nach LZ 702 HVM nicht zustimmen können. Insbesondere habe der Vorstand festgestellt, dass die vom Kläger durchgeführten Leistungen von einer ausreichenden Anzahl seiner Kollegen erbracht worden seien, weshalb auch aus Sicherstellungsgründen eine Ausnahmeregelung nicht habe getroffen werden können.

Gegen den am 5. August 1998 abgesandten Widerspruchsbescheid hat der Kläger am 7. September 1998 (Eingang) Klage beim Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben und zur Begründung anhand einer Einzelaufstellung für das Quartal II/96 vorgetragen, dass er von insgesamt 825 Fällen in diesem Quartal in 317 Fällen (38 %) angiologisch behandelt habe; der diesbezügliche Anteil an seinem Gesamthonorar habe 48,94 % ausgemacht. Hinzugekommen seien 160 allergologische und/oder pneumologische Fälle mit einem Anteil von 19,4 % an der Gesamtzahl der Patienten und von 13,9 % am Gesamthonorar; auch für das vorausgegangene Quartal I/96 hätten sich im Wesentlichen ähnliche Zahlen bzw. Prozentsätze ergeben. Es müsse berücksichtigt werden, dass er - der Kläger - in den betreffenden Quartalen der einzige niedergelassene Angiologe in der Stadt und im Landkreis HO. gewesen sei. Weiter hat er vorgetragen, unter den Patienten, die er als Angiologe behandle, befinde sich ein sehr hoher Anteil älterer, schwerwiegend multi-morbider Patienten, denen das Zurücklegen weiter Entfernungen gesundheitlich nicht zugemutet werden könne, weshalb ein Angiologe in der Nähe bzw. jedenfalls in nicht allzu großer Entfernung unverzichtbar erforderlich gewesen sei. Alle von ihm erbrachten Leistungen im Bereich der Angiologie (Abschnitt F II des EBM) hätten auch in einem inneren Zusammenhang mit einem in den Bereich der Angiologie fallenden Erkrankungen gestanden; sie

wären nicht erbracht worden, wenn der jeweilige Patient nicht zu den Angiologie-Patienten gehört hätte. Der Kläger hat eine Zusammenstellung der Ärzte vorgelegt, die Patienten an ihn überwiesen hatten, sowie ein Schreiben der Leiter des Gefäßzentrums im Klinikum HO. vom 22. März 2002, woraus sich ergibt, dass seine Praxis der wichtigste Kooperationspartner des Gefäßzentrums sowie die einzige angiologische Arztpraxis in HO. gewesen sei. Die Beklagte ist dem u.a. mit dem Hinweis entgegengetreten, dass der Vorstand - zur Sicherung der Punktwerkstabilität - beschlossen habe, einen besonderen Praxisschwerpunkt und (damit einhergehend) eine Ausnahme im Bezug auf die Abrechnungsregelungen erst dann anzuerkennen, wenn der Anteil spezieller Leistungen mindestens 30 % an der Gesamthonoraranforderung betragen habe. Diese Voraussetzung sei - anders als es der Kläger dargestellt habe - in dessen Praxis nicht erfüllt gewesen. Ausweislich der Anzahl- und Summenstatistik habe der Kläger im Quartal I/96 angiologische Leistungen im Wert von insgesamt 6.073,00 DM, pneumologische Leistungen im Wert von 165,00 DM und allergologische Leistungen im Wert von 7.688,50 DM abgerechnet. Der entsprechende Gesamtwert in Höhe von 13.926,50 DM betrage im Verhältnis zur Gesamthonoraranforderung (146.568,07 DM) lediglich 9,5 %. Im Quartal II/96 habe der Anteil angiologischer Leistungen 6.460,00 DM, der pneumologischer Leistungen 75,00 DM und der allergologischer Leistungen 7.385,50 DM betragen. Bei einem Gesamtwert von 13.920,50 DM und einer Gesamthonoraranforderung in Höhe von 117.051,53 DM habe sich der Anteil der erwähnten Leistungen auf lediglich 11,89 % belaufen. Auch eine Sicherstellungsproblematik sei nicht erkennbar gewesen: es habe 4 Angiologen als niedergelassene Ärzte in ZZ. gegeben sowie einen weiteren in GB., weshalb im Hinblick auf die gute Verkehrsanbindungen im Rhein-Main-Gebiet kein (zusätzlicher) Sicherstellungsbedarf vorgelegen habe. Leistungen der Allergologie würden hauptsächlich von Lungen- und Hautärzten erbracht, wobei allein in XY. 3 Lungenärzte und 6 Hautärzte sowie in ZZ. mehr als 20 Hautärzte tätig gewesen seien; mit den in TS. (1 Hautarzt), in NL. (2 Hautärzte) und in MM. (1 Hautarzt) niedergelassenen Ärzten sei die Versorgung der Bevölkerung ausreichend sichergestellt gewesen.

Durch Urteil vom 23. Oktober 2002 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Honorarbescheide der Beklagten vom 12. Januar 1998 und 17. Januar 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. August 1998 insoweit aufgehoben, als die Honoraranforderungen gemäß LZ 702 HVM teilquotiert worden waren, und die Beklagte verpflichtet, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Zur Begründung hat das Sozialgericht u.a. ausgeführt, die Beklagte sei verpflichtet gewesen, von der Regelung gemäß Abschnitt I.5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM Gebrauch zu machen, wonach in Ausnahmefällen von der Budgetierung/Teilquotierung ganz oder teilweise durch Beschluss des Vorstands habe abgesehen werden können. Diese Vorschrift erlaube zunächst dem Vorstand der Beklagten, abstrakt generelle Regelungen für Ausnahmefälle zu treffen und insoweit wie ein ergänzender HVM-(Norm-)Geber tätig zu werden (unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Der Vorstand der Beklagten habe eine solche abstrakt generelle Regelung insoweit auch getroffen, als er einen besonderen Praxisschwerpunkt (als Voraussetzung für eine Ausnahmeentscheidung) erst bei einem Anteil des Schwerpunkts von mindestens 30 % an der Gesamthonoraranforderung anerkannt habe. Diese "30 %-Regelung" habe entgegen der Auffassung des Klägers - nicht zu seinen Gunsten greifen können. Darüber hinaus beinhalte die Regelung unter I.5 der Anlage 3 zu LZ 7602 HVM aber auch eine Ermächtigung des Vorstands der Beklagten, individuelle Einzelfallentscheidungen im Rahmen eines jeden Verwaltungsaktes zu treffen und insoweit gegebenenfalls auch einen Ausnahmefall anzuerkennen. Hierbei habe der Vorstand Ermessen fehlerfrei auszuüben gehabt und dabei - ungeachtet der speziellen Regelung zur Sicherstellung in LZ 607 HVM und der besonderen Härtefallregelungen in LZ 803 HVM - in jedem Fall auch Sicherstellungsaspekte bzw. Härtegesichtspunkte in seine Erwägungen mit einbeziehen sowie in der Begründung des Widerspruchsbescheides darlegen müssen. Zwar sei bezüglich der Allergologieleistungen keine konkrete Versorgungslücke in XY. und im Landkreis HO. festzustellen gewesen, weil - wie die Beklagte dargelegt habe - mit 3 Lungenärzten und 6 Hautärzten in HO. sowie mehr als 20 Hautärzten in ZZ. und je einem in TS. und MM. sowie 2 in NL., unter Berücksichtigung der günstigen Verkehrsverbindungen, eine ausreichende Versorgung von Allergologie-Patienten gewährleistet gewesen sei. Anders habe sich indes die Lage im Bereich der Angiologie dargestellt, weil der Kläger der einzige praktizierende Angiologe im weiteren Umfeld gewesen sei, weshalb insoweit ein Sicherstellungsproblem hätte anerkannt werden müssen. Der Kläger habe in nachvollziehbarer Weise darauf hingewiesen, dass er überwiegend Patienten betreut und behandelt habe mit dem Grunde nach in den Bereich der Angiologie fallenden Erkrankungen, bei denen jedoch im speziellen Quartal keine besonderen Leistungen der Angiologie hätten erbracht und abgerechnet werden können, weil im Quartal lediglich eine Beratung bzw. eine Kontrolle im Bezug auf eine angiologisch relevante Erkrankung stattgefunden habe. Auch solche Leistungen ("Begleitleistungen") stünden in dem dargelegten Sinn in einem inneren Zusammenhang mit einer in den Bereich der Angiologie fallenden Erkrankung: sie wären nicht erbracht worden, wenn der Patient jeweils nicht zu den Angiologiepatienten gehört hätte. Unter Einbeziehung solcher "Begleitleistungen" zeige sich, dass Leistungen des Abschnitts F II des EBM zusammen mit diesen Begleitleistungen derart den Umfang am Gesamtleistungsvolumen des Klägers ausgemacht hätten, um von einem besonderen Leistungsschwerpunkt im Bereich der Angiologie auszugehen. Dies hätte - im Rahmen einer individueller Einzelfallentscheidungen unter Ausübung des dem Vorstand der Beklagten eingeräumten Ermessensspielraums - wenigstens zu einem teilweisen Absehen von der Teilquotierung führen müssen. Auf jeden Fall aber hätte sich der Vorstand der Beklagten mit den vom Sozialgericht erörterten Sicherstellungsgründen befassen und sie zum Anlass einer Ermessensausübung zugunsten des Klägers nehmen müssen. Da der Vorstand der Beklagten die erforderliche Prüfung und eine hierauf gestützte abschließende Ermessensentscheidung mit entsprechender Darlegung der Ermessenserwägungen in der Begründung des Widerspruchsbescheides unterlassen habe, sei die Beklagte nunmehr verpflichtet, den Kläger bezüglich seiner Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Sozialgerichts neu zu bescheiden.

