

## L 5 KA 4867/09

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 11 KA 4301/06  
Datum  
01.10.2009  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KA 4867/09  
Datum  
26.10.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 1.10.2009 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird für beide Rechtszüge auf 34.301 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erhöhung der Fallpunktzahl seines Radiologiebudgets (für Mammographieleistungen).

Der Kläger ist als Facharzt für Frauenheilkunde (seit 1991) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit Vertragsarztsitz in L. zugelassen und betreibt dort eine gynäkologische Praxis. Er verfügt über die Genehmigung zur Erbringung von Mammographieleistungen.

Im ab 1.4.2005 in Kraft gesetzten Vertrag über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM-V) zwischen der Beklagten und den Krankenkassenverbänden für den Regierungsbezirk T. (Bezirksdirektion R.) sind unter § 5 mengenbegrenzende Maßnahmen festgelegt; neben einer Fallzahlzuwachsbeschränkung (§ 5 Abs. 1 HVM-V) und dem Punktzahlgrenzvolumen (PZGV, § 5 Abs. 2 HVM-V) ist in § 5 Abs. 3 HVM-V ein Radiologiebudget vorgesehen. Danach unterliegen die Leistungen der Diagnostischen Radiologie nach den Geb.-Nrn. 34210 bis 34297 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM 2000plus) bei allen Arztgruppen mit Ausnahme der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und der Fachärzte für Nuklearmedizin einer fallzahlabhängigen Budgetierung (§ 5 Abs. 3a Satz 1 HVM-V). Überschreitungen des Punktzahlvolumens des Radiologiebudgets können mit einer Unterschreitung des PZGV verrechnet werden (§ 5 Abs. 3b Satz 1 HVM-V). Der innerhalb des Radiologiebudgets abgerechnete Leistungsbedarf wird mit dem Punktwert vergütet, mit dem auch die Leistungen innerhalb des PZGV honoriert werden. Der das Radiologiebudget überschreitende Leistungsbedarf wird mit dem - abgestaffelten - Punktwert vergütet, mit dem auch die Leistungen, die das PZGV überschreiten, vergütet werden (§ 5 Abs. 3c HVM-V). Hierfür sieht der HVM-V nach näherer Maßgabe des § 6 Abs. 5g einen floatenden fachgruppenspezifischen Restpunktwert vor.

Die Erweiterung der Fallpunktzahl des PZGV ist in § 5 Abs. 2b HVM-V geregelt. Danach können für bestimmte Leistungsbereiche z.B. aus Versorgungsgesichtspunkten bzw. bei Vorliegen entsprechender Qualifikationen der Arztpraxis (bzw. dem MVZ) arztgruppenspezifische Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV gewährt werden. Fachgruppenspezifische Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV sind in Anlage 3 HVM-V aufgelistet. Darüber hinaus kann der Vorstand der Beklagten zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung weitere Anpassungen des PZGV vornehmen. Die Fallpunktzahl für das Radiologiebudget der Frauenärzte ist auf 112 festgelegt (Anlage 4 HVM-V). Die Berechnung der Fallpunktzahl für das PZGV ist in Anlage 6 HVM-V näher geregelt. Hierzu sind am 11.5. und 16.6.2005 Grundsatzbeschlüsse gefasst worden.

Hinsichtlich der Erbringung von Mammographieleistungen durch den Kläger hatte die Beklagte folgende Feststellungen getroffen:

Quartal Leistungsbedarf Fallzahl Fälle Häufigkeit Über-/Unterschreitung Zusatzbudget bzw. Radiologiebudget

2/2004 176.400 767 204 392 - 39.996 2/2005 407.520 811 287 566 + 133.929 3/2005 396.000 797 280 550 + 156.785 4/2005 362.880 776 259 504 + 147.288

Das Honorar des Klägers entwickelte sich wie folgt:

Quartal 2/2004: 39.589,70 EUR Quartal 2/2005: 44.799,52 EUR + 13,16 % Quartal 3/2004: 36.123,60 EUR Quartal 3/2005: 44.247,56 EUR + 22,49 %

Beim Kläger sind nach den Feststellungen der Beklagten (Streitwertberechnung) folgende Radiologiebudget-Überschreitungen bzw. darauf beruhende Minderhonorierungen eingetreten:

Quartal Überschreitung Radiologiebudget (Punkte) Minderhonorierung 2/2005: 171.726 5.237,65 EUR 3/2005 174.972 4.931,42 EUR 4/2005 147.288 4.612,76 EUR 1/2006 86.448 2.368,67 EUR

Der Kläger schöpfte sein PZGV in den Quartalen 2 und 3/2005 nicht aus, weswegen das Radiologiebudget überschreitende Punktmengen mit den Unterschreitungen des PZGV verrechnet wurden (§ 5 Abs. 3b Satz 1 HVM-V; Quartal 2/2005: 37.797 Punkte; Quartal 3/2005: 18.187 Punkte).

Mit Schreiben vom 7.6.2005 beantragte der Kläger die Zuteilung eines (höheren) Radiologie-budgets für Mammographieleistungen, damit er seine Aufgaben als Gynäkologe mit dem Spezialgebiet Mammographie erfüllen könne. Bislang habe er über ein entsprechendes Zusatzbudget verfügt. Aus Gründen der Qualitätssicherung habe er Mitte April 2005 ein neues Mammographiegerät erworben und am 27.4.2005 in Betrieb genommen. Nachdem das bekannt geworden sei, habe sich die Zahl der Überweisungen und Anfragen zur Brustdiagnostik und zur Mammographie stark erhöht.

Mit Schreiben vom 28.10.2005 legte der Kläger Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal 2/2005 vom 17.10.2005 ein und erneuerte seinen Budgeterweiterungsantrag vom 7.6.2005. Im EBM 2000plus (gültig ab 1.4.2005) sei die Vergütung von Mammographieleistungen drastisch verschlechtert worden. Im Grunde werde ihm jede zweite Mammographie nur noch mit dem (für den das PZGV übersteigende Leistungen maßgeblichen) abgestaffelten Punktwert honoriert, weswegen die Unkosten das Honorar überstiegen. 25 % bis 30 % der Mammographieleistungen erbringe er auf Zuweisung von Fachkollegen.

Mit Bescheid vom 2.12.2005 gewährte die Beklagte dem Kläger einen Aufschlag auf die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets in Höhe von 32 Punkten. Insoweit könne dem Widerspruch aus Versorgungsbedarfs- und Sicherstellungsgesichtspunkten teilweise abgeholfen werden. Sie führte aus, mit dem PZGV und dem flankierenden Radiologiebudget sei ab 1.4.2005 erstmals für alle Fachgruppen eine Mengenbegrenzung eingeführt worden, die zwangsläufig Einschnitte in der Leistungserbringung bewirke. Die Fallpunktzahlen für das PZGV und das Radiologiebudget habe man auf der Basis der Abrechnungen in den Quartalen 3/2003 bis 2/2004 berechnet. Für die Ermittlung der Fallpunktzahlen sei auf reale Abrechnungsergebnisse des Ausgangszeitraumes zurückgegriffen worden, die man gemäß den Berechnungsvorgaben nach Anlage 6 HVM-V um 20% vermindert habe, um einen angemessen hohen Punktwert und damit eine adäquate Honorierung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen zu gewährleisten. Gemäß § 5 Abs. 2b HVM-V könne der Vorstand (der Kassenärztlichen Vereinigung) aus Versorgungsgesichtspunkten sowie unter dem Aspekt der Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung Anpassungen des PZGV vornehmen. Der Vorstand habe in Sitzungen vom 11.5.2005 und 16.6.2005 zwei Grundsatzbeschlüsse gefasst und dadurch die Möglichkeit eröffnet, aus Versorgungsbedarfs- und Sicherstellungsgründen das PZGV zu erweitern. Als Aufgreifkriterium für den Nachweis eines sicherzustellenden besonderen Versorgungsschwerpunktes einer Praxis sei eine 30%ige (Honorar-)Überschreitung in bestimmten Teilbereichen bzw. bei Teilleistungen gegenüber der Fachgruppe festgelegt worden. Die entsprechende Prüfung müsse jedoch mit Bedacht erfolgen und es könne nur in Ausnahmefällen auf einzelne Gebührennummern abgestellt werden, da latent immer die Gefahr bestehe, eine unwirtschaftliche Leistungserbringung festzuschreiben. Zudem korrelierten Überschreitungen bei bestimmten Leistungen mit Unterschreitungen in anderen Leistungsbereichen. Die Durchsicht der vom Kläger abgerechneten diagnostischen Radiologieleistungen im Quartal 2/2005 als Bezugsquartal zeige, dass er das Aufgreifkriterium erfülle. Er liege mit 150 Punkten je Fall über dem Fachgruppenn Durchschnitt und rechne in Höhe von 32 Punkten über seiner derzeitigen individuellen Fallpunktzahl ab. Deswegen könne ihm eine Erhöhung von 32 Punkten je Fall als Aufschlag gewährt werden. Ab dem Quartal 2/2005 gelte damit für sein Radiologiebudget eine Punktzahl von 294 Punkten je Fall. Der aktuelle HVM-V sei zunächst nur für das Jahr 2005 vorgesehen. Ob er auch im Jahr 2006 gelten oder ein neuer HVM-V in Kraft treten werde, sei noch nicht absehbar. Deswegen sei die Erhöhung der Fallpunktzahl zunächst nur für das Jahr 2005 maßgeblich.

