

L 6/7 KA 514/02

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 29 KA 4036/98

Datum
05.12.2001
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 6/7 KA 514/02

Datum
09.11.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 5. Dezember 2001 wird zurückgewiesen. Die weitergehende Feststellungsklage hinsichtlich der EHV wird als unzulässig abgewiesen.

II. Die Kläger haben der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger begehren für das Quartal III/97 die Zahlung eines höheren Honorars für ihre vertragsärztliche Tätigkeit. In der Berufungsinstanz begehren die Kläger weiterhin die Feststellung, dass der Honorareinbehalt von 5 v.H. für Zwecke der auf landesgesetzlicher Grundlage eingerichteten Erweiterten Honorarverteilung (EHV) im Quartal III/97 rechtswidrig war und im Quartal IV/05 rechtswidrig ist.

Die Kläger sind in einer Gemeinschaftspraxis als Radiologen in A-Stadt niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im streitbefangenen Quartal betrieben sie eine Praxis, in der auch ein Computertomograph zum Einsatz kam.

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

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

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

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

- Beschluss vom 14. Juni 1997: U.a. wurden die Honorargruppen neu geordnet (Anlage 1 zu LZ 702 für die Primärkassen, Anlage 2 zu LZ 702 für die Ersatzkassen). Innerhalb der Honorargruppe 4 wurden die Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner der Honoraruntergruppe 4.16 zugeordnet. Die Regelung des für die Vergütung der einzelnen Honorargruppen zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrages erfolgte jeweils im Abschnitt II der Anlagen 1 und 2 zu LZ 702. U.a. wurde eine besondere Stützungsregelung für diejenigen Fachgruppen getroffen, die gem. LZ 204b nur auf Überweisung tätig werden können und die insoweit auch die Honoraruntergruppe 4.16 umfasste. Erstmals vorgesehen war auch eine fallzahlabhängige Quotierung der Honorarforderungen.

- Beschluss vom 29. November 1997: Die Grundsätze der Honorarverteilung wurden rückwirkend zum 1. Juli 1997 geändert. U.a. erfolgten in Anlage 3 zu LZ 702 Quotierungs- und Begrenzungsregelungen, in die auch die Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner einbezogen wurden.

- Beschluss vom 20. Juni 1998: U.a. wurden einzelne Punkte der Anlagen 1, 2 und 3 zu LZ 702 mit Wirkung ab dem 1. Juli 1997 bzw. ab dem

1. Januar 1998 sowie ab dem 1. April 1998 geändert.

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

Für das vorliegend umstrittene Quartal forderten die Kläger, bezogen auf eine Bewertung mit einem Punktwert von 10 Pf. bei einer budgetrelevanten Fallzahl von 3.046 Fällen für die Primärkassen (PK) und die Ersatzkassen (EK) ein Honorarvolumen in Höhe von 532.400,- DM an.

Hinsichtlich dieser Honoraranforderung nahm die Beklagte folgende Maßnahmen vor:

PK Teilquotierung (fallzahlabh. Quotierung) Anl. zu LZ 702/1 2.839,15
EK Teilquotierung (fallzahlabh. Quotierung) Anl. zu LZ 702/1 1.579,78
Summe aus den durchgeführten Maßnahmen 4.418,93

Im Quartal III/97 war für die Primärkassen ein gestützter Punktwert von 6,40 Pfg. und die Ersatzkassen ein Punktwert von 7,50 Pfg. für Leistungen der Honorargruppe 4.16 als maßgeblich errechnet worden.

Über die Höhe ihrer Nettohonorare wurden die Kläger hinsichtlich des Quartals III/97 nach Maßgabe des HVM und unter Berücksichtigung des Auszahlungsprozentsatzes für EHV-berechtigte Ärzte von 95 % hinsichtlich des Nettohonorars unter dem 24. März 1998 hinsichtlich der einzelnen Kostenträger wie folgt beschieden:

Primärkassen Ersatzkassen Sonst. Kostenträger 0,3 % Kosten für Sicherstellung 2,35 % Verwaltungskosten Nettohonorar
220.881,39 139.811,43 8.138,00 1.106,65 8.641,58 359.082,59

Die durchgeführten Maßnahmen nach Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 HVM waren in Form sog. "Nachweise" dem Honorarbescheid für das Quartal III/97 beigelegt.

Gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/97 legten die Kläger Widerspruch ein. Sie trugen vor, ihnen sei im fraglichen Quartal keine angemessene Honorierung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit zugesprochen worden. Aus der vertragsärztlichen Tätigkeit sei ihnen in diesem Quartal ein Verlust in Höhe von 112.092,- DM entstanden.

Nachdem die Beklagte die Widersprüche der Kläger zunächst nicht beschieden hatte, erhoben diese zunächst hinsichtlich des Quartals III/97 eine Untätigkeitsklage, die sich auch auf die Bescheidung des Härtefallantrags nach LZ 803 HVM und/oder des Antrags auf Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM richtete.

Über den Widerspruch gegen den Honorarbescheid entschied die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 1998. Der Widerspruch der Kläger wurde zurückgewiesen. Im Widerspruchsbescheid führte die Beklagte aus, nach Ablösung des gesetzlichen Honorarbudgets habe mit den Krankenkassen für die Jahre ab 1996 nur eine gesamtvertragliche Regelung vereinbart werden können, die Honorarzuwächse im Wesentlichen nur in Höhe der Grundlohnsummenentwicklung zugelassen habe. Um die daraus resultierenden Fehlbeträge möglichst gerecht auf die Vertragsärzte zu verteilen, sei anstelle des seit 1992 bestehenden Quotierungsmodells ab dem 3. Quartal 1996 eine praxisbezogene Individualbudgetierung eingeführt worden. Die hierzu im HVM getroffenen Regelungen seien rechtlich zulässig. Ein Anspruch eines einzelnen Arztes auf eine höhere Vergütung bestehe nicht. Subjektive Rechte könnten einzelne Ärzte nur in sehr eingeschränktem Umfang aus dem Gebot zur angemessenen Vergütung geltend machen. Diese könnten sich allein dann zu ihren Gunsten auf einen Verstoß gegen dieses Gebot berufen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung der ärztlichen Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. Entsprechende Anhaltspunkte seien jedoch weder dargetan noch ersichtlich.

