

L 5 KA 5415/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KA 7697/08

Datum
26.08.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 5415/10

Datum
29.08.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 26.08.2010 aufgehoben und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 6.464,15 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht im Streit, ob der Kläger Anspruch auf höheres Honorar für die von ihm in den Quartalen IV/2006, I/2007 und II/2007 erbrachten radiologischen Leistungen hat.

Der Kläger ist Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie und Durchgangsarzt der Berufsgenossenschaften. Er ist in B. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Mit Bescheid vom 16.04.2007 setzte die Beklagte durch ihre Bezirksdirektion K. das Honorar des Klägers für das Quartal IV/2006 auf 67.382,85 EUR fest. Hierbei wurde ausgehend von einer Fallzahl von 1.221 und einer Fallpunktzahl der Praxis für das Teilradiologiebudget von 129,5 ein Punktzahlvolumen für diese Budget in Höhe von 158.119,5 ermittelt. Angefordert waren für die entsprechenden Leistungen 228.360 Punkte. Die Punkte innerhalb des Punktzahlvolumens dieses Budgets wurden mit einem Wert von 3,87 EUR, die außerhalb mit 0,35 EUR abgerechnet. Eine Verrechnung der Überschreitung des Punktzahlvolumens des Teilradiologiebudgets mit dem Punktzahlgrenzvolumen fand nicht statt, da dieses ausgeschöpft war. Gegen den Honorarbescheid legte der Kläger am 14.05.2007 ohne Begründung Widerspruch ein.

Für das Quartal I/2007 setzte die Beklagte mit Bescheid vom 16.07.2007 bei einer Fallzahl von 1192 das Honorar auf 62.851,68 EUR fest. Auch der hiergegen vom Kläger am 03.08.2007 eingelegte Widerspruch blieb ohne Begründung.

Schließlich legte der Kläger - wiederum ohne Begründung - am 09.11.2007 gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/2007 vom 15.10.2007 Widerspruch ein. Für dieses Quartal wurde das Honorar auf 66.944,73 EUR festgesetzt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31.10.2008 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers zurück. Die Honorarbescheide seien rechtmäßig; sie seien auf der Grundlage des EBM2000plus und des in den jeweiligen Quartalen geltenden Vertrags über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM-V) ergangen.

Der Kläger hat am 18.11.2008 Klage zum Sozialgericht (SG) Stuttgart erhoben und zur Begründung geltend gemacht, aufgrund der zu niedrigen Honorierung der radiologischen Leistungen könne er die Praxiskosten nicht mehr decken. In den Jahren 2005 bis 2008 habe er Defizite zwischen rund 21.000,00 EUR und 55.400,00 EUR erwirtschaftet. Für eine konservative Therapie einer Unterarmfraktur mit einer Dauer von 12 Wochen seien im Schnitt sieben Röntgenaufnahmen in zwei Ebenen erforderlich. Die Beklagte vergüte Röntgenaufnahmen mit 4,25 EUR pro Quartal und Patient, obwohl im EBM derzeit 10,50 EUR je Aufnahme vorgesehen seien. Die gesetzliche Unfallversicherung erstatte für dieselbe Röntgenleistung einen Betrag in Höhe von 30,92 EUR. Hierdurch sei der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und das Grundrecht auf freie Berufsausübung gemäß [Art. 12 GG](#) verletzt. Er habe nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) Anspruch auf angemessene Honorierung. In diesem Zusammenhang hat der Kläger auch gerügt, dass bei Berechnung des Teilradiologiebudgets für Chirurgen auch die