Unter dem 21.12.2005 legte der Kläger erneut Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal 2/2005 ein und erneuerte wiederum seinen Budgeterweiterungsantrag. Zur Begründung trug er vor, Mammographien würden seit 1991 als Spezialität in seiner Praxis durchgeführt. Deswegen habe er ein entsprechendes Zusatzbudget erhalten; die Leistungen seien voll vergütet worden. Nach Einführung des EBM 2000plus (zum 1.4.2005) hätten sich die Abrechnungsbedingungen verschlechtert. Trotz teilweiser Verrechnung mit Unterschreitungen des PZGV überschreite er sein (jetziges) Radiologiebudget mit der Folge, dass nur 59 % der Mammographien mit dem vollen Punktwert vergütet würden. Für 41 % der Mammographieleistungen erhalte er nur den abgestaffelten Punktwert; die Unkosten seien höher als das Honorar. Die Anhebung der Fallpunktzahl auf 294 Punkte bringe ihm bezüglich der Abrechnung des Quartals 2/2005 nur eine Verbesserung um 6%. Das bedeute, dass 35% der Mammographien weiterhin letztendlich nicht honoriert würden. Im Raum L. (mit Umland 30.000 Einwohner) erbringe er als einziger Arzt Mammographieleistungen. Die nächsten Mammographiepraxen seien 25 bis 30 km entfernt in U., B. und E ...

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.5.2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Ergänzend führte sie aus, der Bewertungsausschuss habe mit Beschluss vom 29.10.2004 Regelungen zur Honorarverteilung getroffen, die gem. § 85 Abs. 4 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Bestandteil des HVM-V geworden seien; der Beschluss sehe vor, dass mit dem PZGV und dem flankierenden Radiologiebudget am 1.4.2005 für nahezu alle Fachgruppen eine Mengenbegrenzung eingeführt werde. Bei der Berechnung der maßgeblichen Fallpunktzahlen auf der Basis der Quartale 3/2003 bis 2/2004 habe man praxisindividuelle Aufschläge, die unter Geltung der Praxis- und Zusatzbudgets gewährt worden seien, übernommen, freilich unter Berücksichtigung des Transcodierungsfaktors. Deswegen sei der Aufschlag des Klägers auf das vormalige Zusatzbudget Teilradiologie von 188 Punkten je Behandlungsfall zunächst mit dem Faktor 0,8 multipliziert worden. Die resultierende Fallpunktzahl 150 habe man sodann auf die für alle Frauenärzte zur Verfügung stehende Fallpunktzahl im Radiologiebudget von 112 Punkten aufgeschlagen, so dass dem Kläger ab 1.4.2005 eine Fallpunktzahl von 262 zur Verfügung gestanden habe. Diese sei mit Bescheid vom 2.12.2005 um weitere 32 Punkte angehoben worden.

Der merkliche Anstieg der Punktzahlen des Klägers für Mammographien beruhe hauptsächlich darauf, dass diese Leistung mit Einführung

des EBM 2000plus deutlich höher bewertet worden sei. Der Kläger habe nahezu alle Mammographien mit Nr. 34270 EBM 2000plus abgerechnet, die mit 720 Punkten je Ansatz bewertet sei. Für die gleiche Leistung seien in Nr. 5092 EBM 1999 noch 450 Punkte je Behandlungsfall angesetzt gewesen. Bei der Ermittlung der Fallpunktzahl des Radiologiebudgets habe man dieser Höherbewertung Rechnung getragen und den tatsächlichen Leistungsbedarf aus dem Referenzquartal 2/2004 in Höhe von 176.400 Punkten auf den EBM 2000plus transcodiert; das habe einen fiktiven Leistungsbedarf von 282.240 Punkten ergeben. Wegen des Transcodierungsfaktors 0,8 halte die Fallpunktzahl mit der Höherbewertung der Mammographie durch den EBM 2000plus allerdings nicht ganz Schritt, so dass es ab dem Quartal 2/2005 zu Überschreitungen des Radiologiebudgets und damit zur Vergütung des übersteigenden Leistungsbedarfs (nur) mit einem abgestaffelten Punktwert komme.

Die Versorgung mit Mammographie-Praxen in einem Umkreis zwischen 20 km und 30 km um L. sei ausreichend (zwei Praxen in B., eine Praxis in O., weitere Praxen in E. und U.). Die Höherbewertung der Mammographien mit Einführung des EBM 2000plus habe sich schließlich deutlich vorteilhaft auf das (Gesamt-)Honorar des Klägers ausgewirkt (Quartal 2/2004 zu 2/2005: plus 5.209,82 EUR, 13,16 %; Quartal 3/2004 zu 3/2005: plus 8.123,96 EUR, 22,49 %). Freilich verkenne man nicht, dass Verbesserungen für einzelne Fachgruppen im EBM 2000plus sich nicht immer in vollem Umfang beim jeweiligen Vertragsarzt auswirkten, sondern durch die im Rahmen der Honorarverteilung vorgesehenen Mengenbegrenzungen wieder geschmälert würden. Den Besonderheiten der Praxis des Klägers, bei der Mammographieleistungen einen Schwerpunkt ausmachten, habe man mit dem Bescheid vom 2.12.2005 hinreichend Rechnung getragen und dabei die vom BSG für die Erweiterung der vormaligen Praxis- und Zusatzbudgets aufgestellten Rechtsgrundsätze berücksichtigt.

Am 14.6.2006 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart. Zur Begründung trug er vor, die Beklagte habe nicht berücksichtigt, dass die Zahl der Mammographien und damit der Punktzahlbedarf bei etwa gleichbleibender Fallzahl erheblich gestiegen sei. Das Referenzquartal 2/2004 sei gegenüber den Quartalen 2 bis 4/2005 nicht aussagekräftig. Trotz erheblicher Verrechnung mit der Unterschreitung seines PZGV erbringe er einen erheblichen Teil der Leistungen über sein Budget hinaus, so dass diese (abgestaffelt und) praktisch nicht vergütet würden. Mit seinem Radiologiebudget könne er eine ausreichende medizinische Versorgung mit Mammographieleistungen nicht sicherstellen. Die im Umkreis tätigen Ärzte überschritten ihr Radiologiebudget ebenfalls und hätten deswegen keine weiteren Kapazitäten; dabei dürften Praxen in angrenzenden Planungsbereichen nicht berücksichtigt werden. Auf einen besonderen Versorgungsbedarf könne es für die weitere Anhebung der Fallpunktzahl des Radiologiebudgets nicht ankommen. Die Rechtsprechung zu den vormaligen Praxis- und Zusatzbudgets dürfe auf den gänzlich neu strukturierten EBM 2000plus nicht übertragen werden.

Die Beklagte stellte die Berechnung der Fallpunktzahl für das PZGV und das Radiologiebudget nach Maßgabe der Anlage 6 zum HVM-V dar und trug ergänzend vor, sie habe zu Recht auf die Basisquartale 3/2003 bis 2/2004 abgestellt. Die Höherbewertung der Mammographieleistungen im EBM 2000plus habe sich beim Kläger ausgewirkt (Anstieg Scheinwert und Honorar um 13,01 % bzw. 13,16 % im Quartal 2/2005 und 12,05 % bzw. 22,49 % im Quartal 3/2005). Sie könne eine Zunahme der Mammographien nach dem Erwerb des neuen Mammographiegerätes im Quartal 2/2005 nicht nachvollziehen, da die Fallzahlen des Klägers bezogen auf das Referenzquartal 2/2004 nahezu unverändert geblieben seien. Ein etwaiger Mehrbedarf könne deswegen nicht auf einer Zunahme der Überweisungsfälle beruhen. Im Übrigen habe man der insgesamt erhöhten Punktzahlanforderung bereits dadurch Rechnung getragen, dass eine 30%ige Überschreitung im beantragten Teilbereich gegenüber der Fachgruppe festgestellt und damit eine besondere Praxisausrichtung anerkannt worden sei. Nach der Rechtsprechung des BSG sei eine Budgeterweiterung nur unter engen Voraussetzungen möglich; eine weitere Anhebung des mit Bescheid vom 2.12.2005 bereits erhöhten Radiologiebudgets komme nicht in Betracht. Aus den Fallzahlen der Mammographiepraxen im Umkreis von L. seien noch freie Kapazitäten ersichtlich.

Am 1.10.2009 führte das Sozialgericht eine mündliche Verhandlung durch. Die Beteiligten schlossen einen Teilvergleich. Er sieht vor, dass die Problematik der Gültigkeit des vorliegenden HVM-V (für 2005) nicht Verfahrensgegenstand sein soll. Sollten die Regelungen in einem vergleichbaren HVM-V von der obergerichtlichen Rechtsprechung für unwirksam erklärt werden, werde die Beklagte neue Honorarbescheide für die Quartale 2 bis 4/2005 erlassen.