Nach Erlass des Widerspruchsbescheids haben die Kläger die Klage auf eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage umgestellt. Sie haben ihren vorherigen Vortrag vertieft und ausgeführt, ihre Praxis sei im streitbefangenen Quartal voll ausgelastet gewesen sowie sparsam, wirtschaftlich und unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten geführt worden. Dennoch habe das gezahlte Honorar auf der Grundlage einer hierzu vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnung im Quartal III/97 selbst unter Einbeziehung der Honorare aus privatärztlicher Tätigkeit zu keinem Überschuss geführt, vielmehr habe ein Verlust in Höhe von 57.951,41 DM hingenommen werden müssen. Beanstandet werde insbesondere, dass der effektive Auszahlungspunktwert innerhalb der Fachgruppe der Radiologen und Nuklearmediziner grob ungleich sei, gleiches gelte auch hinsichtlich der Gesamtvergütung zwischen niedergelassenen sowie ermächtigten Radiologen und Nuklearmediziner. Im Übrigen seien die Honorarbescheide nichtig, jedenfalls aber rechtswidrig, weil sie unbestimmt und unverständlich seien und es ihnen an einer zulänglichen Begründung mangle. Rechtswidrig seien die Honorarbescheide auch deshalb, weil sie die vertragsärztliche Tätigkeit nicht angemessen vergüteten. Die Vergütung müsse die Kosten decken, einen "Arztlohn" enthalten, die Möglichkeit der Gewinnerzielung offen lassen und nicht wesentlich unter den üblichen Vergütungen vergleichbarer Tätigkeiten liegen. Mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sei für zwei Ärzte von einem Arztlohn von 2 x 180.000,- DM im Jahr auszugehen, so dass im Quartal III/97 das Nettohonorar in Höhe der Differenz seines Verlustes bis zum Betrag von 90.000,- DM ausgeglichen werden müsse. Die einen Gewinn enthaltende Vergütung könne der Gesetzgeber nur vermindern, wenn dies unabweislich erforderlich sei, um schwerwiegende Gefahren für überragend wichtige Gemeinschaftsgüter abzuwenden. Dafür gebe es jedoch keine hinreichenden Anhaltspunkte. Gegenwärtig drohe allen radiologischen Praxen in Hessen der wirtschaftliche Zusammenbruch; dies indiziere, dass die vertragsärztliche Vergütung in Hessen generell unauskömmlich sei. Auch die Rechtsgrundlagen des EBM-Ä und des HVM, auf denen die Honorarbescheide beruhten, begegneten prinzipiellen rechtlichen Einwendungen. Sie beruhten nicht auf einem zulänglichen gesetzlichen Ermächtigungsgewicht. Verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen werde nicht genügt. Für die Radiologen schafften die Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM einen gedeckelten Topf, nach Anlage 3 würden die Leistungen nach Ziff. I zusätzlich budgetiert und nach Ziff. II zum Teil quotiert. All diese Maßnahmen bewirkten, dass eine angemessene Vergütung nicht erzielt werde. Der HVM schaffe auch rechtswidrige unterschiedliche

Verteilungspunktwerte zwischen den Arztgruppen. Als auf Überweisung tätige Ärzte hätten Radiologen auf die Mengendynamik keinen Einfluss. Durch die Bildung von Honorartöpfen aber werde das im EBM-Ä ausgedrückte Werteverhältnis der Leistungen verfälscht. Ohnehin lägen den Punktzahlen des EBM-Ä keine tauglichen betriebswirtschaftlichen Kostenrechnungen zugrunde, so dass auch insoweit von einer Verteilungsgerechtigkeit nicht gesprochen werden könne. Im Übrigen sei von der Beklagten auch nicht die volle Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte verteilt worden. So fehle es z.B. für die Abzüge nach Maßgabe der Grundsätze der EHV an einer ausreichenden gesetzlichen Ermächtigung. Auch die Höhe dieser Beiträge sei unverhältnismäßig. Überdies würden von der Beklagten ohne hinreichende Rechtsgrundlage überhöhte Verwaltungskostenbeiträge erhoben. Auch andere Beträge würden zu Unrecht der Verteilungsmasse entzogen.

Das Verfahren um die zunächst noch nicht beschiedenen Anträge nach LZ 803 bzw. LZ 607 HVM wurde vom Sozialgericht vom Verfahren um den Honorarbescheid abgetrennt und unter dem Aktenzeichen S 29 KA 3563/01 fortgeführt.

Durch Urteil vom 5. Dezember 2001 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Klage gegen den Honorarbescheid vom 24. März 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998 abgewiesen.

Das Sozialgericht hat die Auffassung vertreten, der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal III/97 sei rechtmäßig.

Der Honorarbescheid sei inhaltlich bestimmt und ausreichend begründet. Unter Heranziehung der den Bescheiden beigegeführten Anlagen sei der Honorarbescheid überprüfbar und nachvollziehbar. Die Honorarvergütung lasse sich nach Abzug definierter Kosten eindeutig dem Honorarbescheid entnehmen. Die Beklagte sei nicht verpflichtet gewesen, darüber hinaus weitere Ausführungen zur Berechnung im Einzelfall zu machen, zumal bei auftretendem Aufklärungsbedarf die Möglichkeit individueller Beratung durch die Geschäftsstellen der Beklagten gegeben sei.

Auch ein Verstoß gegen das Gebot des rechtlichen Gehörs (Hinweis auf [§ 24 SGB X](#)) liege nicht vor. Materiell-rechtlich sei der Honorarbescheid ebenfalls nicht zu beanstanden. Der zu Grunde liegende HVM sei rechtmäßig zu Stande gekommen.

Hinsichtlich der vorgenommenen Änderungen sei das nach [§ 85 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) geforderte Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen hergestellt worden.

Zulässig sei es insbesondere gewesen, dass der Verteilungsmaßstab eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehe. Zulässig sei es auch, die vertragsärztlichen Leistungen nicht entsprechend dem EBM im selben Verhältnis, sondern abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich unterschiedlich hoch zu vergüten. Der Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung lasse es dabei zu, dass im Honorarverteilungsmaßstab feste fachgruppenbezogene Honorarkontingente gebildet würden, mit der Folge, dass bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in einzelnen ärztlichen Fachgebieten die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet werden könnten (Hinweis auf BSG Urteil v. 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) und [B 6 KA 15/98 R](#)). Die in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) den kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Satzungsautonomie übertragene Rechtssetzungsbefugnis hinsichtlich der Honorarverteilung begegne keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Insbesondere liege keine Verletzung der in [Artikel 12. GG](#) geschützten Berufsausübungsfreiheit vor.