Gegen das ihr gegen Empfangsbekanntnis am 27. Januar 2003 zugestellte Urteil richtet sich die am 19. Februar 2003 (per Telefax) beim Hessischen Landessozialgericht eingegangene Berufung der Beklagten, zu deren Begründung sie unter anderem geltend macht, ihr Vorstand sei nicht verpflichtet gewesen, die Ausnahmeregelung nach Abschnitt I.5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM zugunsten des Klägers anzuwenden. Das Sozialgericht habe verkannt, dass diese Vorschrift zu einer (Honorar-)Verteilungsregelung gehöre und es sich nicht um eine Bedarfsplanungsregelung handle. Für letztere Fragen seien gegebenenfalls nur die spezielleren - Regelungen der LZ 607 HVM und LZ 803 HVM anwendbar gewesen. Deshalb seien auch die Anforderungen des Sozialgerichts an die Prüfung von Sicherstellungsfragen bzw. die detaillierte Analyse einer Sicherstellungsproblematik im Rahmen einer Honorarverteilungs- (bzw. Honorarbegrenzungs-) Regelung nicht angemessen. Aber selbst wenn man diese Anforderungen im Rahmen der Ausnahmeregelung nach I.5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM meine berücksichtigen zu müssen, habe eine Sicherstellungsproblematik keinesfalls bestanden. Das Sozialgericht habe insoweit auch den Sachverhalt nicht ausreichend ermittelt und damit den Amtsermittlungsgrundsatz nach [§ 103 SGG](#) verletzt. Nach den Auswertungen der Beklagten habe eine ausreichende Anzahl von Ärzten die vom Kläger hauptsächlich erbrachten und abgerechneten Leistungen ebenfalls erbracht. Da Sicherstellungsaspekte nicht Gegenstand der Ausnahmeregelung nach Abschnitt I. 5 der Anlage 3 zu LZ 702 sein könnten, seien auch die Erwägungen des Sozialgerichts zu den Begründungserfordernissen bzgl. der Bescheide nicht tragfähig. Nur bei den spezielleren Regelungen zu LZ 607 HVM und LZ 803 HVM hätten insoweit auch besondere und speziellere Erwägungen kenntlich gemacht werden müssen. Demgegenüber sei die Regelung in I.5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM schon deshalb nicht einschlägig, weil

Teilquotierungsmaßnahmen ihrem Sinn und Zweck nach längerfristig angelegt seien und der gerechten Honorarverteilung und der Stabilisierung von Punktwerten dienen sollten, wohingegen es sich bei Fragen der Sicherstellung nach LZ 607 HVM um kurzfristigere und schwankende Gesichtspunkte handle. Während es sich bei Abschnitt. I.5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM um eine ausgesprochene Ausnahmeregelung handle, die nur für solche Fallkonstellationen (auch entsprechend der Rechtsprechung des BSG) Berücksichtigung finden könnte, bei denen es unzumutbar wäre, an die bisherigen Abrechnungswerte anzuknüpfen - wie dies z.B. für die Aufbauphase einer Arztpraxis oder aber bei Wiederaufnahme der Praxistätigkeit nach Unterbrechung bzw. Tätigkeitseinschränkung anerkannt sei - finde sich in LZ 803 HVM eine gesonderte Härtefallregelung. Unzulässig sei es deshalb, wie es das Sozialgericht getan habe, die Härtefallklausel auf sämtliche Arten untypischer Versorgungssituationen anzuwenden. Auch insoweit seien die Anforderungen des sozialgerichtlichen Urteils sowohl hinsichtlich der Berücksichtigung von (Härte-)Gesichtspunkten als auch bzgl. der Begründung im Bescheid überzogen. Das mit der Wiedereinführung von Teilquotierungen verfolgte Ziel, eine medizinisch nicht begründete Mengenausweitung zu verhindern und den Punktwert auf einer angemessenen Höhe zu stabilisieren, könne nur erreicht werden, wenn Ausnahmeregelungen restriktiv angewendet würden. Im Regelfall müsse daher über die Aussetzung der Teilquotierung anhand einfach feststellbarer Kriterien entschieden werden können. Die Anforderung des Sozialgerichtes an die Berücksichtigung atypischer Ausnahmeregelungen gingen deshalb weit über den Regelungsgehalt von Nr. I.5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM hinaus. Aber selbst wenn man den Ansatzpunkt des Sozialgerichts teilen wollte, habe (nicht bloß keine Sicherstellungsproblematik sondern auch) angesichts der (relativ) begrenzten Auswirkung der Honorarbegrenzungs/Teilquotierungsmaßnahme keine - besondere - Härte vorgelegen. Das angeforderte Honorar (in der Honorargruppe) sei zu 91,27 % (in I/96) bzw. zu 89,1 % in II/96 anerkannt worden. Die Teilquotierungsmaßnahmen im Betrag von 15.029,31 bzw. 9.346,04 seien angesichts des angeforderten Honorars in Höhe von 123.369,78 DM (für II/96) bzw. 100.220,74 DM (für I/96) nicht derart erheblich, dass dies die Anerkennung einer besonderen Härte rechtfertigen könne.

Während des vorliegenden Berufungsverfahrens ist die Rechtsprechung des BSG zu Teilquotierungsregelungen und insbesondere zur Frage der Besserstellung unterdurchschnittlich abrechnender Praxen (mit überdurchschnittlichem Fallwert) weiter entwickelt worden (vgl. Urte. des BSG vom 10. Dezember 2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - und vom 10. März 2004 - [B 6 KA 3/03 R](#) -). Die Beklagte hat dies zum Anlass genommen, das Honorar der Kläger für die Quartale I/96 und II/96 neu zu berechnen. Ausweislich der Darlegungen im Schriftsatz vom 20. April 2006 und dessen Anlagen hat die Beklagte für die klägerische Praxis (in der Fachgruppe Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit) gegenüber dem zuletzt für I/96 ausgewiesenen Nettohonorar in Höhe von 41.921,40 EUR im Hinblick auf das Durchschnitts(-Netto-)Honorar der Vergleichsgruppe in Höhe von 43.983,15 EUR einen Nachzahlungsbetrag in Höhe von 1.061,75 EUR (= 2.076,60 DM) feststellt. Für II/96 ist bei einem Nettohonorar der klägerischen Praxis in Höhe von 39.706,85 EUR gegenüber dem Vergleichsbetrag der Fachgruppe in Höhe von 40.901,79 EUR eine Honorardifferenz und ein Nachzahlungsbetrag in Höhe von 1.194,94 EUR (= 2.337,10 DM) errechnet worden. Damit ergab sich für I/96 bei den budgetrelevanten Honorarvolumina eine Anerkennungsquote von 91,50 % und für II/96 eine Anerkennungsquote von 93,09 % des (im budgetrelevanten Bereich) angeforderten Honorarvolumens (Anlagen zum Schriftsatz vom 20. April 2006). Die Beklagte hat auch zugesagt, dass - soweit noch nicht erfolgt - insoweit die Honorarnachzahlung unverzüglich bewirkt werden solle. Unter Aufrechterhaltung des gegensätzlichen Rechtstandpunktes im Übrigen hat der Klägerbevollmächtigte diesen Schriftsatz und die Zahlung als Teilanerkennnis zur teilweisen Besserstellung des Klägers bewertet und im Termin am 19. Dezember 2007 insoweit das Teilanerkennnis angenommen.

Soweit darüber hinaus der Kläger an seinem Rechtsstandpunkt festgehalten hat und die vollständige Aufhebung der Teilquotierungsmaßnahme entsprechend dem Urteil des Sozialgerichts Frankfurt a.M. begehrt, beantragt die Beklagte, das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. Oktober 2002 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Der Kläger verteidigt das erstinstanzliche Urteil, aus dem sich - auch nach der teilweisen Anerkennung einer höheren Honorarforderung des Klägers seitens der Beklagten - unverändert hinlänglich deutlich ergebe, dass beim Kläger ein Ausnahmefall derart vorgelegen habe, dass die Beklagte gezwungen gewesen sei, im Rahmen der ihr obliegenden pflichtgemäßen Ausübung von Ermessen von den Teilquotierungsmaßnahmen vollständig abzusehen und das angeforderte Honorar (nach Maßgabe der entsprechenden Punktwerte) ungekürzt auszuzahlen.

Im Termin zur Erörterung des Sachverhalts mit den Beteiligten haben diese am 19. Dezember 2007 übereinstimmend ihr Einverständnis zu einer Entscheidung durch den Berichterstatter als Einzelrichter erklärt. Das Gericht hat daraufhin eine mündliche Verhandlung durchgeführt.

Für den Sach- und Streitstand im Übrigen wird Bezug genommen auf die Gerichtsakte (nebst ausführlicher Anlagen, die von Seiten des Klägers eingereicht worden sind) sowie auf die Verwaltungsakte der Beklagten, welche dem Gericht vorgelegen haben und Gegenstand der Erörterung mit den Beteiligten und der mündlichen Verhandlung am 19. Dezember 2007 gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte im Einverständnis mit den Beteiligten und nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung durch den Berichterstatter als Einzelrichter entscheiden ([§ 155 Abs. 3 und 4 SGG](#)).

I.

Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden sowie an sich statthaft, weil Berufungsausschlussgründe nicht vorliegen, und somit insgesamt zulässig ([§§ 151, 143, 144 SGG](#)).

II.

Die Berufung ist auch begründet. Soweit die Nachzahlungsberechnung im Schriftsatz der Beklagten vom 20. April 2006 und ihr Nachzahlungsversprechen im Termin vom 19. Dezember 2007 als Teil-Anerkenntnis bewertet und angenommen worden sind, ist der Rechtsstreit erledigt (§ 101 Abs. 2 SGG). Soweit über das angenommene Teilanerkenntnis hinaus der Kläger sein Rechtsschutzbegehren weiterverfolgt, konnte seine Klage keinen Erfolg haben. Die Berufung der Beklagten ist insoweit begründet. Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. Oktober 2002 konnte deshalb keinen Bestand haben und musste aufgehoben werden. Die Beklagte ist – über das angenommene Teil-Anerkenntnis hinaus – nicht verpflichtet, über den Honoraranspruch des Klägers für die Quartale I/96 und II/96 diesem erneut einen Bescheid zu erteilen.

Streitgegenstand sind – wovon auch das Sozialgericht zutreffend ausgegangen ist – die (ursprünglichen) Honorarbescheide (vom 29. September 1996 und vom 28. November 1996) nur noch in Gestalt der diese ändernden und ersetzenden Bescheide vom 12. Januar 1998 und 17. Januar 1998. Mit den beiden letzteren wurden die ursprünglichen Honorarbescheide ausdrücklich vollständig ersetzt und ist das Honorar neu festgesetzt worden. Gemäß § 86 SGG sind die neuen Bescheide, was die Beklagte in ihrem Widerspruchsbescheid vom 5. August 1998 auch zutreffend zum Ausdruck gebracht hat, Gegenstand des Widerspruchsverfahrens geworden. Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens ist weiterhin der Widerspruchsbescheid vom 5. August 1998 sowie der im Schreiben vom 20. April 2006 erteilte Bescheid, der – soweit er nicht durch das in der Sitzung vom 19. Dezember 2007 angenommene Teilanerkenntnis erledigt ist (§ 101 Abs. 2 SGG), Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden ist (§§ 153 Abs. 1, 96 SGG).