Mit Urteil vom 1.10.2009 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger, für den die Regelungen des HVM-V über das PZGV bzw. das Radiologiebudget anzuwenden seien, könne die weitere Erhöhung seines Radiologiebudgets nicht beanspruchen. Gem. § 5 Abs. 2b HVM-V könnten der Arztpraxis für bestimmte Leistungsbereiche z. B. aus Versorgungsgesichtspunkten bzw. bei Vorliegen entsprechender Qualifikationen arztgruppenspezifische Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV gewährt werden. Fachgruppenspezifische Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV seien in Anlage 3 HVM-V aufgeführt. Darüber hinaus dürfe der Vorstand der Beklagten zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung weitere Anpassungen des PZGV vornehmen. Auf dieser Grundlage seien die Vorstandsbeschlüsse vom 11.5.2005 und 16.6.2006 ergangen. Die Beklagte habe die angefochtenen Bescheide in Umsetzung der genannten Vorstandsbeschlüsse erlassen; sie seien rechtmäßig. Die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets von 294 Punkten sei nicht zu bestanden. Sie errechne sich wie folgt:

1. Berechnung des alten Aufschlags auf die Fallpunktzahl im Radiologiebudget:

Fallpunktzahl im Radiologiebudget nach Anlage 4 (Seite 30) HVM-V = 112 Punkte

Ehemals gewährter individueller Aufschlag auf das damalige Zusatzbudget Teilradiologie je Fall = 188 Punkte  
Transcodierung: 188 Punkte x Transcodierungsfaktor 0,8 (Anlage 6 [Seite 37] HVM-V) = 150 Punkte  
112 Punkte + 150 Punkte = 262 Punkte

2. Berechnung des weiteren Aufschlags (§ 5 Abs. 2b Satz 3 HVM-V) auf die Fallpunktzahl im Radiologiebudget:

Für Mammographien angeforderte Punktzahl im Quartal 2/2004 geteilt durch abgerechnete ambulante Behandlungsfälle in diesem Quartal = Ergebnis 1

Ergebnis 1 x Transcodierungsfaktor 0,8 (Anlage 6 [Seite 37] HVM-V) = Ergebnis 2

Ergebnis 2 - Bedarf der Fachgruppe = 32 Punkte

262 Punkte + 32 Punkte = 294 Punkte

Eine weitere Erhöhung des Radiologiebudgets stehe dem Kläger nicht zu; er könne sich hierfür insbesondere nicht auf Versorgungsgesichtspunkte (§ 5 Abs. 2b Satz 1 HVM-V) berufen. Dieser Begriff sei wie der Begriff des besonderen Versorgungsbedarfs in den Allgemeinen Bestimmungen A Teil B Nr. 4.3 EBM a.F. eng auszulegen. Ohne spezifische Schwerpunktsetzung und ohne die Übernahme der Behandlung von bestimmten schwerwiegenden Gesundheitsstörungen in einem quantitativ relevanten Ausmaß seien Budgeterweiterungen bzw. (jetzt) Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV nicht möglich (BSG, Beschl. v. 8.3.2000, - [B 6 KA 64/99 B](#) - zu Budgeterweiterungen). Der Kläger könne sein Begehren auf Versorgungsgesichtspunkte nicht stützen. Die Beklagte habe insoweit zu Recht darauf hingewiesen, dass die Versorgungssituation mit Mammographie-Praxen in einem Umkreis von 30 km um L. ausreichend sei. Dementsprechend sei in der Praxis des Klägers seit dem Erwerb des neuen Mammographiegerätes im Quartal 2/2005 zwar die Häufigkeit von Mammographien, nicht jedoch die Fallzahl gegenüber dem Referenzquartal 2/2004 erheblich angestiegen. Das Vorbringen des Klägers hinsichtlich einer Zunahme der Überweisungsfälle sei deswegen nicht belegt. Im Übrigen könne man nicht jedem Arzt die bestehende Ausrichtung seiner Behandlungstätigkeit schlechthin ohne Einbuße beim Honorar auf Dauer garantieren (so LSG Baden Württemberg, Urt. v. 28.11.2001, - [L 5 KA 2438/99](#) -, und v. 2.10.2002, - [L 5 KA 4251/00](#) - unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 16.5.2001, - [B 6 KA 53/00 R](#) - zur vormaligen Budgetregelung).

Die Höherbewertung der Mammographien im EBM 2000plus habe sich deutlich vorteilhaft auf das Honorarergebnis des Klägers ausgewirkt; das gehe aus den im Widerspruchsbescheid angeführten Zahlen hervor. Danach habe der Kläger in den Quartalen 2/2005 und 3/2005 sein Honorarergebnis um 5.209,82 EUR (13,16 %) bzw. um 8.123,96 EUR (22,49 %) gegenüber den Vorjahresergebnissen steigern können. Schließlich habe die Beklagte der insgesamt erhöhten Punktzahlanforderung des Klägers schon dadurch Rechnung getragen, dass sie die 30%ige Überschreitung im beantragten Teilbereich Radiologiebudget gegenüber der Fachgruppe festgestellt und eine besondere Praxisausrichtung anerkannt habe.

Auf das ihm am 13.10.2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 22.10.2009 Berufung eingelegt. Er bekräftigt sein bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, mit seinem Vorbringen zur Versorgungssituation im Planungsbereich B. habe sich das Sozialgericht nicht hinreichend auseinandergesetzt, statt dessen lediglich den Vortrag der Beklagten übernommen, wonach die Versorgung mit Mammographie-Praxen im Umkreis von 30 km um L. ausreichend sei. Für die Bestimmung des Versorgungsbedarfs sei die Rechtsprechung des BSG zu (den vormaligen) Praxis- und Zusatzbudgets nicht maßgeblich. Das folge aus Wortlaut und Systematik des EBM 2000plus, der verglichen mit der Vorgängerregelung gänzlich neu strukturiert worden sei. Ein mehrstufiger Aufbau, bestehend aus allgemeinem Praxisbudget, qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets, bedarfsabhängigen Zusatzbudgets, budgetfreien Leistungen u.a. finde sich im EBM 2000plus nicht.

Seine Patientinnen hätten in den umliegenden Radiologiepraxen innerhalb von 3 Monaten keinen Mammographie-Termin erhalten; das sei für die Versorgungslage kennzeichnend. Betroffen seien in einem Quartal 24 Patientinnen; bei zwei Patientinnen sei Brustkrebs, bei einer Patientin der Verdacht einer Krebsvorstufe gefunden worden. Den Hinweis der Beklagten auf die Steigerung des Honorars könne er nicht nachvollziehen. Ausweislich der einschlägigen Statistik beruhe die Verbesserung seines Honorarergebnisses bei Einführung des EBM 2000plus auch darauf, dass er mehr Leistungen erbracht habe. Dies gelte insbesondere für den Vergleich zwischen den Quartalen 3/2004 und 3/2005. Im Übrigen gehe es nicht um die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs. Das habe die Beklagte verkannt, weswegen die angefochtenen Bescheide (schon deshalb) aufzuheben seien. Auch nach Anhebung der Fallpunktzahl seines Radiologiebudgets bestehe noch eine erhebliche Beschwerde, wie der maßgebliche Streitwert von 34.301,00 EUR verdeutliche. Unbeschadet dessen werde auf das Urteil des BSG vom 17.3.2010 (- [B 6 KA 43/08 R](#) -) hingewiesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 1.10.2009 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 2.12.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.5.2006 insoweit aufzuheben, als darin die Gewährung eines höheren Aufschlags auf die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets als 32 Punkte abgelehnt wurde, und die Beklagte zu verurteilen, über seinen Antrag auf (weitere) Anhebung der Fallpunktzahl seines Radiologiebudgets vom 7.6. und 28.10.2005 (über 294 Punkte hinaus) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Ergänzend trägt sie vor, was das Urteil des BSG vom 17.3.2010 (- [B 6 KA 43/08 R](#) -) angehe, sei der in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts geschlossene Teilvergleich maßgeblich. Sollte sich der maßgebliche HVM-V (insgesamt) als unwirksam erweisen, werde man für die Quartale 2/2005 bis 4/2005 dies berücksichtigende neue Honorarbescheide erlassen.

Gem. Anlage 6 HVM-V werde zur Berechnung der Fallpunktzahl für das PZGV sowie für das Radiologiebudget jeweils auf den Zeitraum vom zweiten Halbjahr 2003 bis zum ersten Halbjahr 2004 abgestellt. Unter Geltung der Praxis- und Zusatzbudgets bereits gewährte individuelle Aufschläge seien übernommen, jedoch an die Berechnungsvorgaben des neuen HVM-V angepasst worden. Danach habe sich für das Radiologiebudget des Klägers eine Fallpunktzahl von zunächst 262 Punkten ergeben. Darüber hinaus habe man ihm eine weitere Erhöhung von 32 Punkten je Fall aus Gründen der Versorgungssicherung gewährt (vgl. § 5 Abs. 2b HVM-V). Das einschlägige Aufgreifkriterium (30%ige Überschreitung im beantragten Teilbereich im Vergleich zur Fachgruppe) sei erfüllt gewesen. Für die anschließende genaue Berechnung des individuellen Leistungsbedarfs des Klägers an Radiologieleistungen habe man das letzte Quartal des Bezugszeitraums (2/2004) herangezogen und die vom Kläger in diesem Quartal für Mammographien angeforderte Punktzahl zunächst an den EBM 2000plus angepasst bzw. transcodiert, sodann durch die von ihm abgerechnete Anzahl an kurativ ambulanten Behandlungsfällen geteilt und anschließend mit dem Faktor 0,8 multipliziert. Der individuelle Mehrbedarf gegenüber der Fachgruppe der Frauenärzte habe danach einen Aufschlag von 32 Punkten je Fall und damit die dem Kläger insgesamt für das Radiologiebudget zuerkannte Fallpunktzahl in Höhe von 294 Punkten ergeben.