Der dem angefochtenen Bescheid zu Grunde liegende Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 29. November 1997 verstoße auch nicht gegen das Rückwirkungsverbot, denn die dort getroffene Regelung greife nicht in einen schon abgewickelten, in der Vergangenheit liegenden Tatbestand ein, da die Höhe der Gesamtvergütung wie auch Art und Umfang der abgerechneten Leistungen erst nach Quartalsabschluss fest stünden und die Änderungen sich nicht auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken könnten. Insbesondere sei die Budgetierung/Teilquotierung der Honorarforderungen des Abschnitts I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM nicht zu beanstanden. Die dort getroffene Regelung bezwecke einen Ausgleich zwischen großen und kleineren Praxen innerhalb der Fachgruppe und bewirke die Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit sowie eines gewissen Ausgleiches bei der Verteilung der begrenzten Gesamtvergütung. Abschnitt II schließlich enthalte eine nicht zu beanstandende Individualbudgetierung. Abschnitt III begrenze zur Stabilisierung des Punktwertes der Honorargruppe in rechtmäßiger Weise die Ausweitung der Praxistätigkeit bei einer Erhöhung der Fallzahl, um einen Punktwertverfall mit der möglichen Konsequenz von Sicherstellungsproblemen zu verhindern. Dabei sei die Teilquotierung an Hand einer individuellen Bemessungsgrenze grundsätzlich zulässig und auch im konkreten Fall nicht zu beanstanden. EBM und HVM verstießen auch nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Das Ineinandergreifen verschiedener Normen auf unterschiedlichen Regelungsebenen mache diese Regelungen nicht rechts-oder gar verfassungswidrig.

Der EBM sei auch insoweit nicht zu beanstanden, als er eine Regelung über die Zahl der abrechnungsfähigen Scans enthalte.

Auch ein Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung liege nicht vor. Aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) leite sich grundsätzlich kein subjektiv öffentlich-rechtlicher Anspruch auf eine bestimmte Vergütung ab. Nur dann könnten sich nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Hinweis auf [BSGE 75, 187](#)) weitergehende Honoraransprüche ergeben, falls die Vergütung für die ärztlichen Leistungen so niedrig sein sollte, dass das System der kassenärztlichen Versorgung als Ganzes und damit auch die berufliche Existenz der am System teilnehmenden Ärzte gefährdet wäre. Dafür gebe es jedoch vorliegend keine hinreichenden Anhaltspunkte. Die von den Klägern vorgelegte Aufstellung über ihre behaupteten Verluste könnten eine Existenzgefährdung nicht belegen. Gleiches gelte auch hinsichtlich der im Auftrag der Notgemeinschaft der Radiologen und Nuklearmediziner in Hessen e.V. und vom Bundesverband niedergelassener Kardiologen von Frau D. gefertigten Stellungnahmen.

Überdies müsse der Beklagten zumindest ein gewisser Erprobungsspielraum zur Beobachtung der Auswirkungen der geänderten HVM-Regelungen zugestanden werden. Deshalb könne den Klägern auch kein höherer Punktwert zugestanden werden. Weder aus dem EBM noch aus [Artikel 12 GG](#) lasse sich im Übrigen eine bestimmte Vergütung im Sinne eines Mindest- oder Garantiehonorars ableiten.

Die angefochtenen Honorarbescheide seien auch nicht deshalb rechtswidrig, weil das Bruttohonorar der Kläger mit Abzügen für die Erweiterte Honorarverteilung und mit Verwaltungskosten belastet worden sei. Die EHV beruhe auf einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage; die auf dieser Grundlage basierende Satzung der Beklagten sei nicht zu beanstanden. Gleiches gelte auch hinsichtlich der berechneten Verwaltungskosten, die in der Satzung eine hinreichende Rechtsgrundlage gefunden hätten.

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

Gegen das den Klägern am 3. Mai 2002 zugestellte Urteil richtet sich die am 15. Mai 2002 eingegangene Berufung, die mit den Schriftsätzen vom 11. Juni 2002 (Bl. 358 - 468 GA), vom 4. September 2003 (Bl. 491 - 502 GA), vom 24. Juni 2004 (Bl. 511 - 523 GA) sowie vom 7. Juli 2005 (Bl. 534 - 538), vom 15. August 2005 (Bl. 543 - 544 GA) und vom 19. September 2005 (Bl. 549 GA) auf die insoweit Bezug genommen wird, ausführlich begründet worden ist. Dabei haben die Kläger maßgeblich darauf abgestellt, sie hätten im streitbefangenen Quartal keine angemessene Honorierung ihrer vertragsärztlichen Leistungen erhalten. Die Regelungen im EBM-Ä bzw. im HVM, auf denen diese Honorierung beruhe, seien rechtswidrig oder gar nichtig. Für die vorgenommenen Abzüge fehle es an einer Rechtsgrundlage. Dies gelte insbesondere auch für den Einbehalt zugunsten der EHV. Als angemessene Vergütung stehe jedem von ihnen ein "Arztlohn" von jährlich 180.000,- DM zu, umgerechnet auf das Quartal also ein Betrag in Höhe von 45.000,- DM. Stattdessen hätten sie - so der Vortrag im Schriftsatz vom 7. Juli 2005 - mit ihrer voll ausgelasteten und wirtschaftlich geführten Praxis unter Berücksichtigung der anteilig auf die Kassenpatienten entfallenden Betriebsausgaben im Quartal III/97 einen Verlust aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Höhe von 61.067,55 DM zu verzeichnen gehabt. Für das Quartal I/97 habe dieser Verlust 22.768,10 DM betragen; im Quartal II/97 sei lediglich ein Gewinn von 14.431,- DM und im Quartal IV/97 ein solcher in Höhe von 11.954,39 DM erzielt worden, so dass im gesamten Jahr 1997 ein Verlust in Höhe von 57.449,34 DM aufgelaufen sei.