Chirurgen berücksichtigt worden seien, die keine Röntgeneinrichtung betreiben würden. Außerdem müsse für Unfallchirurgen ein eigenes Teilradiologiebudget gebildet werden. Unfallchirurgen müssten eine Vielzahl von Röntgenleistungen erbringen. Die Absenkung des Vergütungsniveaus führe zu einem mangelnden Anreiz zur Erbringung vertragsärztlicher Tätigkeit. Nur 480.000 Punkte von insgesamt 733.000 abgerechneten Punkten seien dem Kläger in den streitgegenständlichen Quartalen für Röntgenleistungen vergütet worden. Bei einem Punktwert von 3,65 Cent errechne sich ein Verlust von 9.234,50 EUR. Bei einem dem wirtschaftlichen Minimum entsprechenden Punktwert von 5,11 Cent entspräche dies sogar einem Betrag von 12.928,30 EUR. Schließlich sehe der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten entgegen den gesetzlichen Vorgaben keinen festen Punktwert vor.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat vorgetragen, aus den gesetzlichen Grundlagen lasse sich nur dann ein Anspruch auf höheres Honorar ableiten, wenn zu niedrige Vergütungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährde. Es sei primär auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragsituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen. Anhaltspunkte dafür, dass die vom Kläger angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Chirurgie gefährdet haben könnten, seien nicht ersichtlich. Das Teilradiologiebudget sei rechtmäßig. Die Beklagte dürfe Honorarbegrenzungen im HVM vorsehen. Dies diene der Stabilisierung des Punktwertes und damit der Kalkulationssicherheit für die Vertragsärzte. Ein Vertragsarzt habe grundsätzlich keinen Anspruch auf eine kostendeckende Vergütung oder einen Punktwert in bestimmter Höhe, sondern lediglich auf eine angemessene Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen. Radiologische Leistungen unterlägen nach dem HVM der Beklagten bei allen Arztgruppen, mit Ausnahme der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin, einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Unter dem Aspekt der Anfangs- und Erprobungsregelung seien größere Typisierungen und geringere Differenzierungen hinzunehmen. Die Berechnung des Teilradiologiebudgets erfolge anhand von arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen. Die arztgruppenbezogene Anzahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle umfasse lediglich die für das Zusatzmodul berechtigten Vertragsärzte, die in den entsprechenden Leistungsbereichen tätig seien. In der Fachgruppe der Chirurgen, Kinderchirurgen, Plastischen Chirurgen, Herzchirurgen und Neurochirurgen seien daher nur solche Chirurgen berücksichtigt, die entsprechende Röntgenleistungen erbrächten. Chirurgen ohne Röntgeneinrichtung seien außer Betracht geblieben. In der mündlichen Verhandlung vom 26.08.2010 hat sich die Beklagte im Wege eines Teilanerkenntnisses verpflichtet, die streitgegenständlichen Honoraransprüche unter Zugrundelegung fester Punktwerte im Sinne der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 17.03.2010 neu zu bescheiden. Der Kläger hat dieses Teilanerkennnis angenommen.