Es sei rechtlich zulässig, in Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 bei der Ermittlung der Fallpunktzahlen auf die Abrechnungsergebnisse vorangegangener Quartale — hier der Quartale 3/2003 bis 2/2004 — abzustellen (vgl. etwa SG Stuttgart, UrT. v. 27.1.2005, - S 5 KA 3450/04 - unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BSG). Damit sei in sachgerechter Weise ein repräsentativer Abrechnungszeitraum von einem Jahr gewählt worden, der bei Inkrafttreten des HVM-V zum 1.4.2005 abrechnungstechnisch bereits abgeschlossen gewesen sei. Die Zugrundelegung des Vorjahresquartals 2/2004 zur Errechnung des individuellen Aufschlags auf die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets sei ebenfalls nicht zu beanstanden, da auch der fachgruppenspezifische Leistungsbedarf auf der Basis des Zeitraums Quartal 3/2003 bis Quartal 2/2004 errechnet worden und das Quartal 2/2004 das aktuellste bereits vorliegende Vorjahresquartal gewesen sei.

Wie das Sozialgericht im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG zu den vormaligen Praxis- und Zusatzbudgets zu Recht angenommen habe, könne das PZGV (bzw. das Radiologiebudget) nur unter sehr engen Voraussetzungen erweitert werden. Die Heranziehung dieser BSG-Rechtsprechung sei sachgerecht, da die HVM-V-Regelungen zu PZGV und Radiologiebudget von der Systematik her mit dem vormaligen Budgetrecht vergleichbar seien.

Der merkliche Anstieg der Punktzahlen des Klägers beruhe auf der Höherbewertung der Mammographieleistungen seit Einführung des EBM 2000plus. Dieser Höherbewertung habe man aber mit der Transcodierung des tatsächlichen Leistungsbedarfs im Quartal 2/2004 gemäß der Übersetzungsliste der KBV ausreichend Rechnung getragen. Der Anstieg des Scheinwertes und des Honorars des Klägers sowohl im Quartal 2/2005 (13,01 % im Scheinwert; 13,16% im Honorar) als auch im Quartal 3/2005 (12,05 % im Scheinwert; 22,49 % im Honorar) zeige, dass sich die Höherbewertung der Mammographieleistungen durch den EBM 2000plus deutlich vorteilhaft auch auf das Honorarergebnis des Klägers ausgewirkt habe. Da sich die Fallzahlen im Verhältnis zum Referenzquartal 2/2004 nach Erwerb des neuen Mammographiegeräts nicht erhöht hätten, beruhe der Mehrbedarf jedenfalls nicht auf einer erhöhten Zahl von Überweisungsfällen. Im Übrigen habe man die insgesamt erhöhte Punktzahlanforderung ausreichend berücksichtigt und deswegen eine besondere Praxisausrichtung im Vergleich zur Fachgruppe anerkannt und dem Kläger dementsprechend einen Aufschlag auf die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets in Höhe seines tatsächlichen und an den EBM 2000plus angepassten Mehrbedarfs an Mammographieleistungen im Verhältnis zur Fachgruppe gewährt. Es treffe nicht zu, dass für die Erbringung von Mammographieleistungen im Umkreis von L. keine freien Kapazitäten mehr vorhanden wären; solche gingen vielmehr aus den Fallzahlen der Arztkollegen des Klägers hervor.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte, da eine Angelegenheit der Vertragsärzte vorliegt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz, SGG).

Die Berufung des Klägers ist gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig, aber nicht begründet. Die Beklagte hat es rechtsfehlerfrei abgelehnt, dem Kläger einen (weiteren) Aufschlag auf die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets zu gewähren.

I. Streitgegenstand des Klage- und Berufungsverfahrens ist das Begehren des Klägers, die Fallpunktzahl seines Radiologiebudgets über den mit Bescheid vom 2.12.2005 gewährten Aufschlag hinaus weiter (auf mehr als 294 Punkte) anzuheben. Ist das geschehen, soll ihm sodann (ab dem Quartal 2/2005) infolge eines größeren, mit dem vollen (nicht abgestaffelten) Punktwert zu vergütenden Punktzahlvolumens entsprechend höheres Honorar (nach-)gezahlt werden. Dieses Rechtsschutzziel könnte er im Wege der Klagehäufung ([§ 56 SGG](#)) mit einer Anfechtungsklage gegen die seit dem Quartal 2/2005 ergangenen Honorarbescheide (kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gem. [§ 54 Abs. 4 SGG](#)) und einer Verpflichtungsklage auf Erhöhung der Fallpunktzahl des Radiologiebudgets ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) verfolgen (vgl. BSG, UrT. v. 28.1.2009 - [B 6 KA 50/07 R](#) -). Der Kläger kann sich aber auch - wie vorliegend geschehen - auf die letztgenannte Verpflichtungsklage beschränken (vgl. dazu BSG, UrT. v. 24.9.2003, - [B 6 KA 37/02 R](#) -). Statthaft ist ein Bescheidungsantrag, wobei es nicht ausschlaggebend darauf ankommt, ob und inwieweit der Beklagten für die Anhebung der Fallpunktzahl ein Ermessens- oder Beurteilungsspielraum eröffnet ist (vgl. zum Nichtvorliegen von Beurteilungsspielräumen etwa bei der Bestimmung eines Praxisschwerpunkts, BSG, UrT. v. 6.9.2000, - [B 6 KA 40/99 R](#) -). Hätte der Kläger mit der Bescheidungsklage Erfolg und würde die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets im Zuge der Neubescheidung des Antrags vom 7.6. bzw. 28.10.2005 (weiter) angehoben, müsste die Beklagte das Honorar des Klägers ab der Anhebung der Fallpunktzahl (ungeachtet der im Nachhinein nicht mehr realisierbaren Steuerungswirkung des Radiologiebudgets als mengenbegrenzende Maßnahme des HVM-V, vgl. BSG, UrT. v. 17.3.2010, - [B 6 KA 43/08 R](#) -) neu berechnen und ggf. Honorar infolge einer geringeren Abstaffelungsquote ([§ 5 Abs. 3c Satz 1 und 2 i. V. m. § 6 Abs. 5g HVM-V](#)) nachzahlen. Die Anhebung der Fallpunktzahl des Radiologiebudgets stellt einen eigenständigen, von der Honorarverteilung im Übrigen verschiedenen Streitgegenstand dar. Letztere ist, wie die Beteiligten in dem vor dem Sozialgericht hierüber zulässigerweise geschlossenen Teilvergleich klargestellt haben, nicht Gegenstand des Rechtsstreits. Die Gültigkeit der Bestimmungen des HVM-V (vgl. dazu Senatsurteil vom 29.10.2008, - [L 5 KA 2054/08](#) - und nachgehend BSG, UrT. v. 17.3.2010, - [B 6 KA 43/08 R](#) - zu einem HVM-V für den Regierungsbezirk Nordwürttemberg) ist deswegen nur insofern von Belang, als diese Grundlage der streitigen Fallpunktzahlerhöhung sind.

Gegen die Zulässigkeit der Verpflichtungsklage bestehen im Übrigen keine Bedenken. Im Bescheid vom 2.12.2005 lehnte die Beklagte den Budgeterweiterungsantrag des Klägers insoweit (teilweise) ab, als sie die Gewährung eines 32 Punkte übersteigenden (weiteren) Aufschlags auf die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets versagte. Dagegen richtete sich der Widerspruch des Klägers vom 21.12.2005, der mit Widerspruchsbescheid vom 19.5.2006 zurückgewiesen wurde.

Der Beiladung der am HVM-V beteiligten Krankenkassenverbände bedurfte es nicht (vgl. LSG Hessen, UrT. v. 2.2.2011, - L 5 KA 36/09 - m. Hinw. auf die Rechtsprechung des BSG).

II.

Die Vertragspartner des HVM-V haben in [§ 5 Abs. 3 HVM-V](#) neben den (gem. [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) als mengensteuerndes Element "insbesondere" vorzusehenden) Regelleistungsvolumina ein (gesondertes) Radiologiebudget eingerichtet, wogegen rechtliche Bedenken

nicht bestehen. Die Erhöhung der Fallpunktzahl dieses Radiologiebudgets richtet sich nach § 5 Abs. 2b HVM-V. Diese Vorschrift ist hierauf entsprechend anzuwenden und mit diesem Rechtsgehalt auch wirksam, behält insbesondere Bestand, wenn sich die Festlegungen des HVM-V über den PZGV oder den Abstufungspunktwert als unwirksam erweisen. Für die Auslegung ihrer Voraussetzungen können - soweit es um die Erweiterung des Radiologiebudgets geht - im Ausgangspunkt die Rechtsgrundsätze herangezogen werden, die das BSG für die Erweiterung der vormaligen Praxis- und Zusatzbudgets entwickelt hat. Die Aufschlagsklausel gilt sowohl für Sonderfälle wegen einer atypischen Leistungserbringung der Praxis wie für Sonderfälle wegen einer atypischen Bedarfslage. Ihre Anwendung unterliegt der uneingeschränkten Rechtskontrolle durch die Sozialgerichte; ein Beurteilungsspielraum ist der Kassenärztlichen Vereinigung nicht eröffnet.