Die Kläger beantragen nunmehr,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 5. Dezember 2001 aufzuheben sowie den Honorarbescheid der Beklagten vom 24. März 1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, das an sie für das Quartal III/97 zu zahlende vertragsärztliche Honorar unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen, hilfsweise,
festzustellen, dass es in dem streitigen Quartal rechtswidrig war und im Quartal IV/05 rechtswidrig ist, von der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an sie für Zwecke der EHV 5 v.H. einzubehalten,
weiterhin hilfsweise wie folgt Beweis zu erheben:

- 1) Der Bewertungsausschuss vertritt die Ansicht, angemessen sei ein Quartal-"Arztlohn" je Arzt von 45.000,00 DM nach Kostenausgleich.
Beweismittel: Amtliche Auskunft des Bewertungsausschusses.
- 2) Die den radiologischen Vertragsärzten in den streitigen Quartalen von der Beklagten gezahlten Vergütungen haben weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxen keinen "Arztlohn" übrig gelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxen gedeckt.
Beweismittel: Einholung eines Sachverständigengutachtens.
- 3) Angesichts der bis zum Jahre 1997 eingetretenen Veränderungen in der Altersstruktur der hessischen Vertragsärzte standen die Abzüge von der ihnen - den Klägern - zustehenden anteiligen Gesamtvergütung für Zwecke der EHV in einem Verhältnis zu den zu erwartenden Versorgungsbezügen, das nach den Regeln der Rentenmethodik unverhältnismäßig war (sehr hohe Quartalsabzüge, sehr geringe Rentenerwartung).
Beweismittel: Einholung eines rentenmathematisch-versorgungswissenschaftlichen Gutachtens.
- 4) Der Vorstand der Beklagten hat vor seiner Beschlussfassung über ihre der Kläger - Widersprüche die Widerspruchsbegründungen weder im Original noch inhaltlich - sei es durch eine Vorlage, sei es durch mündlichen Vortrag der Geschäftsführung - zur Kenntnis genommen.
Beweismittel: Parteivernehmung des 1. Vorsitzenden der Beklagten.
- 5) Bei den Sozialwahlen 1993 hat es 27 Wahlen mit Wahlhandlung und 1.284 so genannte Friedenswahlen gegeben.
Beweismittel: Amtliche Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit.
- 6) Die Beklagte hat vor und nach Inkrafttreten des ab III/1997 geltenden EBM und des in den fraglichen Quartalen Geltung beanspruchenden HVM ihren Mitgliedern keinerlei Fortbildungsveranstaltungen zum Verständnis des Regelwerks angeboten, das den fraglichen Honorarbescheiden zugrunde lag.
Beweismittel: Vernehmung des damaligen 1. Vorsitzenden des Vorstandes Dr. E.
- 7) Der Bewertungsausschuss hat bei der Bestimmung derjenigen Punktzahlen im EBM, die die Beklagte ihrer - der Kläger - Honorierung zugrunde gelegt hat, keine Ermittlungen über den fachgruppentypischen Aufwand, den Schwierigkeitsgrad und die Kostenstrukturen bei Radiologen zugrunde gelegt. Bei der Festlegung der Punktzahlen haben unbekannte im SGB V nicht vorgesehene Gesichtspunkte eine Rolle gespielt. Diese Gesichtspunkte sind zu ermitteln.
Beweismittel: 1. Beziehung der Aufstellungsakten des Bewertungsausschusses;
2. Amtliche Auskunft des Bewertungsausschusses.
- 8) Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei der Beschlussfassung über den in den streitigen Quartalen Geltung beanspruchenden HVM die Stimmen der a.o. Mitglieder der Vertreterversammlung das Zustandekommen der erforderlichen Stimmenmehrheit bewirkt haben.
Beweismittel: Zeugnis des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Beklagten.
- 9) Die Vertreterversammlung der Beklagten hatte bei der Verabschiedung der in dem streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassung des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragsituation radiologischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk. Sie hatte auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen.
Beweismittel: Zeugnishaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung, von der Beklagten zu benennen.

Der Vertreter der Beklagten beantragt,
die Berufung zurückzuweisen und die Feststellungsklage abzuweisen.

Der Klageänderung hinsichtlich des Feststellungsantrags hat die Beklagte widersprochen. Im Übrigen hält die Beklagte - auch unter

Berufung auf die Entscheidungen des Bundessozialgerichtss vom 8./9. Dezember 2004 ([B 6 KA 44/03 R](#) u.a. = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)) - die sozialgerichtliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat den Klägern unter Bezugnahme auf die genannten Entscheidungen des Bundessozialgericht vom 8./9. Dezember 2004 ([a.a.O.](#)) anheim gestellt, die Ertragslage seiner Praxis über einen längeren Zeitraum von mindestens vier zusammenhängenden Quartalen unter Einbeziehung auch des privatärztlichen Bereichs darzustellen und hierzu ggf. auch die Einkommensteuerbescheide für die Jahre 1997 bis 1999 vorzulegen. Die Kläger haben dem (nur) insoweit entsprochen, als sie eine Zusammenstellung vorgelegt haben, die aus ihrer Sicht die Einnahmen-/Ausgabensituation der Praxis aus vertragsärztlicher Tätigkeit im Jahr 1997 wiedergibt.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird im Übrigen auf den gesamten weiteren Inhalt der Gerichtsakte, die Akteninhalte der gleichzeitig verhandelten Verfahren L 6/7 KA 174/01, L 6/7 KA 1188/01, L 6/7 KA 521/02, L 6/7 KA 313/03, L 6/7 KA 859/03 und L 6/7 KA 54/04, sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und die weiterhin - im Einvernehmen mit dem dortigen Kläger - beigezogenen Gerichtsakten [L 7 KA 921/01](#) (BSG: [B 6 KA 44/03 KA](#)) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die weitergehende Feststellungsklage, wie sie der Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 9. November 2005 hinsichtlich der EHV erhoben hat, ist dagegen unzulässig.

I.

Die Berufung selbst ist unbegründet.

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind, soweit mit ihnen den Klägern kein höheres Honorar zugesprochen worden ist, nicht zu beanstanden.