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts erweisen sich zur Überzeugung des Landessozialgerichts die Honorarbescheide der Beklagten – nach der nunmehr erfolgten Korrektur durch den Bescheid (Schreiben) vom 20. April 2006 und das Teilanerkenntnis vom 19. Dezember 2007 – als rechtmäßig. Die Beklagte war nicht zu verpflichten, über die im Rahmen des Teilanerkenntnisses bereits bewirkte (oder aber – wie zugesagt – umgehend zu bewirkende) Nachzahlung hinaus dem Kläger für die Quartale I/96 und II/96 ein höheres Honorar zu zahlen. Dementsprechend konnte die Beklagte auch nicht verpflichtet bleiben, den Kläger hinsichtlich seiner Widersprüche gegen die Honorarbescheide für I/96 und II/96 – weitergehend und über die bereits erfolgte Korrektur hinaus – neu zu bescheiden.

III.

Die angefochtenen Honorarbescheide vom 12. Januar 1998 und vom 17. Januar 1998 (in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. August 1998 und des – teilweise abhelfenden – Bescheides vom 20. April 2006) sind – formal und inhaltlich sowie sachlich und rechnerisch – richtig und rechtmäßig und aufgrund rechtlich nicht zu beanstandender Ermächtigungsgrundlagen erlassen worden. Diese Rechtsgrundlagen begegnen (wie zu zeigen sein wird) keinen durchgreifenden rechtlichen (auch keinen verfassungsrechtlichen) Bedenken.

1. Die Bescheide haben das Honorar (nunmehr) richtig errechnet; sie sind hinreichend bestimmt sowie ausreichend begründet.

a) Der (vormals) 7. Senat (und jetzt 6. Senat) des HLSG hat bereits in einer Vielzahl von Grundsatzentscheidungen in den Jahren 2002 bis 2004 mehrfach entschieden (bestätigt durch Urteile des BSG vom 9. Dez. 2004 – B 6 KA 44/03 R – u. a. – sowie durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) – die gegen eines dieser Urteile des BSG erhobene Verfassungsbeschwerde ist nicht zur Entscheidung angenommen worden, vgl. BVerfG (Kammer) Beschluss vom 14. Febr. 2006 – 1 BvR 1917/05 –), dass die Form, in denen die Beklagte Honorarbescheide als Verwaltungsakte im Sinne des § 31 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (- Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz SGB X -) erlässt, den Anforderungen der §§ 31, 33 und 35 SGB X genügt. Dabei kann insbesondere von langjährig aktiv tätigen Vertragsärzten verlangt werden, dass sie die – unbestritten komplizierten – Darlegungen und Rechenvorgänge in den Bescheiden (Verwaltungsakte im Sinne des § 31 SGB X) auch nachvollziehen können (ggf. durch Inanspruchnahme fachkundiger Hilfe). Die Höhe des dem Kläger konkret zugewiesenen Honorars ist in Verbindung mit den Anzahl- und Summenstatistiken sowie den einzelnen in den Anlagen zu den Bescheiden schriftlich dargelegten Rechenschritten grundsätzlich in der Weise nachvollziehbar, dass die Richtigkeit der Berechnung des zuerkannten Honorars überprüfbar ist (vgl. u. a. Urteile des BSG vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R – u. a. – Rdnrn. 30 ff. in "juris" mit Rdnrn.; vgl. SozR 4-2500 § 72 Nr. 2).

b) Der Kläger hat vorliegend auch nicht die Richtigkeit der Honorarbescheide pauschal in Zweifel gezogen; seine Kritik richtet sich auch nicht im Detail gegen maßgebliche Berechnungsschritte und deren Ergebnis, sondern gegen die Regelung und Durchführung der Begrenzung/Teilbudgetierung des Honorars für kurativ-ambulante Behandlungen nach Maßgabe der Anlage 3 zu LZ 702 HVM und der daraus resultierenden Honorarbegrenzung in den Quartalen I/96 und II/96 (unter der Geltung des EBM'96) sowie gegen das Unterlassen einer Ermessensausübung zu seinen Gunsten bei der Anwendung einer Ausnahmeregelung. Die Berechnung des Honorars für kurativ-ambulante Behandlungen selbst ist indes zur Überzeugung des HLSG nunmehr nach Maßgabe der gesetzlichen, normvertraglichen und satzungsrechtlichen Grundlagen zutreffend erfolgt.

c) Die Ausführungen in den Honorarbescheiden sind sowohl hinreichend bestimmt im Sinne des § 33 Abs. 1 SGB X und auch ausreichend begründet im Sinne des § 35 Abs. 1 SGB X. Aus den Honorarbescheiden vom 12. Januar 1998 und 17. Januar 1998 (ergänzt um die Teilabhilfe im Schreiben/Bescheid vom 20. April 2006) – in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. August 1998 – geht klar und unzweideutig hervor, in welcher Höhe die Beklagte den Honoraranspruch des Klägers für die Quartale I/96 und II/96 (nunmehr) festgestellt hat. Der Verfügungssatz eines Honorarbescheides muss nicht selbst die einzelnen Rechenschritte enthalten, die erforderlich sind, um von der (kurativ- ambulanten) Honoraranforderung des Vertragsarztes nach Maßgabe der Anzahl- und Summenstatistik zu der konkreten ("Netto"-)Honorarsumme zu gelangen; d. h. zu dem Auszahlungsbetrag nach Hinzurechnung der "Leistungen sonstiger Kostenträger" sowie nach Abzug der Umlagen für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und der Verwaltungskosten. Auch die nach den für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften und Satzungsbestimmungen bzw. Vorstandsbeschlüssen hinsichtlich der Sicherstellung der (vertrags-)ärztlichen Versorgung und der Kosten für die Verwaltung festzusetzenden Abzüge müssen nicht im Bescheid selbst in allen Einzelheiten ausgeführt bzw. wiederholt werden. Auch soweit – wie vorliegend – Honorarbegrenzungsregelungen Anwendung gefunden haben, müssen diese Regelungen und ihre Umsetzung nicht in sämtlichen Details im Honorarbescheid selbst Niederschlag finden. Gemäß der in § 35 Abs. 1 SGB X formulierten Anforderung, wonach ein schriftlicher Verwaltungsakt auch schriftlich begründet werden muss, genügt es, wenn dem Empfänger eines Bescheides, also hier dem Kläger, die wesentlichen Gründe mitgeteilt werden, welche zur konkreten Entscheidung im Honorarbescheid geführt haben (§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X). Auch in der Begründung müssen nicht ausdrücklich alle in

Betracht kommenden Umstände und Einzelüberlegungen enthalten sein; ausreichend ist, wenn die Gründe in der Entscheidung in einem solchen Maße bekannt gegeben werden, dass die Entscheidung selbst nachvollziehbar und der betroffene Vertragsarzt gegebenenfalls seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Es müssen deshalb nicht sämtliche Einzelheiten bis ins letzte Detail - auch nicht bezüglich der Voraussetzungen und der Umsetzung der Honorarbegrenzungsmaßnahmen - schriftlich mitgeteilt werden. Die Bescheide genügen in Verbindung mit den als Anlagen ebenfalls übersandten Unterlagen diesen Anforderungen. Sie enthalten alle für die Berechnung des Honorars maßgeblichen Faktoren: Die Honoraranforderungen für kurativ-ambulante Behandlungen, von welcher die Beklagte ausgegangen ist, und das Ergebnis der durchgeführten Honorarbegrenzungsmaßnahmen; die zu Grunde gelegten Punktwerte sowie die vorgenommenen Abzüge (für Sicherstellung und Verwaltungskosten). Dabei kann die Beklagte - wie oben ausgeführt - davon ausgehen, dass der Adressatenkreis von Honorarbescheiden mit den Grundlagen der Honorarabrechnung vertraut oder auch jedenfalls in der Lage ist, sich - ggf. nach sachkundiger Beratung - mit den Einzelheiten vertraut zu machen (vgl. BSG, Urteile vom 9. Dez. 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - u. a.). Die vom Kläger selbst gefertigten und/oder unter seinem eigenen Namen eingereichten Schriftsätze machen vorliegend auch deutlich, dass er selbst mit den Einzelheiten von Honorarbegrenzungsregelungen und deren Anwendung durchaus vertraut war und ist und diese nachvollziehen konnte und kann. Die auf Grund seiner Widersprüche durchgeführten Überprüfungen und Korrekturen der Abrechnungen durch die Beklagte zeigen weiterhin, dass eine sorgfältige Kontrolle der für die Honorarbegrenzung maßgeblichen Berechnungsgrundlagen (hier: individuelle Fallwerte bzw. Fallpunktzahlen) durchgeführt werden konnte und durchgeführt worden ist, auch wenn sie für die vorliegend streitigen Quartale nur zu einer (vergleichsweisen) geringen Besserstellung des Klägers führen konnten.

d) Auch die von der Beklagten nach Maßgabe der neueren Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 10. Dezember 2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) und vom 10. März 2004 - [B 6 KA 3/03 R](#) -) vorgenommene Anpassung des Honorars und die nach ausdrücklicher Aufforderung durch das HLSG mit Schriftsatz vom 20. April 2006 vorgelegten Unterlagen genügen diesen Anforderungen der §§ 31, 33 und 35 SGB X. Sie weisen einen bestimmten, nachzuzahlenden Geldbetrag und damit ein höheres Honorar aus. Entsprechend der Rechtsauffassung des Senats (insoweit ihm folgend die Beteiligten: Annahme des als Teil-Anerkenntnis gewerteten Teil-Abhilfe-Bescheides) handelt es sich um Bescheide, die gemäß §§ 153 Abs. 1, 96 SGG Gegenstand des Gerichtsverfahrens geworden sind, weshalb die Beklagte bzgl. des Honorars eine solche Neuberechnung vornehmen und dabei auch ausweisen musste, inwieweit sich diese in den beiden streitbefangenen Quartalen zu Gunsten des Klägers ausgewirkt hat. Die Nachberechnungen lassen auch die Quote erkennen, in welcher - in den Honorarbereichen, welche der Teil-Quotierung unterliegen - das angeforderte Honorar nunmehr auch anerkannt werden konnte (91, 5 % statt 89,1 % in I/96 und 93,09 % statt 90,23 % in II/96). Damit hat die Beklagte (gemäß den Anforderungen der Rechtsprechung) in dem von ihr für erforderlich gehaltenen Umfang auch von der bisherigen Berechnung der Teilquotierung Abstand genommen und insoweit eine Ausnahme zugunsten des Klägers gemacht. Dies ist den Erläuterungen im Schriftsatz vom 20. April 2006 und seinen Anlagen hinlänglich deutlich und präzise zu entnehmen.

e) Auch soweit gemäß § 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X Ermessenssenserwägungen und Entscheidungen einer schriftlichen Begründung bedürfen, genügen die Bescheide den Anforderungen der §§ 31, 33 und 35 SGB X. Der Widerspruchsbescheid vom 5. August 1998 und die Ausführungen im Schriftsatz vom 20. April 2006 (nebst Anlagen) lassen erkennen, dass Ermessen ausgeübt werden sollte und ausgeübt worden ist; die wesentlichen Gesichtspunkte sind wiedergegeben und die Nachberechnung im Bescheid vom 20. April 2006 und dessen Anlagen lassen erkennen, dass die Beklagte insoweit den ihr (nach ihrer seinerzeitigen Auffassung) von der Rechtsprechung des BSG auferlegten und eingeräumten Ermessensspielraum (im Sinne eines teilweisen Absehens von der Teilquotierung) auch im gebotenen Umfang nutzen wollte (hierzu genauer unten zu III. 3.).