1.) Die Bestimmungen des HVM-V über das Radiologiebudget (§ 5 Abs. 3 HVM-V) sind rechtsgültig. Sie beruhen auf dem Regelungsauftrag des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#). Danach hat der (Honorar-)Verteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach [§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) vorzusehen. Um solche Regelungen handelt es sich (auch) bei den Vorschriften des HVM-V über das Radiologiebudget der Vertragsärzte (zweifelnd insoweit Hauck/Engelhard, SGB V [§ 85](#) Rdnr. 214). Die Vertragspartner des HVM-V haben damit neben dem in [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) zwingend und bundeseinheitlich vorgegebenen Regelleistungsvolumen ([§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)) ein weiteres Instrument zur Mengensteuerung und Gesamthonorarbegrenzung implementiert. Die rechtlichen Grenzen ihrer Gestaltungsmacht, die vor allem aus grundrechtlichen Rechtsgehalten, dem Sicherstellungsauftrag des [§ 72 Abs. 1 Satz 1](#). SGB V und den Bestimmungen des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) folgen, sind dadurch nicht verletzt worden. Angesichts des weit gespannten Regelungsauftrags in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) wäre eher die Beschränkung auf das - nur "insbesondere", also neben anderen Instrumenten vorzusehende - Regelleistungsvolumen und der Verzicht auf weitere Steuerungsinstrumente bedenklich (vgl. auch Hauck/Engelhard, SGB V [§ 85](#) Rdnr. 263, der weitere Steuerungsinstrumente neben den Regelleistungsvolumina für zulässig erachtet).

Der auf der Grundlage des [§ 84 Abs. 4a SGB V](#) getroffene Beschluss des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen vom 29.10.2004 (DÄBl. 2004, A 3129, dazu BSG, Urt. v. 8.12.2010, - [B 6 KA 42/09 R](#) -), dessen Regelungen gem. [§ 84 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) Bestandteil des HVM-V sind, steht der Implementierung eines Radiologiebudgets nicht entgegen; er verhält sich hierzu nicht.

Gem. [§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) bestimmt der Bewertungsausschuss (erstmalig bis zum 29.2.2004) den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen. Damit ist der Bewertungsausschuss dazu ermächtigt, bundeseinheitlich den Inhalt mengensteuernder und gesamthonorarbegrenzender Instrumente festzulegen. Von dieser Ermächtigung hat er in dem genannten Beschluss für den Inhalt der Regelleistungsvolumen Gebrauch gemacht (vgl. auch Hauck/Engelhard, SGB V [§ 85](#) Rdnr. 272). Für den Inhalt oder gar für die grundsätzliche (Un-)Zulässigkeit anderer mengensteuernder und gesamthonorarbegrenzender Instrumente ist ein Beschluss indessen nicht gefasst worden. Aussagen hierzu enthält der Beschluss vom 29.10.2004 in seinem Wortlaut nicht. Nach Auffassung des Senats ist es den Gerichten im Grundsatz nur erlaubt, den Gegenstand eines Beschlusses des Bewertungsausschusses im Wege der Auslegung zu präzisieren oder zu konkretisieren. Eine Erweiterung des Beschlussgegenstandes über den Wortlaut des tatsächlich gefassten Beschlusses hinaus ist indessen nicht statthaft; auf diese Weise würden die Gerichte letztendlich in die Beschlussfassung selbst eingreifen, wozu sie nicht berechtigt sind.

Der Bewertungsausschuss hat im Beschluss vom 29.10.2004 den Inhalt des Regelleistungsvolumens u.a. dadurch bestimmt, dass er radiologische Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen ausgenommen hat (Ziff. 4.1 des Beschlusses). Weitere Festlegungen zur Mengensteuerung und Gesamthonorarbegrenzung hinsichtlich radiologischer Leistungen sind nicht getroffen worden. Der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Herausnahme radiologischer Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen kann nach dem Gesagten nicht als Verbot jeglicher Mengensteuerung in diesem Leistungsbereich ausgelegt werden. Die Grenzen der zulässigen Auslegung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses wäre damit überschritten. Radiologische Leistungen wurden außerdem in der Vergangenheit allgemein der Mengenbegrenzung durch entsprechende Budgetierung unterworfen; hierfür bestand (und besteht auch künftig) unstreitig Bedarf. Wenn für diesen Leistungsbereich in grundlegender Abkehr von der bisherigen Honorarverteilungspraxis mengenbegrenzende Instrumente (gar) nicht mehr zulässig sein sollen, bedarf eine weitreichende Regelung dieser Art der ausdrücklichen und unmissverständlichen Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss. Die Vertragspartner des HVM-V und die Vertragsärzte haben andernfalls - entgegen der Intention der mit [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) eingeführten Regelleistungsvolumina - keine (Planungs-)Sicherheit hinsichtlich der Verteilung der Gesamtvergütung für vertragsärztliche Leistungen. Da ein Beschluss über das Verbot der Budgetierung radiologischer Leistungen nicht gefasst worden ist, kann der Senat offen lassen, ob ein Verbot dieser Art überhaupt zulässig wäre, da der Bewertungsausschuss nur ermächtigt ist, den Inhalt mengenbegrenzender Regelungen (bundeseinheitlich) zu bestimmen und er den Vertragspartnern daher wohl nicht ohne Weiteres die Implementierung bestimmter Steuerungsinstrumente als solche untersagen dürfte (vgl. auch die Gesetzesbegründung zu [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#), BT-Drs. 15/15125 S. 101, wonach sich die Kompetenz des Bewertungsausschusses auf die Regelungen zu den Regelleistungsvolumina ([§ 85a SGB V](#)) erstrecken soll).

Soweit das BSG in der Entscheidung vom 18.8.2010 -[B 6 KA 27/09 R](#) entschieden hat, dass die Normgeber des Honorarverteilungsvertrages nicht berechtigt sind, Leistungen in das Regelleistungsvolumen einzubeziehen, die der Bewertungsausschuss hiervon ausdrücklich ausgenommen hat, folgt daraus nichts anderes. Die in jenem Fall streitgegenständliche Leistung, das "Aufsuchen eines Kranken durch einen Anästhesiologen" sei vom Bewertungsausschuss zu Recht nicht in die Regelleistungsvolumen einbezogen worden, weil in diesem Bereich eine Leistungs- und Mengenausweitung als geringer einzuschätzen war, als in anderen ärztlichen Bereichen. Denn zu einer mittelbaren Mengenausweitung könne es nur über eine Ausweitung der zugrundeliegenden Leistungen des ambulanten Operierens kommen.

Vorliegend werden die Leistungen der Diagnostischen Radiologie nach den GNrn 34210 bis 34297 nicht in die Regelleistungsvolumen einbezogen, sondern in ein spezielles Zusatzbudget. Es handelt sich insoweit um eine aus dem Arztgruppentopf zu vergütende Leistung, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegt, womit die Voraussetzungen der Ziff. 4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 gerade erfüllt sind. Für die Zulässigkeit der erfolgten Budgetierung ist dann allein maßgeblich, ob die Leistungen der unter Ziff. 4.1 des genannten Beschlusses einer Mengenausweitung zugänglich sind. Dies ist für jede der in der Tabelle genannten Leistungen, die sich hinsichtlich der Möglichkeit einer Mengenausweitung stark unterscheiden, separat zu prüfen. Bei den hier streitigen ambulanten Leistungen in der Diagnostischen Radiologie besteht nach Auffassung des Senats aber eine erhebliche Gefahr der Mengenausweitung mit der Folge eines unkontrollierbaren Punktwertverfalls. Dass die Berechnung des Radiologiebudgets der der Regelleistungsvolumen nachgebildet ist, ist unerheblich. Maßgebend ist nach Ziff. 4.1 des genannten Beschlusses, dass die Leistungen der Diagnostischen Radiologie nicht in die Berechnung der Regelleistungsvolumen eingehen und diese dahingehend verzerren, dass Ärzte mit radiologischen

Untersuchungsmöglichkeiten mit Ärzten ohne Röntgengeräte bezüglich der Regelleistungsvolumen gleich behandelt werden, was angesichts unterschiedlicher Kostenstrukturen zu rechtswidrigen Ungleichbehandlungen führen würde. Die Partner des HVM-V haben damit ihr Gestaltungsermessen mit der Einführung des Radiologiebudgets nicht überschritten.

2.) Gem. § 5 Abs. 2b HVM-V können für bestimmte Leistungsbereiche z. B. aus Versorgungsgesichtspunkten bzw. bei Vorliegen entsprechender Qualifikationen der Arztpraxis bzw. dem MVZ arztgruppenspezifische Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV gewährt werden (Satz 1). Fachgruppenspezifische Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV sind in Anlage 3 HVM-V aufgelistet (Satz 2). Darüber hinaus kann der Vorstand der Beklagten zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung weitere Anpassungen des PZGV vornehmen (Satz 3).