Der Senat hält hierzu an seiner bereits vielfach niedergelegten (vgl. Urteile vom 16.10.2002 [[L 7 KA 721/00](#)], vom 29.1.2003 [[L 7 KA 921/01](#)] sowie [L 7 KA 1105/01](#) und [L 7 KA 1156/01](#)], vom 26.2.2003 [[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](#)], vom 17.9.2003 [[L 7 KA 1104/01](#) und [L 7 KA 1128/01](#)] sowie vom 17.12.2003 [[L 7 KA 212/00](#) und [L 7 KA 1440/00](#)]) und vom Bundessozialgericht im Ergebnis bestätigten Auffassung (vgl. insoweit BSG, Urteile vom 8./9.12.2004 - [B 6 KA 50/02 R](#), [B 6 KA 28/03 R](#), [B 6 KA 36/03 R](#), [B 6 KA 38/03 R](#), [B 6 KA 39/03 R](#), [B 6 KA 40/03 R](#), [B 6 KA 42/03 R](#), [B 6 KA 44/03 R](#) [a.a.O.], [B 6 KA 71/03 R](#), [B 6 KA 73/03 R](#), [B 6 KA 83/03 R](#), [B 6 KA 84/03 R](#), [B 6 KA 4/04 R](#), [B 6 KA 9/04 R](#), [B 6 KA 12/04 R](#), [B 6 KA 13/04 R](#), [B 6 KA 29/04 R](#), [B 6 KA 30/04 R](#)) fest, wonach die von den Klägern beanstandeten gesetzlichen, vertraglichen und satzungsrechtlichen Regelungen auch unter Beachtung von [Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) rechtmäßig sind und die Kläger deshalb keinen Anspruch auf einen "Arztlohn" in der von ihnen angesprochen Höhe haben. Einer weitergehenden Beweiserhebung, wie sie die Kläger hilfsweise beantragt haben, bedurfte es insoweit nicht.

Zusammenfassend hat das Bundessozialgericht folgende Auffassung vertreten, der sich der Senat anschließt:

1) Entgegen der Auffassung der Kläger verletzt der angefochtene Honorarbescheid nicht die formalen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches X (SGB X). Insbesondere ist der Honorarbescheid hinreichend bestimmt i.S.v. [§ 33 Abs. 1 SGB X](#), denn aus ihm geht klar und unzweideutig hervor, in welcher Höhe die Beklagte den Honoraranspruch der Kläger festgestellt hat. Hinreichend ist auch die Begründung der einzelnen Abrechnungsvoraussetzungen, aus denen sich die maßgeblichen Rechenvorgänge bis zur Ermittlung des Nettohonorars ableiten lassen. Da sich der angefochtene Bescheid an die Kläger als jemanden richtet, bei dem in seiner Tätigkeit als Vertragsarzt und im Hinblick auf die von der Beklagten erstellten Rundschreiben entsprechende Kenntnisse der Honorarberechnung vorausgesetzt werden, bedurfte es dabei insbesondere nicht der Darlegung im Einzelnen, wie die jeweiligen Faktoren - und dabei vor allem die Honorarbegrenzungsmaßnahmen - ineinander greifen und damit die Gesamt-Honorarforderung erfassen. Ganz unabhängig davon würde nach [§ 42 Satz 1 SGB X](#) ein Begründungsmangel ohnehin die Aufhebung des ergangenen Honorarbescheides nicht rechtfertigen.

Auch ein Anhörungsmangel, der zur Rechtswidrigkeit des angefochtenen Honorarbescheides führen würde, liegt nicht vor. Da der angefochtene Honorarbescheid nicht in die Rechte der Kläger eingegriffen hat, bedurfte es insoweit der vorherigen Anhörung nämlich nicht.

In Bezug auf die Förmlichkeiten des durchgeführten Verwaltungsverfahrens war deshalb auch keine weitergehende Beweisaufnahme erforderlich.

2) Auch die materielle Rechtmäßigkeit des ergangenen Honorarbescheides steht nicht in Frage. Die gesetzliche Grundlage für den Erlass des HVM findet sich in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), der seinerseits dem Parlamentsvorbehalt und dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot gerecht wird. Die Zusammensetzung der Vertreterversammlung, die den HVM beschlossen hat, unterliegt keinen durchgreifenden verfassungsmäßigen Bedenken. Insbesondere war der Gesetzgeber nicht gehindert, einen einheitlichen Selbstverwaltungsträger für die teilweise konkurrierenden Interessen der einzelnen Arztgruppen zu bilden. Einer Beweisaufnahme im Hinblick auf die Zusammensetzung der Vertreterversammlung bedurfte es deshalb nicht.

Die maßgeblichen Bestimmungen des HVM sind auch wirksam zustande gekommen. Anhaltspunkte dafür, dass diese Bestimmungen unter Verstoß gegen bestehende verfahrensrechtliche Regelungen ergangen wären, sind nicht vorhanden. Auch die Form der Bekanntmachung dieser Regelungen ist nicht zu beanstanden.

Dies gilt auch hinsichtlich der Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit dieser Regelungen.

Unbeachtlich ist, ob den durch die Vertreterversammlung beschlossenen Regelungen umfassende Informationen über die Kosten- und Ertragslage der Radiologen vorgelegen haben. Den Normgeber des HVM trifft grundsätzlich keine Begründungspflicht. Im Hinblick auf die Zahl der Leistungserbringer, die dem Honorartopf für Radiologen zugeordnet sind, bedurfte es insoweit auch keiner verstärkten Beobachtungs- und Reaktionspflicht.

Soweit mit Wirkung zum 1. Juli 1997 durch Beschluss vom 29. November 1997 Quotierungs- und Begrenzungsregelungen im HVM eingeführt worden sind, kommt diesen Regelungen eine unechte Rückwirkung zu, die den darauf bezogenen rechtlichen Anforderungen genügen. Ein konkreter Honoraranspruch ergab sich für das Quartal III/97 nämlich erst nach Prüfung aller von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen und der darauf basierenden Errechnung der Verteilungspunktwerte. Überdies mussten die betroffenen Ärzte bereits aufgrund des Beschlusses vom 14. Juni 1997 mit weiteren individuellen Honorarbegrenzungsmaßnahmen rechnen, so dass schon aus diesem Grund ein schutzwürdiges Vertrauen der von der rückwirkenden Änderung des HVM betroffenen Vertragsärzte nicht entstehen konnte.