2. Die Honorarbescheide vom 12. Januar 1998 und 17. April 1998 (in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. August 1998 und des Teil-Abhilfebescheides gemäß Schreiben vom 20. April 2006 und Teilanerkennnis vom 19. Dezember 2007) sind auch nach Maßgabe rechtmäßiger normvertraglicher Rechtsgrundlagen (hier der EBM in der seit 1. Januar 1996 maßgeblichen Fassung - EBM'96) und rechtsgültiger Satzungsregelungen - hier des HVM - der Beklagten ergangen. Über die Frage der Rechtmäßigkeit von Honorarbescheiden der Beklagten und insbesondere deren Rechtsgrundlagen (sowohl EBM als auch HVM) hat der 7. Senat (der spätere 6. Senat) des HLSG bereits mehrfach grundsätzlich entschieden (für Quartale vor 1996 vgl. dazu Urteil vom 10. Dezember 1997 - [L 7 Ka 963/96](#) - bestätigt durch BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#); für spätere Quartale - zunächst bis einschließlich Quartal II/98 - vgl. Urteile vom 16. Oktober 2002 - [L 7 KA 721/00](#) -; vom 29. Januar 2003 - [L 7 KA 921/01](#) -, [L 7 KA 1105/01](#) - und - [L 7 KA 1156/01](#) -; 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](#) - sowie vom 17. Dezember 2003 - [L 7 KA 212/00](#) -). Insoweit wird zunächst auf die Entscheidungsgründe dieser Urteile Bezug genommen. In all diesen Entscheidungen hatte der Senat die Rechtmäßigkeit der dort den ergangenen Honorarbescheiden zugrunde liegenden Regelungen des EBM und des HVM anerkannt. Alle Urteile sind - soweit Revision eingelegt worden war - vom BSG bestätigt worden (Urteile des BSG vom 9. Dez. 2004 auf Grund mündlicher Verhandlung vom 8./9. Dezember 2004, zum großen Teil die oben genannten Verfahren betreffend, vgl.: - [B 6 KA 4/04 R](#) -, [B 6 KA 39/03 R](#) -, [B 6 KA 38/03 R](#) -, [B 6 KA 12/04 R](#) -, [B 6 KA 28/03 R](#) -; veröffentlicht wurde: - [B 6 KA 44/03 R](#) -). An diese Rechtsprechung wird angeknüpft und - nach erneuter Prüfung - werden die dort entwickelten Grundsätze als maßgeblich zu Grunde gelegt. Danach gilt:

a) Der EBM regelt - bundeseinheitlich - den Inhalt der in ihm abschließend festgelegten in der vertragsärztlichen Versorgung abrechenbaren Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Ermächtigungsgrundlage für den EBM ist [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) (in der hier noch maßgeblichen Fassung), wonach die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen vereinbaren. Nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen in [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) ist insoweit durch den parlamentarischen Gesetzgeber die Funktion des EBM vorgegeben, den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander zu bestimmen. Die konkrete Regelung erfolgt durch den Bewertungsausschuss, der aus Mitgliedern der Partner der Bundesmantelverträge besteht ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)), in Form eines Normvertrages. Dieser regelt insoweit mit den Vorgaben des EBM die berufliche Tätigkeit der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen. Als solche Regelungen der Berufsausübung sind sie nach Maßgabe des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) zulässig, weil sie - teils durch das Gesetz selbst, jedenfalls aber - auf Grund eines Gesetzes ergangen sind. Die insoweit erfolgte Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge wurde und wird in ständiger Rechtsprechung von der Sozialgerichtsbarkeit gebilligt und ist auch durch das Bundesverfassungsgericht verfassungsrechtlich für zulässig erachtet worden (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) - sowie - bestätigt durch die Nichtannahme der Verfassungsbeschwerde durch das BVerfG, a. a. O. - BSG, Urteil vom 9. Dez. 2004, a.a.O. Rdnr. 74 ff. m.w.N. aus der Rspr. des BSG, des BVerfG und des BVerwG; vgl. auch BVerfG (Kammer) Beschluss vom 22. Okt. 2004 - [1 BvR 528/04](#) -). [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) gibt (in Satz 1) mit dem Hinweis auf "den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten

ausgedrücktes Verhältnis zueinander" den Gegenstand der im EBM zu treffenden Regelungen vor und nennt (in Satz 2) mit dem Hinweis auf den Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung auch bestimmte inhaltliche Ziele. Zwischenzeitlich haben diese gesetzlichen Regelungen in § 87 (vgl. z.B. Abs. 2a bis 2d) noch weitere, ergänzende und konkretisierende Ausgestaltungen erfahren. Darüber hinaus sind gesetzliche Vorgaben (im Sinne der "Programmierung" zur Ausgestaltung des EBM) enthalten in den §§ 70, 71 sowie 72 Abs. 2 SGB V, wonach die Gebührenordnung in Form des EBM einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten (§ 70 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2; § 72 Abs. 2 SGB V) sowie der wirtschaftlichen Erbringung der zu derartigen Versorgung zählenden Leistungen (§ 70 Abs. 1 Satz 2, § 72 Abs. 2 SGB V) zu dienen bestimmt ist. Mit allen diesen Gestaltungsvorgaben ist ein ausreichend dichtes Normprogramm für den Erlass des EBM in Form eines Normvertrages im Gesetz vorgegeben und damit dem rechtstaatlich-verfassungsrechtlichen Grundsatz der Bestimmtheit der gesetzlichen Regelungsvorgabe (im Sinne eines "Parlamentsvorbehalts") Genüge getan (vgl. BSGE 78, 70 ff., 83 und ausführlich BSG, Urteile vom 9. Dez. 2004 a.a.O., RdNr. 74). Die Bestimmungen des EBM beruhen demnach auf einem Regelungskonzept der "Normsetzung durch vertragliche Vereinbarung" (BSG, a.a.O.) und sind mit dem GG vereinbar und zwar auch dort, wo der EBM selbst bereits Honorarbegrenzungsregelungen enthält (vgl. BSG, Urteile vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) – u.a. m.w.N. und BVerfG, Kammerbeschluss vom 22. Oktober 2004 – [1 BvR 528/04](#) –).

Diese – für beide Beteiligten des vorliegenden Verfahrens – normvertragliche Vorgabe ist eingehalten worden. Die Zuordnung und Bewertung der vom Kläger erbrachten und zur Abrechnung unterbreiteten Leistungen ist ausweislich der Anzahl- und Summenstatistiken von der Beklagten nach Maßgabe der Regelungen des EBM'96 erfolgt und der Abrechnung und der Ermittlung des Honoraranspruchs des Klägers auch zu Grunde gelegt worden. Insoweit sind Beanstandungen weder vorgetragen worden noch erkennbar.

b) Auch die vorliegend der Abrechnung zu Grunde gelegten verschiedenen Fassungen des HVM der Beklagten sind in formeller Hinsicht rechtmäßig erlassen worden und in der Sache selbst rechtmäßig. Dabei beschränkt sich die Überprüfung des HVM – als in Form der Satzung ergangener Rechtsnorm – auf solche Regelungen, welche den Kläger konkret belastet haben. Eine abstrakte Normenkontrolle findet dabei nicht statt. Deshalb sind Honorarbegrenzungsregelungen nur insoweit einer Prüfung zu unterziehen, als sie in den vorliegend streitigen Quartalen nach Maßgabe von LZ 702 HVM der Anlagen tatsächlich zu einer Reduzierung des vom Kläger geltend gemachten Honoraranspruchs geführt haben. ba) Der HVM ist gemäß § 85 Abs. 4 SGB V (in den hier noch maßgeblichen Fassungen) in Form einer Satzung (der Körperschaft des öffentlichen Rechts: §§ 77 Abs. 5, 79 Abs. 3 Nr. 3 SGB V) durch die Abgeordneten-/Vertreter-Versammlung der Beklagten erlassen worden. § 85 Abs. 4 SGB V gibt der Beklagten dabei einerseits hinlänglich bestimmte Regelungsvorgaben, im Übrigen aber große Gestaltungsfreiheit für die Ausgestaltung der Honorarverteilung. Die Honorarverteilung muss sich an Art und Umfang der Leistungen orientieren (§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V) und soll dabei die übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit der Kassen-/Vertragsärzte verhindern helfen (§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V a. F. – jetzt Satz 6). Aus diesen Regelungsvorgaben folgt mit hinreichender Deutlichkeit, mit welcher Tendenz und nach welchen Grundsätzen die zur Normsetzung in Form der Satzung ermächtigten Selbstverwaltungsorgane der Beklagten ihre Regelungen zu treffen haben (vgl. BSG, Urteil vom 20. Okt. 2004 – [B 6 KA 30/03 R](#) – sowie Urteil vom 9. Dez. 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) – u. a. – zwischenzeitlich sind auch hier weitere erhebliche Gesetzesänderungen in Kraft getreten mit einer Umgestaltung und weiteren Präzisierung der Gestaltungsvorgaben für die Kassenärztlichen Vereinigungen).

bb) Der HVM ist im Hinblick auf (weitere) formelle Anforderungen rechtmäßig zu Stande gekommen. Insoweit sind Zweifel an der ordnungsgemäßen Beschlussfassung der Abgeordneten-(Vertreter-)Versammlung und hinsichtlich der Veröffentlichung des HVM (mittels Rundschreiben gemäß der (Haupt-)Satzung der Beklagten) weder vorgetragen worden noch sonst erkennbar und demnach nicht begründet. Insbesondere ist entschieden, dass die Veröffentlichung der Satzungsregelungen des HVM mittels Rundschreiben an die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte aus Rechtsgründen nicht zu beanstanden ist (BSG, Urteile vom 9. Dez. 2004, a.a.O.). Auch soweit das "Benehmen" (seit 1. Juli 2004: Vereinbarung eines HVM) mit den Verbänden der Krankenkassen herzustellen war (§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V a. F.) ist allgemein bekannt, dass die Beklagte insoweit den Anforderungen der Rechtsprechung nachgekommen ist. Dafür genügt es, wenn die Beklagte die beabsichtigte Änderung des HVM den Krankenkassen mitteilte und diesen die Möglichkeit zur (nachträglichen) Stellungnahme einräumte. Selbst wenn insoweit nur einige Verbände der Krankenkassen sich ausdrücklich erklärten und sich die übrigen Verbände in angemessener Frist nicht äußerten und die beabsichtigte bzw. beschlossene HVM-Regelung nicht beanstandet haben, genügt dies den Anforderungen des § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V (BSG, Urt. vom 3. März 1999 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#); BSG Urteil vom 9. Dezember 2004 [a.a.O.](#), jeweils m.w.N.).