Mit Urteil vom 26.08.2010 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung der Honorarbescheide vom 16.04.2007, 16.07.2007 und 15.10.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.10.2008 verurteilt, über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale IV/2006, I/2007 und II/2007 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, gemäß [§ 85 Abs. 4a Satz 1](#), 2. HS SGB V bestimme der Bewertungsausschuss den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 4 bis [8 SGB V](#) zu treffenden Regelungen. Die getroffenen Regelungen seien Bestandteil des Honorarverteilungsvertrages ([§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#)). Den Vertragspartnern der Honorarverteilungsverträge sei insoweit der Gestaltungsspielraum entzogen. Sie seien an die Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden (BSG, Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) -, juris Rd. 21; Urteil vom 18.08.2010 - [B 6 KA 28/09 R](#) -). Der Bewertungsausschuss habe Regelungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) u. a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129) getroffen. Darin bestimme er, dass Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte seien, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten seien. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen sei vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist (Teil III Ziff. 2.1 Abs. 2 des Beschlusses vom 29.10.2004). Die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis ergebe sich für die in Anlage 1 des Beschlusses benannten Arztgruppen aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl und der Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal (Teil III Ziff. 3.1 Abs. 2). Der Bewertungsausschuss habe in seinem Beschluss vom 29.10.2004 auch festgelegt, welche Leistungen nicht dem Regelleistungsvolumen unterlägen. In Teil III Ziff. 4 unterscheide der Bewertungsausschuss nach Leistungen und Leistungsarten, die aus dem Arztgruppentopf zu vergüten seien und nicht dem Regelleistungsvolumen unterlägen (Ziff. 4.1) und solchen Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterlägen und auch nicht aus dem Arztgruppentopf zu vergüten seien (Ziff. 4.2). Unter den in Ziff. 4.1 genannten Leistungen seien auch die Leistungen der diagnostischen Radiologie (EBM Gebührennummern (GNR) 34210 bis 34297). Diese Leistungen unterlägen nur bei Fachärzten für Diagnostische Radiologie dem Regelleistungsvolumen. Der HVM der Beklagten für die Bezirksdirektion K. gültig ab dem zweiten Quartal 2005 und der insoweit wortgleiche HVM, gültig ab dem 01.01.2007, hielten sich nicht an diese Vorgaben. Beide Honorarverteilungsmaßstäbe sähen in [§ 4a](#) ein Radiologiebudget vor, wonach Leistungen der diagnostischen Radiologie nach den GNRn 34210 bis 34297 EBM bei allen Ärzten mit Ausnahme der Fachärzte für diagnostische Radiologie und der Fachärzte für Nuklearmedizin einer fallzahlabhängigen Budgetierung unterlägen. Ein Vertragsarzt habe nach dieser Regelung Anspruch auf das Radiologiebudget, wenn er die fachlichen und apparativen Voraussetzungen erfülle. Die Berechnung des Radiologiebudgets erfolge anhand von arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen (Anlage 6), die nach denselben Regeln berechnet würden wie die arztgruppenspezifische Fallpunktzahl im Punktzahlgrenzvolumen. Auch die Fallzahl und Fallzahlobergrenzen würden entsprechend den Bestimmungen für das Punktzahlgrenzvolumen berechnet. Überschreite ein Vertragsarzt das Punktzahlvolumen des Radiologiebudgets, könne diese Überschreitung mit einer Unterschreitung im Punktzahlgrenzvolumen verrechnet werden ([§ 4a Abs. c](#) HVM). Die Vergütung des innerhalb des Radiologiebudgets abgerechneten Leistungsbedarfs erfolge mit dem Punktwert, mit dem auch die Leistungen innerhalb des Punktzahlgrenzvolumens honoriert würden. Der das Radiologiebudget überschreitende Leistungsbedarf werde mit dem Punktwert vergütet, mit dem auch die Leistungen, die das Punktzahlgrenzvolumen überschritten, vergütet würden ([§ 4a Abs. d](#) HVM). Die Vertragspartner des HVM hätten demnach die Leistungen der diagnostischen Radiologie zwar nicht in das Punktzahlgrenzvolumen nach [§ 4](#) HVM mit einbezogen, sie hätten jedoch ein eigenständiges Punktzahlgrenzvolumen für diese Art von Leistungen gebildet, das nur dann nicht zur Anwendung komme, wenn eine Verrechnung mit einer Unterschreitung im (eigentlichen) Punktzahlgrenzvolumen insgesamt keine Überschreitung ergebe. Berechnung und Vergütung glichen ansonsten den Regelungen zum Punktzahlgrenzvolumen. [§ 4a](#) HVM stelle demnach eine mengenbegrenzende Maßnahme dar, die nicht den Vorgaben des Bewertungsausschusses entspreche. Dieser habe in seinem Beschluss vom 29.10.2004 bestimmt, dass diese Leistungen aus dem Arztgruppentopf zu vergüten seien (Teil III Ziff. 4.1). Mengenbegrenzende Maßnahmen habe der Bewertungsausschuss bezogen auf Leistungen der diagnostischen Radiologie nicht geregelt. Nur der Bewertungsausschuss sei jedoch befugt, den Inhalt von