Auch materiell-rechtlich greifen die weiteren Beanstandungen der Kläger gegen den Regelungsinhalt des HVM weder hinsichtlich der Bildung eines Honorartopfes für die Radiologen (Anlagen 1 und 2 zu LZ 702) noch hinsichtlich der Individualbudgetierung (Anlage 3 zu LZ 702) durch. Der Gestaltungsspielraum, welcher der Beklagten im Rahmen der Honorarverteilung zusteht, ist nicht überschritten worden. Die Bildung von Honorartöpfen dient der Stabilisierung der Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen. Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent stand nicht entgegen, dass überweisungsgebundene Leistungen betroffen waren. Zulässig war es dabei insbesondere, an die Verhältnisse in einem früheren Quartal anzuknüpfen. Auch ein Verstoß gegen die Bewertungsvorgaben des EBM-Ä lag nicht vor. Die fehlende Einbeziehung der Radiologen in die Praxisbudgets des EBM-Ä begründeten kein Verbot, für diese Fachgruppe im HVM einen Honorartopf zu schaffen und eine individuelle Budgetierung vorzunehmen, auch wenn sich dadurch in Bereichen mit einem erheblichen Mengenzuwachs die sich aus dem HVM ergebenden Auszahlungspunktwerte im Vergleich zu anderen Leistungen des EBM-Ä verminderten.

Die Bildung individueller Budgets im HVM, wie sie vorliegend maßgeblich sind, ist gleichfalls nicht zu beanstanden. Diese sind sowohl in Form von Fallwertgrenzen als auch in Form von Fallzahlgrenzen zulässig, allerdings mit der Maßgabe, dass jeder Arzt die Möglichkeit haben muss, durch Erhöhung der Zahl der behandelten Patienten zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen und allgemeine Härteklauseln enthalten sein müssen, auf deren Grundlage Ausnahmen von den Fallwert- und/oder Fallzahl-Begrenzungen bewilligt werden können. Zulässig ist es auch, überdurchschnittlich abrechnende Praxen stärker zu begrenzen und dabei diesen Praxen insbesondere die Zuwachsmöglichkeiten zu beschränken oder überhaupt zu verwehren. Bei den für das Quartal III/97 maßgeblichen Regelungen des HVM waren diese Voraussetzungen sowohl bei den Regelungen in Abschnitt I der Anlage III (fallzahlabhängige Bewertung) und in Abschnitt II der Anlage III (fallwertabhängige Budgetierung) und der Regelungen in Abschnitt III (fallzahlabhängige Quotierung) gegeben.

3) Auch der EBM-Ä selbst ist, soweit er für den Honoraranspruch der Kläger maßgeblich war, im streitigen Quartal nicht zu beanstanden.

Funktion des EBM-Ä ist es, den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und deren wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander zu bestimmen (§ 87 Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch V - SGB V -). Die Festlegungen des EBM-Ä sind damit für die berufliche Tätigkeit der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen und somit für deren Grundrechte auf [Art. 12 Abs. 1 GG](#) von Relevanz. Dies schließt indes die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge, die im Bewertungsausschuss den EBM-Ä vereinbaren, nicht aus, denn der Gesetzgeber hat die für die Vereinbarung des EBM-Ä und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt. Auf deren Grundlage sind die ergangenen Bestimmungen des EBM-Ä als "Normsetzung durch Vertrag", der durch die Einschaltung des Bewertungsausschusses (§ 87 SGB V) als vertragliche Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) zustande gekommen ist, nicht zu beanstanden. Die Partner der Bundesmantelverträge, die durch den Bewertungsausschuss den EBM-Ä vereinbaren, verfügen über eine ausreichende demokratische Legitimation. Die Wahlverfahren bei den Krankenkassen und die Beteiligung der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten der Krankenkassen und deren Landesverbände steht der demokratischen Legitimation der Bundesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen als Partner der Bundesmantelverträge nicht entgegen. Dass der Bewertungsausschuss seinerseits um unparteiische Mitglieder erweitert wird, wenn in ihm eine einvernehmliche Vereinbarung nicht zustande kommt (§ 87 Abs. 4 SGB V) steht gleichfalls nicht im Widerspruch zum Demokratieprinzip des Grundgesetzes. Auch die Verfahrensweise des Bewertungsausschusses hinsichtlich derjenigen Umstände, die für seine Entscheidungen relevant sind, erweist sich nicht als rechtswidrig, zumal der Bewertungsausschuss im Regelfall nicht einmal verpflichtet ist, seine Entscheidungen zu begründen und der Bewertungsausschuss Entscheidungen auch unter Inkaufnahme von Ungewissheiten treffen kann. Auch insoweit bedurfte es keiner weitergehenden Beweisaufnahme hinsichtlich der Tätigkeit des Bewertungsausschusses und dessen Auffassung zur Höhe eines angemessenen "Arztlohnes".

Der EBM-Ä entspricht hinsichtlich der Normklarheit den rechtsstaatlichen Anforderungen. Die gesetzlichen Regelungen lassen im Übrigen eine Steuerung des ärztlichen Leistungsverhaltens durch die Begrenzung der dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Honorierung im EBM-Ä durchaus zu. Auch die Begrenzung der abrechenbaren Scan-Zahl, wie sie im EBM-Ä vorgenommen wurde, ist unter diesen Voraussetzungen als rechtmäßig anzusehen.

Nicht erkennbar geworden ist, dass den Klägern Nachteile dadurch entstanden sein könnten, dass ihre Arztgruppe nicht in die ab dem 1. Juli 1997 im EBM-Ä eingeführte Praxisbudgets einbezogen war.

4) Nicht gehört werden können die Kläger mit ihrem Vortrag, die Abzüge von den Honorarforderungen, die die Beklagte für Verwaltungskosten und für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung vorgenommen habe, seien rechtswidrig. Für diese Abzüge gibt es hinreichende Rechtsgrundlagen in der Satzung der Beklagten. § 24 Abs. 1 der Satzung enthält die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Beklagten erforderlich sind. Mit dem Beschluss über den Haushaltsplan entscheidet die Vertreterversammlung der Beklagten zugleich gem. § 7 Abs. 1 g der Satzung über die Höhe der Verwaltungs- und Sicherstellungskosten, so dass auch hinsichtlich der Höhe eine ausreichende Rechtsgrundlage vorhanden ist. Der Satzung ihrerseits kann eine Wirksamkeit mangels ordnungsgemäßer Veröffentlichung nicht abgesprochen werden. Die maßgeblichen Satzungsbestimmungen können - so wie dies vorliegend geschehen ist - sowohl durch Rundschreiben als auch durch Veröffentlichung im Ärzteblatt bekannt gemacht werden. Die Höhe der konkreten Beiträge bzw. Prozentsätze, auf denen die Verwaltungs- und Sicherstellungskostenumlage

festgelegt wurde, ist gleichfalls nicht zu beanstanden. Insbesondere ist die Orientierung an der Höhe der Honoraransprüche als zulässig anzusehen. Soweit die Kläger die Verwendung der Verwaltungskostenbeiträge als rechtswidrig ansehen, kann dieser Vortrag im Rahmen des vorliegenden Rechtsstreits um die Höhe der Honoraransprüche keine Berücksichtigung finden.