bc) Der demnach in formeller Hinsicht als Satzung zunächst durch Beschluss der Abgeordneten-(Vertreter-)Versammlung vom 12. Dezember 1995 (Teil I der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1995) ordnungsgemäß zustande gekommene HVM (geändert durch Beschlüsse vom 17. April 1996 – Bekanntmachung vom 25. April 1996 – und vom 6. Juli 1996 – Bekanntmachung durch Rundschreiben vom 18. Juli 1996) ist – wie auch das Sozialgericht zutreffend entschieden hat – in den vorliegend maßgeblichen Fassungen in der Sache nicht zu beanstanden. Es begegnet grundsätzlich auch keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, dass die Regelungen des HVM z. T. nachträglich (wenn auch teilweise ohnedies nur geringfügig) geändert wurden. Hierin lag und liegt kein Verstoß gegen das im Rechtsstaatsgebot ([Art. 20 GG](#)) verankerte Rückwirkungsverbot, weil Honorarverteilungsregelungen insoweit keine echte Rückwirkung entfalten, als sie ein bereits abgelaufenes Leistungsgeschehen zum Regelungsgegenstand haben (BSG, st. Rspr. vgl. z.B. – zum HVM ab 1. Juli 1997 und den nachfolgenden Änderungen/Ergänzungen – BSG, Urteil vom 9. Dez. 2004 – [B 6 KA 44/03](#) – R a.a.O., RdNr. 58 ff. m.w.N.).

bd) Auch im Übrigen begegnen die Satzungsregelungen des HVM – soweit sie hier überhaupt einer Überprüfung unterzogen werden können und dürfen – keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Dies gilt insbesondere auch für die in LZ 702 HVM und in dessen drei Anlagen – und insbesondere in Anlage 3 – geregelten Honorarbegrenzungsmaßnahmen. Rechtsgrundlage für solche Regelungen sind §§ 80 Abs. 1 und 2, [84 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#). Die nach Maßgabe dieser Bestimmungen getroffene Satzungsregelung erfolgt im Rahmen jener weitgehenden Gestaltungsfreiheit, die jeder Normgeber bzw. –setzer für sich reklamieren kann. Dabei haben – jedenfalls seit dem GSG des Jahres 1993 – die HVM-Regelungen insoweit an Gewicht und Bedeutung gewonnen, als sie über die Funktion der Umsetzung von Punktbeträgen in konkrete Geldbeträge hinaus auch verstärkt Auswirkungen auf das Honorareinkommen der Ärzte haben. Die im EBM vorgegebenen, den einzelnen Leistungen zugeordneten Punktzahlen sind nicht mehr einfach "Eins-Zu-Eins" mit einem stabilen Punktwert in Geldbeträge umrechenbar, weil die im Rahmen der so genannten "gedeckelten Gesamtvergütung" aufgetretene Steigerung der abgerechneten Punktmengen zwangsläufig zu einem Absinken des Punktwertes geführt hatte (sogenannter "floatender Punktwert"). In dem Maße, in dem – zunächst durch ausdrückliche gesetzliche Vorgaben und sodann durch Anweisungen an die Vertragspartner – die Gesamtsumme der zur

Verteilung bereit stehenden Gesamtvergütung begrenzt wurde bzw. nur in geringem Umfang wachsen konnte, hatte sich die Gefahr ergeben, dass Ärzte dem drohenden Sinken ihres Einkommens durch das Erbringen und Abrechnen von immer mehr Leistungen (ausgedrückt in Punkten) entgegenzuwirken versuchten. Dies hatte zwangsläufig zu einem Absinken der Punktwerte geführt, verbunden mit der Gefahr, dass immer noch mehr Punktmengen abgerechnet werden sollten - ein Problem, das anschaulich als so genannter "Hamsterrad-Effekt" umschrieben wird: Bei ständig steigender Menge der abgerechneten Punktzahlen und der immer größeren und schnelleren Steigerung der Punktmenge drohte der Punktwert immer weiter und schneller zu fallen mit der Folge, dass - um im Bilde zu bleiben - das Hamsterrad sich immer schneller drehen musste und drehte (vgl. hierzu z. B. Clemens, MedR 2000, S. 17 ff.). Damit entstand für die Honorarverteilungsregelungen im HVM zusätzlich die vorrangige Zielvorgabe, durch Honorarbegrenzungsregelungen diesem "Hamsterrad-Effekt" gegenzusteuern. Während die Regelungen und Bewertungsvorgaben des EBM die Funktion behalten haben, das wertmäßige Verhältnis von Leistungen - ausgedrückt in Punktzahlen - festzulegen, oblag und obliegt es einer Kassenärztlichen Vereinigung - hier der Beklagten - Kraft ihrer Gestaltungshoheit im Rahmen der Honorarverteilung nunmehr auch im HVM mengensteuernde Regelungen zu treffen, damit sie der ihr obliegenden Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Genüge tun konnte und kann. Dabei hat die Beklagte als Normsetzerin bzw. -geberin der in Form der Satzung ergehenden HVM-Regelung, wie erwähnt, eine weite Gestaltungsfreiheit - wie diese jedem Normgeber bzw. -setzer zuerkannt werden muss. Dies ist in der Rechtsprechung - auch des HLG und bestätigt durch das BSG - immer anerkannt worden.

be) Eine - erste - Schranke bezüglich dieser Gestaltungsfreiheit ist erst dann gegeben, wenn sich die Regelungen des HVM dauerhaft in Widerspruch zu den Bewertungsvorgaben des EBM setzen und dabei die Bewertungsrichtlinien des EBM zeitlich unbegrenzt unterlaufen würden. Im Hinblick auf die Notwendigkeit, auf Veränderungen im EBM und im Leistungsgeschehen (vor allem im Leistungsvolumen) zu reagieren, wird der Beklagten dabei von der Rechtsprechung des BSG allerdings im Rahmen des ihr zustehenden weiten Gestaltungsspielraumes auch zugebilligt, dass Regelungen innerhalb einer gewissen Anfangs- und Erprobungsphase selbst dann rechtfertigbar sind, wenn sie (zunächst) zu "grobem Verwerfungen" führen. Begrenzt ist der Regelungsspielraum der Beklagten des Weiteren insoweit, als allgemein Verfassungsrecht und insbesondere [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) Beachtung finden müssen. Auch Honorarverteilungsregelungen stellen - wie in der Berufungsbegründung zu Recht dargelegt - Berufsausübungsregelungen im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu [Art. 12 Abs. 1 GG](#) dar; [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) gebietet eine "leistungsproportionale Verteilung" des Honorars, wobei im Rahmen einer die Berufsausübung betreffenden Regelung auch der allgemeine Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) (im Sinne eines Grundsatzes der "Honorarverteilungsgerechtigkeit") zu beachten ist. Dies gilt insbesondere deshalb, weil - nach Maßgabe der Wirkung der "gedeckelten" Gesamtvergütungen - der HVM seinen bloß "technischen Charakter" im Hinblick auf die Weiterleitung der von den Krankenkassen an die Beklagte gezahlten (Gesamt-)Vergütungen verloren hat und in erheblichem Ausmaß Auswirkungen auf das konkret an die Vertragsärzte ausgekehrte Honorar haben kann (vgl. Clemens a.a.O., S. 18).

bf) Auch unter Berücksichtigung dieser Rechtsgrundsätze wird im Hinblick auf den weiten Gestaltungsspielraum der Beklagten von der Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit sowohl die Aufspaltung des zur Verteilung zur Verfügung stehenden Honorars und die Bildung von "Honorartöpfen" gebilligt als auch - im Bezug auf abgegrenzte Anteile am Gesamthonorar - die Abrechnung mit unterschiedlichen Punktwerten für zulässig erachtet. Das SGB V schließt nicht grundsätzlich aus, durch Regelungen im HVM die Gesamtvergütung in Teilbudgets auszuverteilen, auch wenn sich als deren Folge ergibt, dass vertragsärztliche Leistungen nicht mehr entsprechend der im EBM festgelegten Punktzahl-Bewertung, sondern - aufgrund unterschiedlicher Punktwerte, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in den verschiedenen Leistungsbereichen beruhen - unterschiedlich hoch vergütet werden. Honorartöpfe können für Arztgruppen und/oder Versorgungsgebiete gebildet aber auch für bestimmte Leistungsbereiche geschaffen werden (vgl. BSG, Urteile vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) und vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - m.w.N.). Im Hinblick darauf, dass es sich insoweit um die Berufsausübung regelnde Vorschriften (im Sinne von [Art. 12 GG](#)) handelt, bedürfen solche Regelungen über Topfbildung und Honorarbegrenzung jedenfalls einer sachliche Rechtfertigung (BSG, a.a.O.). Im Rahmen ihrer weiten Gestaltungsfreiheit allerdings unterliegt die Beklagte nicht der Verpflichtung, bei den jeweiligen Honorar(unter)gruppen auf deren völlige Homogenität hinzuwirken (BSG, Urteil vom 3. März 1999 m.w.N.). Zugelassen sind auch Abstufungsregelungen mit der Folge, dass Honoraranteile oberhalb gewisser Basiswerte nur in geringerem Umfang vergütet werden, solange überhaupt noch eine Vergütung stattfindet. (BSG a.a.O.) Diesen Anforderungen genügt der ab 1. Januar 1996 maßgebliche HVM. Hier liegt die Grenze, bis zu der eine volle Vergütung stattfindet, jedenfalls (im zweiten Anwendungsfall von Anlage 3 zu LZ 702 HVM, der hier Platz griff, weil der Punktwert unter 8 Pfg. fiel) noch im Bereich des Durchschnittsfallwertes der Vergleichsgruppe. Auch darüber liegende Honoraranteile (durch die Anhebung um 25 % der mittleren Abweichung) wurden noch vergütet. Die Zulässigkeit solcher Regelungen kann - so auch die Rechtsprechung des BSG - anerkannt werden, soweit sie - wie dies auch für die Quartale I/96 und II/96 nach Aufhebung der rückwirkenden Budgetierung der Gesprächsleistungen zweifellos der Fall war - der Punktwertstabilisierung zu dienen geeignet sind und hierfür unerlässlich waren. Daran ändert sich nichts deshalb, weil im HVM der Beklagten später dann zur Regelung mit einer individuellen Honorarbegrenzung innerhalb von (verfeinerten) Honorargruppen und/oder "Honorartöpfen" - welche an die Abrechnung der jeweiligen Praxis in der Vergangenheit anknüpfen - übergegangen wurde, die von der Rechtsprechung - auch des HLG - ebenfalls grundsätzlich für zulässig erachtet worden sind (vgl. auch BSG, Urteil vom 10. Dez. 2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - = [BSGE 92, 10](#); BSG, Urteile vom 20. Okt. 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - und vom 9. Dez. 2004 a.a.O., Rdnr. 68).