Die Vorschrift regelt nach ihrem Wortlaut allein Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV (i. S. d. § 5 Abs. 2a HVM-V). Eine gesonderte Bestimmung für Aufschläge auf die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets (i. S. d. § 5 Abs. 3 HVM-V) enthält der HVM-V nicht. Der Anwendungsbereich der Aufschlagsklausel in § 5 Abs. 2b HVM-V ist deswegen aber nicht auf Anhebungen des PZGV beschränkt. Die Vertragspartner des HVM-V haben in § 5 Abs. 1 bis 3 HVM-V neben dem PZGV bzw. dem in § 85 Abs. 4 Satz 7 und 8 SGB V vorgesehenen Regelleistungsvolumen weitere Instrumente zur Mengengrenzung festgelegt, wozu u.a. das hier streitige Radiologiebudget zählt. Dieses tritt ergänzend neben das Steuerungsinstrument des PZGV, das im Hinblick auf die gesetzliche Konzeption der Regelleistungsvolumina (§ 85 Abs. 5 Satz 7 und 8 SGB V) das Kernelement für die Mengen- bzw. Gesamthonorarbegrenzung und außerdem für die Schaffung einer sicheren Kalkulationsbasis der Vertragsärzte darstellt (vgl. etwa [BT-Drs. 16/3100, S. 123](#)). Wie die Zusatzmodule der Anlage 3 HVM-V (§ 5 Abs. 2b Satz 2 HVM-V) ist das Radiologiebudget in seiner mengenbegrenzenden Wirkung dem PZGV funktional zugeordnet. Bei einer Überschreitung des Radiologiebudgets tritt nämlich nicht die "Budgetwirkung" der vormaligen Praxis- und Zusatzbudgets, sondern die "Abstaffelungswirkung" des § 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V ein, da die das Budget überschreitenden Leistungsmengen nicht - wie es der "Budgetwirkung" eigentlich entspräche - mit dem Punktwert Null, sondern mit dem abgestaffelten Punktwert des § 6 Abs. 5g HVM-V vergütet werden. Außerdem kann eine Überschreitung des Punktzahlvolumens im Radiologiebudget mit einer Unterschreitung im PZGV verrechnet werden (§ 5 Abs. 3b Satz 1 HVH-V). Die Vertragspartner des HVM-V haben also für das PZGV und das Radiologiebudget ein im Kern übereinstimmendes Konstruktionsprinzip gewählt und beide Steuerungsinstrumente miteinander verknüpft. Im Hinblick darauf ist nicht anzunehmen, dass sie eine Aufschlagsklausel, namentlich zur versorgungsbezogenen Flexibilisierung der Fallpunktzahlen, nur für das PZGV, nicht aber für das Radiologiebudget vereinbaren wollten. Der HVM-V enthält wegen des zu eng gefassten Wortlauts der Aufschlagsklausel eine planwidrige Regelungslücke, die interessengerecht dadurch zu schließen ist, dass § 5 Abs. 2b HVM-V für Aufschläge auf die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets entsprechend angewendet wird.

Der Senat entnimmt der (wie noch darzulegen sein wird) an die Begrifflichkeit des vormaligen Budgetrechts angelehnten, wenngleich darüber auch hinausgehenden Bestimmung des § 5 Abs. 2b Satz 3 HVM-V außerdem, dass die Anpassung des PZGV und des Radiologiebudgets nicht nur wegen atypischer Bedarfslagen (Sonderbedarf), sondern auch wegen einer atypischen Praxisstruktur (Praxisbesonderheit) zulässig sein soll, zumal beides der Sache nach miteinander zusammenhängen kann. Dies entspricht dem Willen und der Interessenlage der Vertragspartner des HVM-V. Die Verwendung des Begriffs "Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung" in § 5 Abs. 2b Satz 3 HVM-V ist ersichtlich durch die entsprechende Begriffswahl im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (DÄBl. 2004, A3129) veranlasst, hindert eine interessengerechte Auslegung der Vertragsbestimmung aber nicht. Die Notwendigkeit, den HVM-V um eine ausdrücklich auch Praxisbesonderheiten berücksichtigende Regelung zu ergänzen, besteht daher für den Senat nicht (anders LSG, Hessen, Ur. v. 17.3.2010, - [L 4 KA 25/08](#) -, nicht rechtskräftig).

Der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen vom 29.10.2004 steht auch der Gewährung von Aufschlägen auf die Fallpunktzahl des Radiologiebudgets nach Maßgabe des § 5 Abs. 2b HVM-V im vorstehend beschriebenen Sinn nicht entgegen. Dieser Beschluss verhält sich nach dem Gesagten nur zur Ermittlung und Festsetzung von Regelleistungsvolumen und sieht dabei (u.a.) vor, dass Anpassungen zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung im Honorarverteilungsvertrag (selbst) vorgenommen werden können. Das ist vorliegend mit den Aufschlägen auf die Fallpunktzahlen des PZGV hinsichtlich der in Anlage 3 HVM-V aufgelisteten Zusatzmodule geschehen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses verbietet eine vertragliche Regelung aber nicht, mit der der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigt wird, Fallpunktzahlen im Einzelfall aus Gründen der Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung, wie dargelegt also wegen einer Sondersituation der Praxis oder eines Sonderbedarfs der Versicherten, (weiter) anzuheben bzw. anzupassen. Mengen- und honorarbegrenzende Maßnahmen sind zwar grundsätzlich zulässig und auch notwendig, müssen jedoch das Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars (§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V) und außerdem den verfassungsrechtlich in [Art. 12 Abs. 1](#) und 3 Abs. 1 GG verankerten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (in seinem objektivrechtlichen Gehalt) beachten. Deswegen hat das BSG etwa gefordert, dass ein (seinerzeit noch als Satzung beschlossener) HVM eine allgemeine Härteklausel enthalten muss, auf deren Grundlage der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung in besonderen Fällen Ausnahmen von Fallwert- und/oder Fallzahl-Begrenzungen bewilligen kann (vgl. BSG, Ur. v. 9.12.2004, - [B 6 KA 44/03 R](#) - juris Rdnr.66). Außerdem steht über allem der Sicherstellungsauftrag des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Danach wirken (u.a.) Ärzte bzw. MVZ und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Die Regelungen über die Mengensteuerung und Honorarbegrenzung in der vertragsärztlichen Versorgung müssen dem Rechnung tragen. Zu diesem Zweck haben die Vertragspartner des HVM-V zulässigerweise die Aufschlagsklausel, namentlich des § 5 Abs. 2b Satz 3 HVM-V, vereinbart, damit angemessen auf die Erfordernisse der Versorgungslage reagiert werden kann (vgl. zur Pflicht der Vertragspartner des HVM-V, Regelungen für atypische Fälle vorzusehen auch LSG Hessen, Ur. v. 2.2.2011, - [L 4 KA 36/06](#) -).

Eine unzulässige, insbesondere zu unbestimmt gefasste, Delegation von Entscheidungsbefugnissen auf den Vorstand der Beklagten liegt darin nicht (vgl. dazu auch BSG, Ur. v. 21.10.1998, - [B 6 KA 71/97 R](#) -; Beschl. v. 29.11.2006, - [B 6 KA 43/06 B](#) -). Dieser darf nach der Rechtsprechung des BSG außer zu konkretisierenden Bestimmungen, die nicht im Voraus für mehrere Quartale gleichbleibend festgelegt werden können, auch dazu ermächtigt werden, Ausnahmen für sog. atypische Fälle vorzusehen. Es ist eine typische Aufgabe des Vorstandes, zu beurteilen, ob sog. atypische Fälle die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen erfüllen. Dabei beschränkt sich die Kompetenz des Vorstandes nicht auf die Statuierung von Ausnahmen für echte Härten, vielmehr müssen sie generell für atypische Versorgungssituationen möglich sein (BSG, Ur. v. 3.3.1999, - [B 6 KA 15/98 R](#) -; vgl. auch Ur. v. 21.10.1998, - [B 6 KA 65/97 R](#) -). Diese Rechtsprechung erging zwar zu einem noch als Satzung beschlossenen Honorarverteilungsmaßstab und betraf die Abgrenzung der Befugnisse von Vertreterversammlung und Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung. Die darin aufgestellten Grundsätze sind aber auf die Rechtsbeziehungen der Vertragspartner eines HVM-V zu übertragen, zumal die Krankenkassenverbände (nunmehr)

unmittelbar Einfluss auf die Gestaltung des HVM-V ausüben können.

3.) Voraussetzung für die Gewährung von Aufschlägen auf die Fallpunktzahl (hier) des Radiologiebudgets (§ 5 Abs. 3 HVM-V) durch den Vorstand der Beklagten ist, dass dies zur Sicherung einer ausreichenden medizinischen Versorgung erfolgt (§ 5 Abs. 2b Satz 3 HVM-V). Die Vertragspartner des HVM-V haben sich damit an die Begrifflichkeit des vormaligen Budgetrechts angelehnt. Gem. Nr. 4.3 Teil B der Allgemeinen Bestimmungen des EBM a. F. konnte die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. Die Rechtsgrundsätze, die das BSG zur Auslegung dieser Vorschrift, namentlich zum Begriff des besonderen Versorgungsbedarfs, entwickelt hat, sind im Ausgangspunkt auch für die Auslegung des § 5 Abs. 2b HVM-V heranzuziehen.