5) Der Einbehalt eines Teils der Honoraransprüche der Kläger für die EHV und dessen Auszahlung im Wege des Umlageverfahrens an früher an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte bzw. deren Hinterbliebenen ist gleichfalls rechtmäßig. Die hierfür maßgeblichen Bestimmungen (insbesondere also Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen 22.12.1953 [KVHG – GVBl. 1953 S. 206]) und satzungsrechtlichen Regelungen ("Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung" [EHV] und Regelungen im HVM) sind in zutreffender Weise angewandt worden.

Mit ihren weitergehenden Einwendungen und Beweisanträgen können die Kläger im vorliegenden Verfahren nicht gehört werden. Der Teilnahme eines hessischen Vertragsarztes an der EHV kommt nämlich statusrelevanter Charakter zu. Dies führt dazu, dass über die Rechtmäßigkeit der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen über die EHV in einem Streitverfahren gegen Honorarbescheide nicht befunden werden kann. Ein Vertragsarzt, der geltend machen will, er müsse ohne hinreichende rechtliche Grundlage an der EHV teilnehmen, muss deshalb die Beklagte in einem gesonderten Verfahren auf eine entsprechende Feststellung in Anspruch nehmen. Erst mit der Rechtskraft eines diesem Begehren entsprechenden Feststellungsurteils endet der besondere Status der Teilnahme an der EHV mit Rechtswirkung und ausschließlich für die Zukunft. Bis zu diesem Zeitpunkt muss jedoch jeder hessische Vertragsarzt die Folgen seiner Teilnahme an der EHV hinnehmen und ist insoweit gehindert, einzelne Elemente dieses besonderen Status, insbesondere die Honorarminderung infolge der Vorwegabzüge für Zwecke der EHV, zur gerichtlichen Nachprüfung zu stellen.

Ohnehin nicht zu beanstanden sind allerdings die im HVM enthaltenen Grundlagen für den Beitragsabzug für die EHV (LZ 702 Abs. 1 S. 1 HVM). Wenn der HVM an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes anknüpft, so handelt es sich dabei um eine insgesamt rechtmäßige Gestaltung. Insbesondere widerspricht der Verzicht auf eine Beitragsbemessungsgrenze nicht dem Äquivalenzprinzip, das für berufsständische Versorgungseinrichtungen maßgeblich ist. Eine Orientierung am Gewinn der vertragsärztlichen Tätigkeit und den besonderen Kostensätzen der jeweiligen Vertragsarztgruppe ist dabei nicht erforderlich, zumal höhere Beitragsabzüge für die EHV als Folge höherer vertragsärztlicher Umsätze während der aktiven Teilnahme auch zu höheren Ansprüchen in der inaktiven Phase führen (vgl. § 3 der "Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung der kassenärztlichen Vereinigung Hessen").

6) Soweit die Kläger einen weitergehenden Honoraranspruch aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) bzw. aus § 2 Abs. 1 a der Satzung der Beklagten geltend machen und diesen Anspruch mit 180.000 DM im Jahr bzw. 45.000 DM im Quartal beziffern, kann ihnen nicht gefolgt werden.

Aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) kann ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf ein höheres Honorar für ärztliche Leistungen allenfalls dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird. Bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe ist dies dagegen regelmäßig nicht der Fall. Dies beruht darauf, dass die Regelung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen eines komplexen Systems erfolgt. Nicht jede einzelne Leistung wird von den Krankenkassen honoriert, diese entrichten vielmehr mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine Gesamtvergütung ([§ 85 Abs. 1 S. 1 SGB V](#)). Nur die vereinbarte oder durch Schiedsspruch festgesetzte Gesamtvergütung kann auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) an die Vertragsärzte verteilt werden. Bei dem in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) vorgegebenen Ziel der angemessenen Vergütung handelt es sich mithin um eine Vorgabe für die Regelung der vertraglichen Beziehungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden als einer von mehreren Gesichtspunkten, der in die erforderliche Gesamtabwägung einzustellen ist. [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist als generelle Anspruchsgrundlage auf eine bestimmte Vergütung, die unter Umständen höher ist als in den maßgeblichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften vorgesehen, schon deshalb ungeeignet, weil die Vergütungsansprüche des Vertragsarztes lediglich gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung bestehen, während Normadressaten des [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) die Partner der Gesamtverträge sind. Die Partner der Gesamtverträge verletzen ihre Obliegenheit, auf eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen hinzuwirken, aber allenfalls dann, wenn flächendeckend und unabhängig von Besonderheiten in einzelnen Regionen und/oder bei den einzelnen Arztgruppen ein Vergütungsniveau zu beobachten wäre, das mangels ausreichenden finanziellen Anreizes zu vertragsärztlicher Tätigkeit zur Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten führen würde. Eine solche Situation hat in den streitbefangenen Quartalen indes nach den zur Verfügung stehenden Daten nicht bestanden. Der Einholung eines Sachverständigengutachtens über die Behauptung der Kläger, wonach bei den radiologischen Praxen kein angemessener Arztlohn übrig geblieben sei und nicht einmal die Kosten gedeckt gewesen sein sollen, bedurfte es insoweit nicht.

Auch satzungsrechtlich lässt sich ein höherer Honoraranspruch nicht begründen. § 2 Abs. 1 a der Satzung der Beklagten begründet gleichfalls kein subjektives Recht auf eine bestimmte Vergütung.