mengenbegrenzenden Regelungen zu bestimmen. Die Regelungen des Bewertungsausschusses ließen auch keine Spielräume für abweichende HVM-Regelungen zu. Die Übergangsregelung in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses vom 29.10.2004 habe zum 31.12.2005 ihre Gültigkeit verloren und sei daher für die vorliegend streitgegenständlichen Quartale IV/2006 bis II/2007 nicht einschlägig. Abgesehen davon könne nicht von einer "Fortführung" bisheriger Steuerungsinstrumente gesprochen werden, nachdem zum 01.04.2005 ein in Wortlaut und Terminologie neuartiger HVM für die Bezirksdirektion K. in Kraft getreten gewesen sei. Die Bestimmungen der Honorarverteilungsmaßstäbe der Beklagten zum Radiologiebudget verstießen damit gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses und seien daher entsprechend den allgemeinen Grundsätzen der Normgeltung und -hierarchie rechtswidrig und somit unwirksam, weswegen die Beklagte zur Neubescheidung zu verurteilen sei.

Gegen dieses ihr am 27.10.2010 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 23.11.2010 Berufung beim Landessozialgericht eingelegt und vorgetragen, der HVV weiche nicht von den durch das SG zutreffend wiedergegebenen Vorgaben des Bewertungsausschusses ab. Insoweit habe das SG zunächst ebenfalls zutreffend festgestellt, dass die Leistungen der Diagnostischen Radiologie nicht in das Punktzahlgrenzvolumen nach § 4 HVV einbezogen seien. Diese Leistungen seien nach § 4 k) HVV von der Anrechnung auf das Punktzahlgrenzvolumen ausgenommen. Die Vergütung dieser Leistungen sei in § 4a HVV geregelt. Danach habe ein Vertragsarzt Anspruch auf das Radiologiebudget, wenn er die fachlichen und apparativen Voraussetzungen erfüllte. Dabei berechnete sich das Radiologiebudget aus der Multiplikation von arztgruppenspezifischer Fallpunktzahl und den anerkannten kurativ-ambulanten Behandlungsfallzahlen nach § 4a f) i.V.m. § 4 g) HVV. Dies führte dazu, dass im Rahmen des Radiologiebudgets alle kurativ-ambulanten Behandlungsfälle berücksichtigt würden, egal ob in diesen Fällen Leistungen der Diagnostischen Radiologie erbracht würden oder nicht. Indem dem Kläger somit auch in den Behandlungsfällen, in denen er keine Radiologieleistungen nach den GO-Nrn. 34210 bis 34297 EBM 2000plus erbracht habe, ein entsprechendes Budget zur Verfügung gestanden habe, sei er nicht schlechter gestellt gewesen, als wenn er diese Leistungen lediglich in den Fällen, in denen er die entsprechenden Leistungen erbracht habe, unbudgetiert vergütet erhalten hätte. Zudem würden Überschreitungen im Radiologiebudget nicht zwingend wie Überschreitungen des Punktzahlgrenzvolumens mit einem geringeren Punktwert vergütet. Vielmehr könnten gemäß § 4a c) HVV Überschreitungen des Radiologiebudgets mit Unterschreitungen im Punktzahlgrenzvolumen verrechnet und somit nicht mit dem abgestaffelten Punktwert vergütet werden. Selbst wenn man mit dem SG in der Vergütung der Leistungen der Diagnostischen Radiologie (GO-Nrn. 34210 bis 34297 EBM 2000plus) nach § 4a HVV einen Verstoß gegen Teil III Ziffer 4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 sehen wollte, sei eine Abweichung von den Vorgaben des Bewertungsausschusses aufgrund der Übergangsregelung in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zulässig gewesen. Die Übergangsregelung in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 hätte, entgegen der Entscheidung des SG, ihre Gültigkeit nicht zum 31.12.2005 verloren. Die Übergangsregelung sei mehrfach verlängert worden. So habe der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 4. Sitzung am 16.12.2005 unter Punkt I. seines Beschlusses mit Wirkung zum 01.01.2006 festgestellt, dass eine Umsetzung des gesetzlichen Zeitplans zur Einführung morbiditätsgebundener Regelleistungsvolumen gemäß [§§ 85a bis d SGB V](#) zum 01.01.2006 nicht realisiert werden könne. Die im Bewertungsausschuss vertretenen Institutionen hätten daher den Gesetzgeber um eine Anpassung der gesetzlichen Zeitvorgaben gebeten. Unter IV. habe der Bewertungsausschuss angeordnet, dass die im Beschluss vom 29.10.2004 in Teil III für den Zeitraum vom 01.04.2005 bis zum 31.12.2005 getroffene Regelung für die Bildung von Regelleistungsvolumen auch im Jahre 2006 anzuwenden sei. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 117. Sitzung mit Wirkung vom 01.01.2007 habe der Bewertungsausschuss in Ergänzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2005 unter I. festgestellt, dass ohne Kenntnis der sich zum Zeitpunkt der Beschlussfassung geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen die Einführung morbiditätsgebundener Regelleistungsvolumina gemäß den [§§ 85a bis d SGB V](#) zum 01.01.2007 nicht umzusetzen sei. Daher habe er unter Punkt II. seines Beschlusses angeordnet, die in Teil III des Beschlusses vom 29.10.2004 für den Zeitraum vom 01.04.2005 bis zum 31.12.2005 getroffene Regelung für die Bildung von Regelleistungsvolumina über das Jahr 2006 auch im Jahr 2007 anzuwenden. Die Übergangsregelung habe somit auch in den streitgegenständlichen Quartalen 4/2006 bis 2/2007 fortgegolten. Letztendlich sei die Übergangsregelung bis zum 31.12.2008 verlängert worden. Nach der Übergangsregelung hätten, sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung zum 31.03.2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden gewesen seien, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar seien, fortgeführt werden dürfen. Bereits nach dem bis zum 31.03.2005 gültigen HVV der Bezirksdirektion K. (§ 3 a i) habe ein Radiologiebudget existiert. Die Honorarverteilung sei bis zum 31.03.2005 auf der Grundlage arztgruppenspezifischer Grenzwerte geregelt worden. Beide Regelungsinstrumente legten fest, bis zu welcher Punktzahlhöhe der abrechnende Vertragsarzt mit einer vollen Vergütung habe rechnen können und hätten der Kalkulationsicherheit und der Begrenzung des Anreizes zur überdurchschnittlichen Leistungsausweitung gedient. Der Steuerungseffekt beider Regelungen sei damit identisch gewesen. Es seien somit Steuerungsinstrumente vorhanden gewesen, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar gewesen seien. Diese Steuerungsinstrumente seien, entgegen der Entscheidung des SG fortgeführt worden. Insbesondere sei zum 01.04.2005 kein in Wortlaut und Terminologie neuartiger HVV für die Bezirksdirektion K. in Kraft getreten. Es seien insoweit die alten Budgetierungsregelungen des § 3a HVV weitergeführt und lediglich durch Transcodierung an den neuen EBM angepasst worden. Die Höhe der arztgruppenspezifischen Grenzwerte ergebe sich sowohl nach dem bis zum 31.03.2005 gültigen HVV als auch nach dem ab 01.04.2005 gültigen HVV aus dem Produkt von arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle. Ebenso seien die weiteren Regelungen zur Ermittlung der Fallpunktzahlen etc. nahezu identisch übernommen worden. Darüber hinaus seien auch nach beiden Honorarverteilungsverträgen Überschreitungen der Punkteleistungsvolumina der Radiologiebudgets mit Unterschreitungen im Praxisbudget/Punktzahlgrenzvolumen verrechnungsfähig gewesen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 26.08.2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend und macht insbesondere geltend, dass es nicht darauf ankomme, ob die Übergangsregelung verlängert worden sei, da § 4a HVV mit dem Teilradiologiebudget keine bisherigen Steuerungsinstrumente fortführe, sondern ein neues erstmals einführe.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Berufsakten, die Sozialgerichtsakte des SG sowie die Verwaltungsakte der Beklagten 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 der Beklagten ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt worden.