Mit der (zum 1.7.2003 wieder abgeschafften - Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses v. 19.12.2002, DÄBl 2003, A-218) Budgetierung waren die davon erfassten Leistungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechenbar und die diese Grenze überschreitenden Anforderungen wurden nicht gesondert vergütet. Die Höhe der Budgets ergab sich aus dem Produkt der festgesetzten Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle (zum Ganzen zusammenfassend BSG, Urt. v. 24.9.2003, - [B 6 KA 31/02 R](#) -; auch BSG, Urt. v. 22.3.2006, - [B 6 KA 80/04 R](#) -). Die Zielsetzung der Budgetierung bestand darin, den Anreiz zu einer vermehrten Erbringung von Leistungen zu verringern, die Vertragsarzt Honorare zu begrenzen bzw. die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und außerdem dem mit der Leistungsmengensteigerung einhergehenden Punktwertverfall entgegenzuwirken; auf diese Weise sollte den Vertragsärzten mehr Sicherheit bei der Kalkulation ihrer Praxiseinnahmen gegeben werden (vgl. nur etwa BSG, Urt. v. 10.12.2003, - [B 6 KA 54/02 R](#) -).

Die vormaligen Praxis- und Zusatzbudgets sind durch die Regelleistungsvolumina des (zum 1.1.2004 in Kraft getretenen) [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (i. d. F. des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#)) abgelöst worden. Gem. [§ 84 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) sind im Honorarverteilungsmaßstab arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte - des Regelleistungsvolumens - ist vorzusehen, dass die den Grenzwert übersteigende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird ([§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)). Mit den Regelleistungsvolumina verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Vergütung vor allem für den Vertragsarzt kalkulierbarer, einfacher und transparenter zu machen und sie zu entbürokratisieren (vgl. [BT-Drs. 16/3100, S. 123](#)). Außerdem soll einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegengewirkt werden; das ist in der (zum 1.1.2009 in Kraft getretenen) Bestimmung des [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) ausdrücklich festgelegt.

Das Konzept der Regelleistungsvolumina mit der Ergänzung durch ein Radiologiebudget gleicht damit in der Zielsetzung dem Konzept der vormaligen Praxis- und Zusatzbudgets (vgl. dazu etwa Freudenberg, in [jurisPK-SGB V § 85 Rdnr. 164](#)). Deswegen ist es im Grundsatz auch gerechtfertigt, für die Erweiterung des PZGV oder (hier) des Radiologiebudgets auf die Rechtsgrundsätze zurückzugreifen, die für die Erweiterung der vormaligen Praxis- und Zusatzbudgets entwickelt worden sind. Strukturelle Unterschiede zwischen dem bis 1.4.2005 geltenden EBM a. F. und dem seitdem maßgeblichen EBM 2000plus ändern daran nichts.

Die Erweiterung der vormaligen Praxis- und Zusatzbudgets setzte einen besonderen Versorgungsbedarf (Nr. 4.3 Teil B der Allgemeinen Bestimmungen des EBM a. F.) voraus. Dies erforderte nach der Rechtsprechung des BSG eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung mit messbarem Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis. Ein Indiz für eine Atypik im Vergleich zur Arztgruppe konnte es sein, wenn eine im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezialisierungsbereich vorlag. Für eine deswegen zu gewährende Budgeterweiterung war zusätzlich erforderlich, dass die Honorierungsquote für die speziellen Leistungen überdurchschnittlich gering war, was voraussetzte, dass das Gesamtleistungsvolumen insgesamt signifikant überdurchschnittlich hoch war. Erhebliches Gewicht konnte dem Gesichtspunkt zukommen, dass das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem Spezialisierungsbereich die Budgetgrenze überstieg (BSG, Urt. v. 28.1.2009, - [B 6 KA 50/07 R](#) -). Hieran hat der Vorstand der Beklagten mit den (Grundsatz-)Beschlüssen vom 11.5. und 16.6.2005 über die Anhebung von Fallpunktzahlen offenbar angeknüpft.

Das BSG hat die Erweiterung der vormaligen Praxis- und Zusatzbudgets mit der genannten Rechtsprechung von engen Voraussetzungen abhängig gemacht. Im Hinblick darauf kann auch für eine Anpassung bzw. Anhebung des PZGV oder des (jetzigen) Radiologiebudgets (§ 5 Abs. 3 HVM-V) im Ausgangspunkt nichts anderes gelten. Das ist schon deswegen geboten, damit die Mengenbegrenzungs- und Steuerungswirkung der Regelleistungsvolumina im Einzelfall nicht unterlaufen werden kann. Außerdem ist nach dem Wortlaut des § 5b Abs. 2 Satz 3 HVM-V die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung der Versicherten notwendig. Damit stellt der HVM-V in stärkerem Maße als zuvor nicht allein auf eine besondere Ausrichtung oder Spezialisierung der Praxis (Praxisbesonderheit), sondern außerdem auf die Sicherstellung des entsprechenden Versorgungsbedarfs der Versicherten (Sonderbedarf) ab.

Im Ergebnis enthält der HVM-V in § 5 Abs. 2b Satz 3 damit, wie dargelegt, sowohl für das PZGV wie das (hier streitige) Radiologiebudget letztendlich zwei Abweichungstatbestände. Der eine Tatbestand ist aus dem Recht der Budgeterweiterung entwickelt und stellt auf eine Atypik in der Leistungserbringung der Praxis ab. Der andere - in § 5 Abs. 2b Satz 3 HVM-V ausdrücklich angesprochene - Tatbestand stellt auf eine Atypik der Bedarfslage ab. Dieser - mit der Atypik in der Leistungserbringung sachlich zusammenhängende - Tatbestand lässt die Verbindungslinie zum Sicherstellungsauftrag des [§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) und damit auch zum (materiellen) Bedarfsplanungsrecht stärker als zuvor hervortreten. Deswegen sind die einschlägigen Maßstäbe des Bedarfsplanungsrechts (für Sonderbedarfszulassungen, vgl. näher [§ 24 Bedarfsplanungs-Richtlinie](#)) zu dessen Auslegung heranzuziehen. Das gilt indessen nicht ohne Weiteres auch für die Einschränkungen, denen die gerichtliche Rechtskontrolle bedarfsplanungsrechtlicher Entscheidungen unterliegt. Diese sind nur dahingehend zu überprüfen, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, die durch Auslegung des Begriffs "Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung" zu ermittelnden Grenzen eingehalten und die Subsumtionserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht sind, dass im Rahmen des Möglichen die zu treffende Anwendung des Beurteilungsmaßstabs erkennbar und nachvollziehbar ist (LSG Hessen, Urt. v. 2.2.2011, - [L 4 KE 36/09](#) -; allgemein BSG, Urt. v. 5.11.2008, - [B 6 KA 56/07 R](#) -). Hinsichtlich der Erweiterung eines Budgets des Vertragsarztes bzw. der Gewährung eines Aufschlages auf Fallpunktzahlen ist freilich eine Entscheidung nicht über Fragen der Bedarfsplanung im eigentlichen Sinne, sondern über die Verteilung der Gesamtvergütung bzw. die Höhe des vertragsärztlichen Honorars zu treffen. Deswegen ist auf Verwaltungsebene auch nicht ein paritätisch besetztes Gremium mit

besonderer Sachkunde (wie in Zulassungssachen der Zulassungs- und Berufungsausschuss), sondern die Kassenärztliche Vereinigung zuständig. Dieser steht ein Beurteilungsspielraum bei der Honorarverteilung aber nicht zu. Daran ändert es auch nichts, dass der HVM-V in seinem Honorarverteilungsrecht an die Maßstäbe des materiellen Bedarfsplanungsrechts anknüpft.

III. Davon ausgehend kann der Kläger eine weitere Anhebung der Fallpunktzahl des Radiologiebudgets über 294 Punkte hinaus nicht beanspruchen.