bg) Die Regelungsfreiheit der Beklagten besteht aber auch hier - trotz des ihr eingeräumten Gestaltungsspielraums - nicht völlig schrankenlos. Nach der Rspr. des BSG muss der HVM für atypische Fallgestaltungen selbst Ausnahmeregelungen enthalten. Soweit der HVM Bemessungsgrenzen vorsieht, muss er gewisse Steigerungsmöglichkeiten zulassen. Es handelt sich um Konstellationen von typischerweise unterdurchschnittlich (bezogen auf die - abrechnungstechnische relevante - Fachgruppe) abrechnenden Praxen, zu denen z.B. auch Praxen in der Aufbauphase (so genannte "junge Praxen") zählen. Berücksichtigung finden müssen u. U. auch Veränderungen in der Zusammensetzung von Gemeinschaftspraxen in Referenzquartalen. Grundsätzlich müssen solche Ausnahmefallkonstellationen und auch allgemeine "Härtefallklauseln" im HVM selbst geregelt sein. Nicht ausreichend sind die durch entsprechende "Öffnungsklauseln" (Möglichkeit zur Abweichung im Einzelfall zugunsten der teilnehmenden Ärzte) im HVM getroffenen Regelungen (Clemens, a.a.O., S. 19 f.), es sei denn, dass z.B. im konkreten Fall die durchschnittlichen Abrechnungswerte der Gruppe bereits erreicht bzw. übertroffen sind ([BSGE 92, 10](#); [BSGE 92, 233](#); BSG, Urteil vom 9. Dez. 2004, a.a.O., Rdnr. 66). Auf jeden Fall muss dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt die Möglichkeit verbleiben, sein Leistungsgeschehen (hinsichtlich der Fallzahlen als auch - wenn auch eingeschränkter - bzgl. der abgerechneten Fallwerte) so auszugestalten und zu erweitern, dass der durchschnittliche Wert (durchschnittlicher Umsatz oder durchschnittliches Netto-Honorar) der für ihn (abrechnungstechnisch) maßgeblichen Vergleichsgruppe in angemessener Zeit erreicht werden kann. Insoweit sind im HVM vorgesehene generelle Steigerungsmöglichkeiten nicht nur - allgemein - auf ihre Angemessenheit hin zu überprüfen, sondern - wie oben ausgeführt - eben auch darauf, ob Sonderregelungen für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen

ausdrücklich getroffen sind oder jedenfalls im konkreten Fall greifen können (vgl. BSG, a.a.O.).

Diesen Anforderungen genügen die Regelungen in Anlage 3 zu LZ 702 HVM ab I/96 nicht. Dort sind bzgl. der Notwendigkeit, von der Honorarbegrenzung abzuweichen, gerade keine konkreten Fallgruppen und spezifischen Kriterien aufgeführt, welche im Regelfall zu einem Absehen von Honorarbegrenzungsregelungen führen müssten. Lediglich die Härtefallregelung in LZ 803 HVM (und der Anlage dazu) hat – nachträglich – eine spezifizierte Fassung gefunden (Beschluss vom 6. Juli 1996). Dies allein aber macht weder den HVM insgesamt noch die einzelne Regelung der LZ 702 HVM (nebst Anlagen) rechtswidrig und damit unwirksam. Wie ausgeführt, beschränkt sich die Überprüfung des HVM auf eine konkrete Normenkontrolle. Nur soweit das Fehlen einer präziseren Ausnahmeregelung dem Kläger konkret zum Nachteil gereicht, ist dies von den Gerichten zu beanstanden. Vorliegend aber hat die Beklagte durch die Anhebung des (Netto)honorars des Klägers in beiden streitbefangenen Quartalen auf das Niveau des Durchschnitts der (abrechnungstechnisch relevanten) Fachgruppe im Ergebnis genau das bewirkt, was von der Rechtsprechung des BSG (Urteile vom Dezember 2003, März 2004 und vom 9. Dezember 2004) als Mindestniveau der Anpassung im Rahmen einer Ausnahmeregelung für erforderlich gehalten worden ist. Wie das BSG (Urteil vom 9. Dezember 2004, [a.a.O.](#)) ausdrücklich entschieden hat, entfällt insoweit die Beanstandung der fehlenden spezifischen Ausnahmeregelung im Rahmen einer – impliziten – Normenkontrolle im gerichtlichen Verfahren, die Höhe des Honorars betreffend.

bh) Keinen Bedenken begegnen die Regelungen des HVM und ihre Anwendung vorliegend auch insoweit, als sie den Umstand nicht besonders berücksichtigen, dass der Kläger in erheblichem und/oder überwiegendem Umfang auch auf Überweisung anderer Vertragsärzte tätig geworden ist und wird. Die grundsätzliche Zulässigkeit der Anwendung honorarbegrenzender Regelungen auf solche Praxen, die überwiegend auf Überweisung tätig werden, ist in ständiger Rechtsprechung – auch des 6./7. Senats des HLSG – für zulässig erachtet worden (vgl. BSG Urteile vom 28. Jan. 1998 – [B 6 KA 96/96 R](#) – = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#); vom 3. März 1999 – [B 6 KA 8/98 R](#) –, auch vom 9. Dez. 2004 a.a.O.) ; auch dem Arzt, an den überwiesen wird, verbleibt – gegebenenfalls in Abstimmung mit dem "Überweiser" – ein gewisser Dispositionsspielraum, der es grundsätzlich gerechtfertigt erscheinen lässt, auch für solch eine Praxis die Regelungen zur Honorarbegrenzung ausnahmslos anzuwenden, und im HVM – über evtl. Stützungsregelungen hinaus – keine besonderen und ausdrücklichen Ausnahmeregelungen zu verlangen.

bi) Entsprechend den Vorgaben der Rechtsprechung des BSG enthält der HVM zwar in LZ 803 HVM – insbesondere Absatz 3 – HVM – eine generelle (und bzgl. der Anwendbarkeit in der Anlage dazu dann auch näher spezifizierte) Härtefallklausel, welche vor allem zugunsten von Ärzten/Praxen greifen sollte, bei denen der Fallwert durch die Einführung des EBM'96 um mehr als 10% abgesunken war. Es kann dahinstehen, ob diese spezifische Härtefallklausel (gemäß der Anlage zu LZ 803 HVM) auf den Kläger überhaupt anwendbar gewesen wäre (was im Hinblick auf den hohen, deutlich überdurchschnittlichen Fallwert seiner Praxis zweifelhaft sein könnte). Dahinstehen kann auch, ob die Formulierung der Voraussetzungen für den Härtefall selbst rechtmäßig war und/oder gegebenenfalls eine hiervon abweichende Ermessenentscheidung durch den Vorstand der Beklagten hätte ergehen können und/oder müssen. Der 7. Senat und 6. Senat des HLSG haben nicht abschließend darüber entschieden, nach welchen Kriterien im Rahmen von LZ 803 HVM die Beklagte solches Ermessen auszuüben gehabt hätte. Im vorliegenden Verfahren, in dem zunächst über die Rechtmäßigkeit der Honorarbescheide und die Höhe des ("regulären") Honorars zu befinden ist, war und ist (nach ständiger Rechtsprechung, welche das BSG bestätigt hat – Urteile vom 9. Dez. 2004, a.a.O. und vom 8. Februar 2006 – [B 6 KA 25/05 R](#) –) aber nicht über den Härtefall zu entscheiden. Insofern entspricht es nunmehr auch gängiger Praxis der Beklagten, für den Fall einer entsprechenden Antragstellung seitens des Arztes, noch nachträglich über das Vorliegen eines Härtefalls im Sinn der LZ 803 HVM in einem gesonderten Verwaltungsverfahren zu entscheiden.

3. Die Beklagte war – entgegen der Auffassung des Sozialgerichts – schließlich auch nicht verpflichtet, zugunsten des Klägers unter Gebrauch des ihr in Anlage 3 zu LZ 702 HVM unter I. 5 eingeräumten Ermessens – im Einzelfall – von der Anwendung der Honorarbegrenzungsregelung vollständig abzusehen und insbesondere auch nicht über die im Teilanerkennnis vom 20. April 2006/19. Dezember 2007 erfolgte Nachzahlung hinaus erneut zugunsten des Klägers diesen zu bescheiden.

a) Soweit von der Rechtsprechung verlangt wird, dass im HVM selbst eine Regelung enthalten sein muss, aus der sich ergibt, unter welchen Voraussetzungen etwa unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen Steigerungen möglich gemacht werden und von Honorarbegrenzungsmaßnahmen abgesehen werden müsse ([BSGE 92, 10](#) ff. und 233 ff.), genüge – wie oben ausgeführt – der vorliegend ab 1. Jan. 1996 maßgebliche HVM (auch in der Fassung vom Juli 1996) diesen Anforderungen (noch) nicht. Dies macht den HVM nicht rechtswidrig und hindert das Gericht nicht an einer Überprüfung der insoweit zunächst unterbliebenen und dann nur teilweise zugunsten des Klägers getroffenen Entscheidung der Beklagten (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dez. 2004, a.a.O. RdNr. 72 m.w.N. aus der Rspr. des BSG). Der HVM enthielt zunächst nur unter I. 5 der Anlage 3 zu LZ 702 die generelle Ermächtigung des Vorstands, wonach "von einer Teilquotierung der Honorarforderungen gemäß 2. bzw. 3. in Ausnahmefällen ganz oder teilweise auf Beschluss des Vorstandes abgesehen werden" könne. Daneben war ein spezielle Ausnahme-Regelungen zur Vermeidung von Sicherstellungsprobleme (LZ 607 HVM) enthalten sowie (später) die Härtefallklausel (LZ 803 HVM).