Sie ist auch statthaft. Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) ist bei weitem überschritten. Der Beschwerdewert ist grundsätzlich danach zu bestimmen, was der Berufungskläger mit seinen Anträgen weiter verfolgt (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer Sozialgerichtsgesetz Kommentar, 10. Aufl., § 144 Rn. 14). Dies ist hier die Korrektur einer nach Ansicht der Beklagten falschen Rechtsauffassung des SG bezüglich des Verhältnisses von Regelungen des HVM-V zu Beschlüssen des Bewertungsausschusses. Die wertmäßige Bestimmung des Berufungsbegehrens der Beklagten ist vorliegend erschwert, weil das SG eine Rechtswidrigkeit nur bezüglich der erfolgten Vergütung der Teilradiologieleistungen aus dem Radiologiebudget gemäß § 4a HVM-V erkannt hat, es aber versäumt hat, sich mit den weiteren Begehren des Klägers nach einer grundsätzlich höheren Vergütung sowie einem Budget nur für Unfallchirurgen, zumindest aber einem eigenen Teilradiologiebudget für Unfallchirurgen auseinanderzusetzen. Es hat insoweit allerdings auch von einer Klagabweisung im Übrigen abgesehen. Schließlich bleibt nach dem Urteil des SG völlig unklar, nach welchen Grundsätzen die Vergütung der Radiologieleistungen des Klägers bei Nichtigkeit von § 4a HVM-V hätte erfolgen sollen. Insofern gibt das SG den Beteiligten keine Rechtsauffassung vor. Bei dieser Sachlage ist darauf zurückzugreifen, dass der Kläger mit seinem Begehren eine höhere Vergütung für alle von ihm erbrachten radiologischen Leistungen auf der Basis eines festen Punktwerts von 5,11 Cent, mindestens aber von 3,65 Cent und damit eine höhere Vergütung von 9.234,50 EUR oder 12.928,30 EUR erreichen wollte und sich diesem Ziel durch das Urteil des SG einen großen Schritt genähert glaubte. Ging es damit mit der Klage um eine Vergütung in dieser Größenordnung, kann für den Beschwerdewert der auf völlige Abweisung der Klage gerichteten Berufung der Beklagten nichts anderes gelten.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Das SG hat die angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten zu Unrecht aufgehoben, es hätte sie (richtigerweise) aber auch nicht einmal abändern dürfen. § 4a HVM-V, der den streitigen Honorarbescheiden zu Grunde lag, verstößt weder gegen höherrangige Vorschriften des Bewertungsausschusses noch gegen das Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars oder den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und stellt damit eine rechtsgültige Grundlage für die Honorierung auch der radiologischen Leistungen des Klägers in den streitigen Quartalen dar.

Streitgegenstand sind die Honorarbescheide vom 16.04.2007, 16.07.2007 und 15.10.2007 zu den Quartalen IV/2006 bis II/2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.10.2008. Richtige Klageart ist hinsichtlich der Honorarbescheide grundsätzlich die kombinierte Abänderungs- und Leistungsklage im Sinne von [§ 54 Abs. 1](#) und [4 SGG](#), weil die Beklagte mit den von ihr erlassenen Bescheiden keine sich in einer einmaligen Belastung erschöpfende Regelung getroffen, sondern dem Kläger im Ergebnis für das streitige Quartal die Zahlung eines höheren als des zuerkannten Honorars versagt hat. Wird allerdings, wie hier, die teilweise Ungültigkeit eines normsetzenden Vertrags, wie vorliegend des HVM-V, geltend gemacht, ist eine auf bloße Neubescheidung der Honoraransprüche gerichtete Verpflichtungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) i.V.m. [§ 131 Abs. 3 SGG](#) zulässig.