1.) Auf eine besondere Ausrichtung oder Spezialisierung seiner Praxis (Praxisbesonderheit) kann der Kläger sein Begehren nicht stützen. Diesem Gesichtspunkt hat die Beklagte bereits mit dem Bescheid vom 2.12.2005, anknüpfend an die Vorstandsbeschlüsse vom 11.5. und 16.6.2005, hinreichend Rechnung getragen. Der Kläger hatte im Quartal 2/2005 diagnostische Radiologieleistungen (Mammographien) in deutlich höherem Umfang (plus 30 % - vgl. den Vorstandsbeschluss vom 16.6.2005) als der Durchschnitt seiner Fachgruppe erbracht und insoweit 150 Punkte je Fall über dem Durchschnitt abgerechnet. Darin hat die Beklagte ein Indiz für eine aus Versorgungsgesichtspunkten von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung gesehen und ihm deswegen einen Aufschlag auf die Fallpunktzahl von 32 Punkten gewährt. Gegen die Berechnung des Aufschlags ist aus Rechtsgründen nichts zu erinnern; für die Einzelheiten der Berechnung kann der Senat auf die entsprechenden Darlegungen im Widerspruchsbescheid vom 19.5.2006 Bezug nehmen (§§ 153 Abs. 1, 136 Abs. 3 SGG). Die Beklagte hat für die Errechnung des Radiologiebudgets als solcher auch rechtsfehlerfrei auf das Basisquartal 2/2004 abgestellt. Die vom Kläger behauptete Zunahme von Mammographien im Quartal 2/2005 nach Anschaffung des neuen Mammographiegeräts ist aus den Fallzahlen (bzw. der Zahl von Überweisungen) im Übrigen nicht begründet, nachdem diese sich gegenüber dem Quartal 2/2004 nahezu nicht verändert haben. Die Überschreitung des Radiologiebudgets ab dem Quartal 2/2005 beruht offenbar neben vermehrter Mammographieleistung pro Fall wesentlich darauf, dass die Punktzahl für Mammographieleistungen im EBM 2000plus (ab 1.4.2005) deutlich angehoben, das neue Radiologiebudget des Klägers jedoch aus seinem vormaligen Radiologiebudget durch Anwendung des Transcodierungsfaktors 0,8 errechnet worden ist. Die Beklagte hat das im Widerspruchsbescheid vom 19.5.2006 im einzelnen dargelegt; hierauf wird Bezug genommen (§§ 152 Abs. 1, 136 Abs. 3 SGG). Deswegen ist das neue Radiologiebudget des § 5 Abs. 3 HVM-V (jetzt) aus Sicht des Klägers zu klein, wengleich sich sein Honorar infolge der Höherbewertung der Mammographieleistungen erhöht hat (plus 5.209,82 EUR, 13,10 %, im Quartal 2/2005; plus 8.123,96 EUR, 22,49 %, im Quartal 3/2005). Notwendigkeiten der medizinischen Versorgung der Versicherten (dazu sogleich), denen mit dem Aufschlag von 32 Punkten im Bescheid vom 2.12.2005 in rechtsfehlerhafter Weise nicht ausreichend Rechnung getragen wäre, treten diesem Sachverhalt nicht hervor. Dass der Kläger sein PZGV nicht ausschöpft, also insoweit offenbar unterdurchschnittlich Leistungen abrechnet, und das über dem Radiologiebudget liegende Punktzahlvolumen teilweise mit der Unterschreitung des PZGV verrechnet (§ 5 Abs. 3b Satz 1 HVM-V), ändert daran nichts.

Der Kläger beruft sich in erster Linie auch nicht auf eine besondere Praxisausrichtung, sondern – damit freilich zusammenhängend – auf eine besondere Versorgungsfunktion seiner Praxis wegen eines entsprechenden Sonderbedarfs der Versicherten; seine Praxis solle im Raum L. als einzige Mammographieleistungen erbringen. Die Beklagte hat dies in den angefochtenen Bescheiden jedoch zu Recht verneint.

Nach den als solche nicht bestrittenen Feststellungen der Beklagten werden Mammographieleistungen im Umkreis von 25 bis 30 km um L. (Praxissitz des Klägers) durch zwei Praxen in B., eine Praxis in O. sowie weitere Praxen in E. und U. erbracht. Diese Praxen verfügen auch über freie Kapazitäten. Die Beklagte hat dies in den angefochtenen Bescheiden, wengleich ohne konkrete Ausführungen zu den Fallzahlen der in Frage kommenden Praxen, hinreichend dargelegt. Bei einem Entfernungsradius von bis zu etwa 25 km (L./U. ca. 22 km; L./E. ca. 16 km; L./O. ca. 22 km; L./B. ca. 20 km) überschreiten die Wegstrecken, die Versicherte zu den genannten Praxen ggf. zurücklegen müssten, im Übrigen auch nicht das Maß des für die Inanspruchnahme von Mammographieleistungen Zumutbaren (zu zumutbaren Wegstrecken näher BSG, Urt. v. 23.6.10, B 6 KA 22/09 R -). Der Kläger hat sich für das Fehlen freier Kapazitäten letztendlich darauf berufen, auch die anderen Praxen hätten das Radiologiebudget erschöpft. Hierauf kommt es für sein Begehren nach einem Aufschlag auf die Fallpunktzahl seines Radiologiebudgets nach der hier allein maßgeblichen honorarverteilungsrechtlichen Sichtweise aber nicht an. Deswegen ist auch die Frage von Wartezeiten für Mammographieleistungen nicht erheblich. Die Anhebung der Fallpunktzahl gem. § 5 Abs. 2b Satz 3 HVM-V stellt sich nicht als Instrument zur honorarmäßigen Erfassung eines (Sonder-)Bedarfs nach bestimmten vertragsärztlichen Leistungen dar, die erst noch (vermehrt) erbracht werden sollen. Vielmehr handelt es sich um ein Instrument zur Feinsteuerung in der Honorarverteilung, mit dem die Kassenärztliche Vereinigung auf einen (Sonder-)Bedarf reagieren kann, der sich in bereits (vermehrt) erbrachten Leistungen des Vertragsarztes niedergeschlagen hat. Insoweit sind Praxisbesonderheiten und Besonderheiten der Bedarfslage eng miteinander verknüpft. Besonderheiten dieser Art, denen noch nicht ausreichend Rechnung getragen wäre, liegen beim Kläger nicht vor.

2.) Der Kläger kann mit seiner insbesondere auf einen nicht abgedeckten Bedarf abstellenden Argumentation aber auch aus anderen Gründen nicht durchdringen: Der bedarfsplanungsrechtlichen Feststellung eines Sonderbedarfs liegen Einschätzungen über den zukünftigen Bedarf bestimmter ärztlicher Leistungen zu Grunde, wobei von vornherein nicht sicher gesagt werden kann, ob diese Beurteilung später sich auch tatsächlich bestätigt. Jedenfalls folgen der zuerst vorgenommenen Bedarfseinschätzung zeitlich später die entsprechenden Leistungen nach.

Im Falle einer Budgeterweiterung verhält es sich gerade umgekehrt. Der Arzt unterscheidet sich hinsichtlich seines speziellen Leistungsangebots bzw. seines Patientenstammes von anderen Praxen mit der Folge, dass er Leistungen erbringt, die ihm nach den Maßstäben der jeweiligen Honorarverteilung nicht oder nur unvollständig vergütet werden. Anhand seiner erbrachten Leistungen lässt sich somit (im Nachhinein) feststellen, dass eine Praxisbesonderheit vorliegt und er damit zur Sicherstellung der Versorgung gerade für den speziellen Patientenkreis, der seine besonderen Behandlungsmethoden benötigt oder der ihn überproportional aufsucht, beiträgt. Die Budgeterweiterung orientiert sich an den tatsächlich erbrachten Leistungen; sie folgt regelmäßig den schon erbrachten Leistungen nach.

Der konkreten Bedarfsargumentation des Klägers ist deswegen entgegenzuhalten, dass er in den Quartalen, die bei der Berechnung der Erhöhung der Punktzahl des Radiologiebudgets berücksichtigt wurden, alle Patientinnen behandelt hat, die um eine Behandlung nachgesucht haben. Hiervon ist auszugehen, denn eine Nichtbehandlung von Patientinnen aus Gründen eines unzureichenden Budgets, wäre ein schwerer Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten, für die weder nach dem Vortrag des Klägers noch sonst Anhaltspunkte bestehen. Damit besteht aber auch kein Anlass zu der Annahme, dass er mit einem höheren Budget mehr Patientinnen behandelt hätte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass er den Bedarf in seinem Einzugsbereich vollständig abgedeckt hat. Gäbe es tatsächlich Versorgungslücken, hätte sich dies in einer erhöhten Leistungserbringung niederschlagen müssen. Auf der Grundlage der tatsächlich erbrachten Leistungen basiert indes die Berechnung des Aufschlags zum Radiologiebudget, so dass der Kläger eine entsprechende

Vergütung für seine erhöhten tatsächlich erbrachten Behandlungsleistungen erhält.

Sollten sich zukünftig die Mammographieleistungen wegen fehlender Versorgungsmöglichkeiten in den Nachbarpraxen oder wegen verstärkter Nachfrage nach Präventionsleistungen erhöhen, bleibt dem Kläger die Möglichkeit, für die zusätzlichen Leistungen die entsprechende Erhöhung seines Budgets zu beantragen. Rechtsnachteile entstehen dadurch nicht. Der Kläger kann gegen den entsprechenden Honorarbescheid Widerspruch einlegen und die Erhöhung des Budgets beantragen, bei stabiler erhöhter Nachfrage auch für die Zukunft. Der Kläger kann aber nicht für noch nicht erbrachte, vermutete zukünftige Leistungssteigerungen bereits jetzt eine Erhöhung des Budgets verlangen, wenn noch überhaupt nicht feststeht, dass seine Mammographieleistungen zukünftig auch stärker nachgefragt werden als in der Vergangenheit. Die Vermutung zukünftiger Leistungen rechtfertigt es nicht, dem Kläger bereits jetzt ein höheres Budget und damit einen höheren Verdienst einzuräumen.

IV.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 1 GKG](#). Die Streitwertfestsetzung des Sozialgerichts wird gem. [§ 63 Abs. 3 Satz 1 GKG](#) geändert.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-11-19