b) Zur Konkretisierung seiner Ermächtigung in Anlage 3 zu LZ 702 HVM hat der Vorstand für die Ausnahmeregelung nach Abschnitt I. 5 sodann beschlossen, nur in den Fällen eine Ausnahme zuzulassen, in denen ein Schwerpunkt in der Praxis derart gegeben war, dass auf ihn 30% des Abrechnungsvolumens entfallen müssten. Diese Feststellung ist – wovon auch das Sozialgericht zutreffend ausgegangen ist – im Grundsatz rechtlich nicht zu beanstanden. Insoweit sind weder Anwendungs- noch Ermessensfehler zu erkennen. Mit der Formulierung "kann" bei I.5. der Anlage 3 zu LZ 702 HVM ist ohne Zweifel dem Vorstand ein Ermessen eingeräumt worden. Der Vorstand der Beklagten hat es (nach Maßgabe seines Grundsatzbeschlusses) vorliegend auch abgelehnt, von der Anwendung der Teilbudgetierungsregelungen (wenigstens teilweise) abzusehen. Aus der Begründung im Widerspruchsbescheid kann auch entnommen werden, dass nach Prüfung der maßgeblichen Tatsachen (Abrechnungsdaten der Praxis des Klägers und Vergleich mit der Fachgruppe) und unter Nutzung eines Entscheidungsspielraums eine Ermessenentscheidung getroffen worden ist, die vorliegend vom Gericht (nur) darauf hin zu überprüfen ist, ob die Beklagte von dem ihr eingeräumten Ermessen pflichtgemäß Gebrauch gemacht hat ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)). Rechtswidrig ist ein Verwaltungsakt – und d.h. vorliegend: die Honorarbescheide vom 12. Januar und 17. Januar 1998, in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. August 1998 und der Bescheide vom 6. April 2006 – dann (aber auch nur dann), wenn die Beklagte, soweit ihr Ermessen eingeräumt ist, die gesetzlichen Grenzen dieses Ermessens überschritten oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat ([§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Auf die pflichtgemäße Ausübung des Ermessens besteht ein Rechtsanspruch des Klägers ([§ 39 Abs. 1 Satz 2](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil – SGB I –); soweit in einem schriftlichen Verwaltungsakt eine Begründung erforderlich ist, muss die schriftliche Begründung von Ermessenentscheidungen auch die Gesichtspunkte

erkennen lassen, von welchen die Behörde – hier also die Beklagte – bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist (§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X -). Ermessensfehler nach § 54 Abs. 2 SGG, welche einen Verwaltungsakt rechtswidrig machen, können vorliegen, wenn die gesetzlichen Grenzen überschritten werden (Ermessensüberschreitung), von dem Ermessen gar nicht (Ermessensunterschreitung, Ermessens-Nicht-Gebrauch) oder aber in einer nicht dem Zweck des Ermessens entsprechenden Weise Gebrauch gemacht worden ist (Ermessensfahrlässigkeit). Von der ihm durch die Vertreter(Abgeordneten-)Versammlung der Beklagten durch das Satzungsrecht des HVM in der Anlage 3 zu LZ 702 HVM eingeräumten Ermessensspielraum hat der Vorstand der Beklagten, wie ausgeführt - jedenfalls in der Widerspruchsbegründung und in den Erläuterungen im Schriftsatz vom 20. April 2006 – erkennbar Gebrauch gemacht. Es liegt insoweit kein Fall des "Ermessens-Nichtgebrauchs" vor (vgl. allg. Seewald in KassKomm, Loseblatt, Stand: Sept. 2006, § 39 SGB I, RdNr. 9 ff. und Krasney, ebd., § 35 SGB X, RdNr. 6 ff.; Engelmann, in: von Wulffen, SGB X, 4. Aufl. München 2001, § 35 Rdnr. 6; Keller, in: Meyer-Ladewig et. al., SGG, 8. Aufl. München 2005, § 54 RdNr. 28 ff.).

c) Nach allgemeiner Auffassung ist es auch zulässig, dass die für die Beklagte handelnden Gremien (das war hier zunächst gemäß I. 5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM der Vorstand der Beklagten) durch generalisierende Entscheidungen sich selbst oder andere entscheidungsbefugte Stellen vorab bezüglich der Ermessensausübung binden. So kann insbesondere durch verwaltungsinterne Grundsatzbeschlüsse oder Richtlinien in zulässiger Weise das einem Träger eingeräumte Ermessen – vergleichbar allgemeiner Normen – auch generell für typische Fallkonstellationen festgeschrieben werden (Seewald, a.a.O., RdNr. 12 ff. m.w.N.; Engelmann, a.a.O. § 35 RdNr. 6 a.E.: "ermessenslenkende" Richtlinien). In diesem Sinne hat der Vorstand der Beklagten allgemeine Regeln für Ausnahmen von der Honorarbegrenzung (später auch z. B. bzgl. Wechsel in der Praxisstruktur, Änderung der apparativen Ausstattung, Krankheit, "junge Praxen" etc.) getroffen, und damit von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, sich für die Ausnahmeregelungen in I. 5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM auf allgemeine Maßstäbe zu verpflichten. Die Überprüfung von Ermessensentscheidungen in den Fällen, in denen solche Grundsätze oder allgemeinen Richtlinien festgelegt sind, erfolgt in einem ersten Schritt – nach Maßgabe des Gleichheitsgebots des Art. 3 GG – nur dahingehend festzustellen, ob die Beklagte sich an ihre Grundsätze hält (deren Voraussetzungen als ordnungsgemäß geprüft hat) und ob sie diese Grundsätze oder Richtlinien auch gleichmäßig und gleichförmig anwendet und dies auch in dem jeweiligen streitigen Fall getan hat. Hierbei sind Fehler der Beklagten nicht zu erkennen.

Auch zur Überzeugung des HSG ist dem Kläger der Nachweis nicht gelungen, dass anhand der Abrechnungsdaten verlässlich der Nachweis sich erbringen ließe, die Konzentration auf Ulcera-Patienten bei der Praxisklientel habe bereits zum Entstehen eines solchen Schwerpunktes geführt, dass allein davon zumindest 30% der (kurativ-ambulant) Honoraranforderung herrühren müssten. Die Abrechnungsdaten – auf die es bei der Überprüfung der Teilquotierung einer Honoraranforderung zu allererst ankommen muss – spiegeln den vom Kläger behaupteten Schwerpunkt nicht wieder. Dabei handelt es sich auch nicht um nur eine geringfügige Unterschreitung sondern – wie die Beklagte in der Berufungsbegründung gezeigt hat – um eine derart deutliche Differenz, dass dies nicht allein mit Unschärfen der Zuordnung erklärt werden kann. Abrechnungsdaten sind nach Maßgabe der Leistungslegenden des EBM'96 zu erstellen. Diese sind möglichst eindeutig formuliert und einer – ergänzenden – Auslegung grundsätzlich nicht zugänglich. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass insoweit korrekt eingereichte und – nach sachlich-rechnerischer Prüfung – korrekt ermittelte Honoraranteile für die Berechnung der Quotierung zur Verfügung gestanden haben. Zu Recht hat deshalb die Beklagte (wenn auch in etwas anderem Zusammenhang) darauf hingewiesen, dass bei Honorarabrechnungsfragen klare und einfach zu handhabenden Maßstäbe herangezogen werden müssen. Dies verbietet es, für Zwecke der Abrechnung aus der Klientel einer Praxis (abweichend von - bzw. ergänzend zu - den konkret und korrekt ermittelten Abrechnungsdaten) eine besondere Patientengruppe abzugrenzen. Ob und inwieweit bei Fragen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (und dort bei Fragen der "Praxisbesonderheit") anderen Maßstäbe gelten können, muss dahingestellt bleiben, weil vorliegend – wie die Beklagte zu Recht vorgetragen hat – zunächst nur Abrechnungsabläufe zu berücksichtigen sind. Aus diesen aber lässt sich – wie dargelegt – die vom Kläger behauptete Schwerpunktbildung nicht zwingend ermitteln, weshalb es der Vorstand der Beklagten zu Recht abgelehnt hat, zugunsten des Klägers von einem "30 %-Fall" auszugehen.

Dies allein aber entbindet – wie auch das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat – den Vorstand der Beklagten nicht davon, jeweils im Einzelfall – unabhängig von den Grundsatzbeschlüssen – erneut Ermessen zu prüfen und auszuüben und gegebenenfalls auch eine von einem Grundsatzbeschluss oder einer festgelegten Richtlinie abweichende Entscheidung zu treffen (BSGE 84, 108; Seewald, a.a.O.; Engelmann, a.a.O.; BSGE 73, 201, 214; vgl. auch Urteil des 6. Senats des HSG vom 23. Mai 2007 – L 6/7 KA 70/03). Es kann deshalb letztlich auch dahinstehen, ob der Grundsatzbeschluss eine auch den Vorstand für die Zukunft selbst bindende, generalisierende Regelungen darstellen sollte oder aber ob dem Vorstand der Beklagten selbst klar war, dass er in jedem Einzelfall auch hiervon abweichend eine Entscheidung zu treffen hatte: Bei der Ausübung pflichtgemäßen Ermessens sind von den Grundsatzbeschlüssen evtl. nicht oder nicht ausreichend erfasste besondere Umstände des Einzelfalles ohnedies wiederum zu prüfen und zu berücksichtigen (Engelmann, a.a.O.; BSGE 73, 211 ff., 214).

d) Nach § 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X müssen in einem Verwaltungsakt, bei dem Ermessen auszuüben ist, in der schriftlichen Begründung alle wesentlichen Gesichtspunkte erkennbar sein und mitgeteilt werden, von denen die Verwaltungsbehörde (also hier die Beklagte) hätte ausgehen können oder aber ausgegangen ist. Berücksichtigt werden müssen – und in der Begründung darzulegen sind – alle für den Einzelfall maßgeblichen tatsächlichen Umstände und Wertungsgesichtspunkte, auch Billigkeitsgesichtspunkte, die wirtschaftlichen Folgen für den Betroffenen und gegebenenfalls auch Fragen der Verursachung der eingetrossenen Situation sowie objektiv feststellbare Bedingungen für diese Ermessensentscheidung. Daneben sind aber auch Gesichtspunkte einer besonderen Härte für den Empfänger des Verwaltungsaktes zwingend in die Erwägungen mit einzubeziehen und in der schriftlichen Begründung darzulegen. Ohne Mitteilung der Gesichtspunkte tatsächlicher, rechtlicher und wertender Art, welche bei der Ausübung des Ermessens berücksichtigt worden sind oder jedenfalls hätten berücksichtigt werden können und/oder müssen, kann nicht geprüft werden, ob eine "pflichtgemäße" Ermessensausübung vorliegt. Der Begründungspflicht ist nicht Genüge getan, wenn lediglich nicht oder kaum nachvollziehbare Leerformeln in den Begründungstext aufgenommen werden (Engelmann, a.a.O., § 35 Rdnr. 6). Andererseits können die Anforderungen an eine Begründung dann nicht überspitzt werden, wenn der maßgebliche Sachverhalt (hier also Besonderheiten in der Praxisstruktur anhand der Anzahl- und Summenstatistik; Höhe des Honorars in Relation zu anderen Praxen) ermittelt und festgestellt worden ist oder jedenfalls leicht feststellbar war.

e) Unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Vorstand der Beklagten bei der von ihm im vorliegenden Einzelfall zu treffenden Ermessensentscheidung richtig gehandelt und die "pflichtgemäße" Ermessensentscheidung getroffen hat. Es liegt also auch kein Fall von Ermessens-Fehl-Gebrauch in Form der Ermessensunterschreitung vor. Der Vorstand hatte – wie zuvor,

nach Lage der Akten der Beklagten, auch der Geschäftsausschuss der Bezirksstelle - die Anzahl- und Summenstatistiken des Klägers sorgfältig geprüft und auch sein Leistungs- und Abrechnungsverhalten mit der maßgeblichen (abrechnungstechnisch relevanten) Vergleichsgruppe verglichen. Dabei ist der Vorstand zu der Überzeugung gelangt, die nachvollziehbar ist und in der Begründung des Widerspruchsbescheids hinlänglich dargelegt wurde, dass das Praxisgeschehen des Klägers nicht in einem solchen Umfang von dem der Vergleichsgruppe abwich, der eine abweichende Entscheidung hätte erforderlich machen müssen. Der Vorstand hat auch den maßgeblichen Gesichtspunkt der "Sicherstellung" geprüft. Er ist dabei zutreffend davon ausgegangen, dass im Hinblick auf die Leistungserbringung durch andere Vertragsärzte eine solche Sicherstellungsproblematik im Bezirk der Geschäftsstelle ZZ. (seinerzeit) nicht bestanden hatte und besteht. Die dem entgegenstehenden Ausführungen des Sozialgerichts vermögen nicht zu überzeugen. Auch wenn dem Kläger zugestanden werden kann, dass die Daten der Anzahl- und Summenstatistik nicht immer ausreichend sein müssen, um jede Praxisbesonderheiten abzubilden (was im Rahmen der so genannten Wirtschaftlichkeitsprüfung dann oft derart aufwändige Auswertungen erforderlich macht, wie sie von Seiten des Klägers im Gerichtsverfahren erarbeitet und vorgelegt worden sind), kann jedenfalls ein Sicherstellungsproblem in der verkehrsgünstigen Rhein-Main-Region nur Anerkennung finden, wenn sich aus der Anzahl- und Summenstatistik ergibt, dass in erheblichem Umfang Leistungen nur von der klägerischen Praxis abgerechnet (und erbracht) werden, welche von keinem (oder zu wenig) anderem/n Vertragsarzt/-ärzten in erreichbarer Umgebung erbracht werden. Ein Nachweis einer solchen Unterversorgung ist nicht - auch nicht bezüglich angiologischer Leistungen - gelungen, weshalb die Beklagte - ungeachtet der Frage, inwieweit solche Sicherstellungsfragen im Rahmen der Ermessensausübung gemäß Abschnitt I.5 der Anlage 3 zu LZ 703 HVM überhaupt hätten Berücksichtigung finden können und/oder dürfen - aus diesem Gesichtspunkt nicht zugunsten des Klägers auf die Anwendung der Teilquotierungsregelung verzichten konnte. Gleiches gilt im Hinblick auf Härtefallgesichtspunkte, soweit diese überhaupt bei der Ausübung der vorliegend geforderten Ermessensausübung zu berücksichtigen waren und nicht (wie oben dargelegt) in einem gesonderten Verwaltungsverfahren noch zu prüfen sein werden. Im Hinblick darauf, dass der klägerischen Praxis nunmehr insgesamt ein Honorarvolumen in Höhe des Durchschnittes der Vergleichsgruppe zugewilligt worden ist (Bescheid vom 20. April 2006/Teilanerkenntnis vom 19. Dezember 2007), und ausweislich der Anlagen zum Schreiben vom 20. April 2006 für die budgetrelevanten Honoraranteile Anerkennungsquoten von ca. 91 % bzw. 93 % ermittelt wurden, konnte der Vorstand der Beklagten nicht verpflichtet werden, eine weitergehende abweichende Entscheidung im Einzelfall zu Gunsten des Klägers zu treffen und von der Teilquotierung nunmehr vollständig abzusehen. Zu beachten ist dabei, dass auch in der Rechtsprechung des BSG nunmehr klargestellt worden ist, dass bei Praxen, die mit eher unterdurchschnittlicher Fallzahl abrechnen, Steigerungsmöglichkeiten nicht derart anerkannt werden müssen, um eine beliebige Steigerung (auch) des Fallwertes zu eröffnen; im Gegenteil: die (weitere) Steigerung des Fallwertes oberhalb des Durchschnitts der Vergleichsgruppe wird für problematisch erachtet und ihr sollte gerade auch durch Honorarbegrenzungsregelungen entgegen gewirkt werden.

Der Kläger ist von der ab I/96 geltenden Honorarbegrenzungsregelung nur deshalb vergleichsweise - auch stärker betroffen als andere, weil er einen überdurchschnittlichen Fallwert aufweist. Es geht vorliegend aber - anders als der Kläger offenbar noch immer meint - nicht um Praxisbesonderheiten, wie sie bei Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren von Bedeutung sein können, sondern um die pauschale Anwendbarkeit von Honorarbegrenzungsregelungen. Die Beklagte kann sich zu Recht darauf berufen, dass die Ausnahmeregelungen für Honorarbegrenzungsmaßnahmen im HVM strikt zu handhaben sind, damit das Ziel - Punktwertstabilisierung - nicht verfehlt wird. Anders sind die Anforderungen der Rechtsprechung an die Bildung einer angemessenen Vergleichsgruppe bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung und dort insbesondere bei der so genannten statistischen Vergleichsprüfung. Bei Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung - auf die sich der Kläger offenbar beruft - indiziert ein bei der statistischen Vergleichsprüfung sich ergebender deutlich überhöhter Fallwert je Patient nur dann die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise (bzw. Ordnungsweise), wenn eine adäquate Vergleichsgruppe (gegebenenfalls nach verfeinerten Kriterien gebildet) Berücksichtigung findet. Bei Honorarverteilungsmaßnahmen sind Begrenzungsregelungen - wie ausgeführt - deshalb notwendig, weil nur so ein lediglich geringfügig gesteigertes Gesamthonorarvolumen möglichst angemessen und gerecht auf alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verteilt werden konnte und kann.

Die Grenze bildet hier der aus [Art. 12 GG](#) i. V. m. [Art. 3 GG](#) herzuleitende Maßstab der "Honorarverteilungsgerechtigkeit", der, wie vorstehend ausgeführt, durch den maßgeblichen HVM nicht verletzt ist. Die Beklagte konnte und kann sich insoweit zu Recht darauf berufen, dass die Honorarkürzung - insbesondere nach der nunmehr erfolgten Nachzahlung - den Kläger nicht unangemessen benachteiligt. Im Ergebnis wird der Kläger im Bezug auf die Honorarzahlung für die Quartale I/96 und II/96 nunmehr jedenfalls so gestellt, dass er das Durchschnittshonorar der maßgeblichen Vergleichsgruppe (hier berechnet als Netto-Honorar nach Abzug von Kosten der Sicherstellung und für Verwaltung) erzielen konnte. Insoweit sind die sich aus der Anwendung der Honorarverteilungsregelungen für I/96 und II/96 für den Kläger ergebenden Nachteile in nicht unerheblichem Umfang ausgeglichen worden. Auch insoweit begegnet die Entscheidung des Vorstands der Beklagten, nicht (weitergehend) zugunsten des Klägers Ermessen auszuüben, keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken.

Auch die hierzu gegebene Begründung genügt den Anforderungen an eine ausreichende Begründung der Ermessensentscheidung im Sinne des [§ 35 SGB X](#). Soweit die Ergänzung erst im Berufungsverfahren nachgeholt worden ist (Honoraranhebung auf den Durchschnitt der abrechnungstechnisch maßgeblichen Vergleichsgruppe), sind die erneute Ausübung von Ermessen und die Darlegung von Ermessensgründen erkennbar erfolgt, sofern diese über die Erwägungen im Widerspruchsbescheid hinausgehen müssen. Die Ergänzung (Berechnung und Darlegung der Begründung) ist auch in einem Bescheid erfolgt, der gemäß [§§ 153 Abs. 1, 96 SGG](#) Gegenstand des Gerichtsverfahrens geworden ist. Es bedurfte deshalb auch keiner abschließenden Entscheidung darüber, ob und in welchem Umfang die Beklagte gemäß der seit dem 1. Januar 2001 maßgeblichen Fassung von [§ 41](#) (insbesondere Abs. 2) SGB X - der vorliegend Anwendung finden müsste (vgl. Wiesner, in: von Wulffen, SGB X, 4. Aufl. 2001 [§ 41 Rdnr. 9](#)) - eine fehlende Begründung von Ermessenserwägungen noch in der letzten Tatsacheninstanz uneingeschränkt hätte nachholen können und dürfen und/oder ob bereits durch die Klageerwiderung, die Ausführungen im Berufungsverfahren und/oder durch die Darlegungen im Abhilfebescheid in ausreichendem Umfang Ermessenserwägungen nachgeholt worden sind (vgl. zum Streit z.B. die Nachweise bei Wiesner, a.a.O., Rdnrn. 5, 6 und 9). Jetzt jedenfalls ist dem Kläger zumindest das durchschnittliche Honorar der (abrechnungstechnisch relevanten) Vergleichsgruppe für seine vertragsärztliche Tätigkeit zuerkannt worden, und insoweit - am Beispiel der Frage eines unangemessen harten Betroffenseins des Klägers - sind auch bereits in der Widerspruchsbegründung Ermessenserwägungen angesprochen und ausgeführt, die nachträglich ergänzt, nicht aber völlig ausgetauscht werden mussten.

4. Nach alledem konnte das Urteil des Sozialgerichts keinen Bestand haben; die Klage musste abgewiesen werden, soweit sie über das angenommene Teilanerkenntnis hinaus aufrecht erhalten worden ist, weshalb auch die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben konnte.

IV.

Die Kostenentscheidung folgt noch aus dem alten Recht, also aus [§ 193 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung (vgl. BSG, Urteile vom 30. Januar 2002 – [B 6 KA 12/01 R](#) - und vom 27. November 2003 – B [6 KA 79/02 R](#) -).

V.

Die Revision war zuzulassen, weil hinsichtlich der vorliegenden Fallkonstellation - für diesen bestimmtem HVM, den ersten nach Änderung des EBM zum 1. Januar 1996 – noch von der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache ausgegangen werden musste ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-07-14