7) Auch aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) lässt sich ein Anspruch der Kläger auf eine höhere Vergütung im Quartal III/97 nicht ableiten. Auch insoweit ist nämlich auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragssituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen, zumal dann nicht, falls – wie hier – lediglich auf die vermeintlich schlechte Ertragslage in nur einem Quartal abgestellt wird. Auch insoweit bleibt im Übrigen maßgebend, dass das bestehende differenzierte Vergütungssystem keine unmittelbaren Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen als Leistungsträgern und den Vertragsärzten als Leistungserbringer kennt und dieses System grundsätzlich als mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar angesehen wird, weil das Grundrecht der Berufsfreiheit solche unmittelbaren Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Krankenkasse nicht gebietet und im Rahmen von [Art. 12 Abs. 1 GG](#) auch die zur Sicherung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung dienenden Ziele Beachtung finden müssen. Dazu gehört auch die verfassungsrechtliche Verankerung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und die Sicherung einer angemessenen Versorgung zu bezahlbaren Konditionen, bei der auf Preisregulierungen im Rahmen der bestehenden Sozialversicherungslösung nicht verzichtet werden kann. Selbst bei gegenläufigen Interessen von Patienten, Versicherten und Leistungserbringern, die des Ausgleichs bedürfen, profitieren die Leistungserbringer innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung nämlich durchaus auch von den Vorteilen des öffentlich-rechtlichen Systems des Vertragsarztrechts; sie müssen im Interesse der Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit dieses Systems unter Umständen aber auch Einschränkungen hinnehmen, die ihnen das Berufsrecht ansonsten nicht abverlangt. Gleichzeitig stellt die Finanzierbarkeit des Sozialversicherungssystems einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang dar, bei dem die Verfassungskonformität

gesetzlicher Vergütungsregelungen nicht mit dem Hinweis in Frage gestellt werden kann, das Ziel einer angemessenen Gesundheitsversorgung sei nach den Vorgaben des Grundgesetzes auch auf einem anderen Weg als im Rahmen des gegenwärtig praktizierten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung erreichbar. Auch der Hinweis der Kläger auf vermeintliche versicherungsfremde Leistungen und deren Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung greift insoweit nicht durch. Insoweit ist allein die Situation der Beitragszahler betroffen. Ein Vertragsarzt kann hieraus für sein Begehren nach einer bestimmten Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen nichts herleiten. Im Übrigen gibt es keinen Verfassungsgrundsatz, wonach den Leistungserbringern ein bestimmtes Beitragsaufkommen oder jedenfalls das jeweilige Beitragsaufkommen garantiert ist. Im Übrigen ist der Gesetzgeber nicht nur berechtigt sondern sogar verpflichtet, die Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen nach den Prinzipien der Solidarität und des sozialen Ausgleichs auszugestalten.

Auch ansonsten lässt sich aus [Art. 12 GG](#) kein Anspruch auf eine höhere Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen der Kläger im Quartal III/97 ableiten. Die Grundstrukturen über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen fordern einen Ausgleich u. a. zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung. Erst dann ist dieser Ausgleich nicht mehr verhältnismäßig realisiert, wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist. Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die von den Klägern angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der radiologischen Diagnostik gefährdet haben könnten, bestehen jedoch nicht. Die Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg. KÄBV, 1999 und 2000) geben keine Hinweise auf eine solche Entwicklung. Eine solche lässt sich auch nicht aus der von den Klägern vorgelegten Stellungnahmen der Geschäftsführerin des Berufsverbandes der Pathologen D. zum HVM der Beklagten entnehmen. Gegen eine solche Annahme spricht im Übrigen auch die Höhe der Gesamthonorarzahlungen der Beklagten ab dem Inkrafttreten des neuen HVM. Abgesehen von dem typischerweise umsatzschwächeren 3. Quartal 1997 liegen die Gesamthonorarzahlungen für Radiologen in den Quartalen IV/97 bis II/98 mit Werten zwischen 33,4 Mio. DM und 35,5 Mio. DM zum Teil deutlich über den Honorarzahlungen für die Quartale I/97 und II/97 mit ca. 32,5 Mio. DM und 32,9 Mio. DM. Schon dies belegt, dass sich die von den Klägern behauptete dramatische Verschlechterung der Honorarsituation der Radiologen im Bereich der Beklagten ab dem Quartal III/97 nicht ergeben haben kann. Ein gegenteiliger Rückschluss lässt sich im Hinblick darauf auch nicht aus den von den Klägern vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen ableiten.

II.

Auch mit ihrer hilfsweise erhobenen Feststellungsklage konnten die Kläger nicht durchdringen.

1) Soweit die Kläger festgestellt wissen wollen, dass die Beklagte nicht berechtigt gewesen ist, 5 % der Gesamtvergütung für Zwecke der EHV im streitbefangenen Quartal III/97 zu verwenden, zielt ihr Antrag in gleicher Weise wie ihr Vortrag hinsichtlich des Honorarbescheides letztlich auf eine Statusklärung, die jedoch - wie bereits ausgeführt - nur insgesamt sowie ungeteilt und ausschließlich für die Zukunft gegenüber der Beklagten einer gerichtlichen Feststellung zugeführt werden kann. Das Quartal III/97 ist hinsichtlich der Honorarverteilung jedoch bereits abgeschlossen, so dass die hilfsweise erhobene Feststellungsklage sich schon aus diesem Grund jedenfalls als unbegründet erweist.

2) Soweit die Kläger die Klärung der von ihnen angesprochenen Zugehörigkeit zur EHV hinsichtlich des noch nicht abgerechneten Quartals IV/05 erreichen wollen, erweist sich der darauf gerichtete Feststellungsantrag als unzulässig. Denn er stellt sich als Klageänderung i.S.v. [§ 99 SGG](#) dar, in die die Beklagte nicht eingewilligt hat und die auch der Senat für nicht sachdienlich ansieht. Die Klärung der Statusfrage, inwieweit die Kläger als hessische Vertragsärzte in der aktiven und in der inaktiven Phase an der Honorarverteilung teilnehmen, steht nämlich in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit den vorliegend umstrittenen Fragen einer angemessenen Honorierung der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Überdies wird bei dieser Klärung der Statusfrage zu prüfen sein, ob es nicht ohnehin eines darauf bezogenen Verwaltungsverfahrens bedarf, bevor die Statusfrage einer gerichtlichen Klärung zugänglich ist.

III.

Die getroffene Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und Abs. 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung.

IV.

Die Revision hat der Senat nicht zugelassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-10-09