I.

Dem Kläger steht ein höherer Anspruch auf die erbrachten Röntgenleistungen nicht zu. Die Vereinbarungen für den Bereich der KÄV Baden-Württemberg, Bezirksdirektion K. zur Honorarverteilung für die Quartale IV/2006 bis II/2007 werden in Bezug auf das hier streitige Radiologiebudget nach § 4a HVM-V entgegen der Auffassung des SG von dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (DÄ 2004, A-3129) nicht ausgeschlossen. Die Vereinbarungen für die hier streitigen Quartale 4/2006 bis 2/2007 sehen - soweit hier erheblich - folgendes vor:

§ 4a HVM Radiologiebudget a) Die Leistungen der diagnostischen Radiologie nach den Ziffern 34210 bis 34297 EBM 2000plus unterliegen bei allen Arztgruppen mit Ausnahme der Fachärzte für diagnostische Radiologie und der Fachärzte für Nuklearmedizin einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Ein Vertragsarzt hat Anspruch auf dieses Radiologiebudget, wenn er die fachlichen und apparativen Voraussetzungen erfüllt. b) Die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen werden nach der Anlage 5 Ziffer 2 berechnet. c) Überschreitet ein Vertragsarzt das Punktzahlvolumen des Radiologiebudgets, so kann diese Überschreitung mit einer Unterschreitung im Punktzahlgrenzvolumen verrechnet werden. d) Der innerhalb des Radiologiebudgets abgerechnete Leistungsbedarf wird mit dem Punktwert vergütet, mit dem auch die Leistungen innerhalb des Punktzahlgrenzvolumens honoriert werden. Der das Radiologiebudget überschreitende Leistungsbedarf wird mit dem Punktwert vergütet, mit dem auch die Leistungen, die das Punktzahlgrenzvolumen überschreiten, vergütet werden. e) Die für Gemeinschaftspraxen zutreffende Fallpunktzahl für das Radiologiebudget wird als arithmetischer Mittelwert der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen aller beteiligten Ärzte ermittelt. Dabei gehen Ärzte ohne die entsprechende Genehmigung mit der Fallpunktzahl 0 in die Berechnung ein. f) Die Bestimmungen in § 4 f - Abstufung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis), g - Ermittlung der Fallzahl) und h - Fallzahlobergrenze) gelten entsprechend.

Anlage 6

Übersicht über die Fallpunktzahlen für das Teilradiologiebudget nach § 4a HW: Arztgruppe Fallpunktzahl FÄ für Chirurgie, FÄ für Kinderchirurgie, FÄ für Plastische Chirurgie, FÄ für Herzchirurgie, FÄ für Neurochirurgie 121 FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe 83 FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie 21 FÄ für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung 53 FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie 16 FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie 231 FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit 896 FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie 167 FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie 166 FÄ für Orthopädie 164 FÄ für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie 56 FÄ für Urologie 89 Die Berechnung der Fallpunktzahlen für Teilradiologiebudget erfolgt analog der Berechnung für die Aufschläge zum Punktzahlgrenzvolumen in Anlage 5 Ziffer 2.

Diese Regelungen des HVM-V werden von dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 93. Sitzung am 20.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (DÄBl. 2004 A 3129) nicht ausgeschlossen. Dies hat der Senat bereits mit Urteil vom 26.10.2011 - [L 5 KA 4867/09](#) entschieden. Er hat damals ausgeführt:

"Die Bestimmungen des HVM-V über das Radiologiebudget (§ 5 Abs. 3 HVM-V für Südwürttemberg) sind rechtmäßig. 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) unstrittig 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 Röntengeräte 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".

Der Senat hält an dieser Rechtsprechung auch nach erneuter Überprüfung fest. Ergänzend ist zu bemerken, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004, dessen Geltung zunächst nur für die Zeit vom 01.04.2005 bis Ende 2005 vorgesehen war (DÄ 2004, A 3129 in Teil III vor Nr. 1), für die hier streitgegenständlichen Quartale auch weiterhin maßgeblich war, denn seine Gültigkeit ist mehrfach verlängert worden (DÄ 2006, A 76 in Nr. IV.: Verlängerung bis Ende 2006; DÄ 2006, A 2818 in Nr. II: Verlängerung bis Ende 2007;

DÄ 2008, A 356, 357 in Teil A Nr. 2.1: Verlängerung bis Ende 2008 mit Modifizierungen). Die erfolgten Änderungen des Beschlusses betreffen die hier entscheidende Bestimmung des Teil III Nr. 4 nicht. Die Neuregelungen durch den Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 sind erst zur Jahreswende 2008/2009 erfolgt (DÄ 2008, A 1988, 1992 ff in Teil F Nr. 6 und 2.1 i.V.m. Anlage 1 Nr. 4).

Weiterhin ergänzend zum Senatsurteil vom 26.10.2011 - [L 5 KA 4867/09](#) ist darauf hinzuweisen, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 unter Nr. 1 im 3. Absatz die Regelung enthält, dass für Leistungen und Leistungsarten gemäß 4. im Honorarverteilungsvertrag festgelegt werden kann, dass in den Arztgruppentöpfen Untertöpfe gebildet werden können. Dies bedeutet, dass auch für Leistungen nach der Tabelle zu 4.1 und damit auch für Leistungen der Diagnostischen Radiologie im HVM-V ein bestimmtes Honorarkontingent vorgesehen werden konnte. Bei gleichzeitiger grundsätzlicher Zulässigkeit von Fallzahlobergrenzen (vgl. dazu die Regelungen unter 3.3.1 bis 3.4 des Beschlusses vom 29.10.2004) ist damit eine fallzahlabhängige Budgetierung, wie sie § 4a Abs. 1 HVM-V vorsieht, sogar in Grundsatz ausdrücklich erlaubt.

Das SG ist damit zu Unrecht zu dem Ergebnis gekommen, dass § 4a HVM-V als Rechtsgrundlage der Vergütung der radiologischen Leistungen des Klägers gegen den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 verstößt und deswegen die konkrete Vergütung mangels gültiger Rechtsgrundlage erneut festgesetzt werden muss. Das Urteil des SG kann keinen Bestand behalten und war aufzuheben. Die angefochtenen Honorarbescheide sind unter diesem rechtlichen Gesichtspunkt nicht zu beanstanden.

II.

Die Honorarbescheide sind aber auch nicht deswegen rechtswidrig, weil in dem HVM-V die Unfallchirurgen - wie der Kläger - gar nicht erwähnt sind, sondern zusammen mit den Chirurgen ohne die Zusatzbezeichnung Unfallchirurgie, den Fachärzten für Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie und Neurochirurgie in einer Arztgruppe bzw. in einem Verteilungskontingent (von insgesamt 13) zusammengefasst sind (vgl. § 5 k HVM-V in Verbindung mit Anlage 7 zum HVM-V).

Die Bildung von Honorarkontingenten nach Fachgruppen für das Gros der Leistungserbringer, wie dies vorliegend für alle Fachgruppen - darunter auch für die Chirurgen - erfolgt ist, wird von der Rechtsprechung des BSG grundsätzlich nicht beanstandet. Das BSG hat in ständiger Rechtsprechung die Bildung von Honorartöpfen als rechtmäßig angesehen (dazu zusammenfassend BSG v. 9.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) juris Rn 63). Die sachliche Rechtfertigung folgt aus dem Bestreben, durch Topfbildung zu erreichen, dass die in [§ 85 Abs. 3 bis 3c SGB V](#) normierten Obergrenzen für die Erhöhung der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen und Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitung ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden Punktwerte stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztliches Honorar sicherer kalkulieren können. Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden oder einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408 mwN). Bei der Bildung solcher Honorarkontingente kann grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden (BSG v. 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#)).

Von der grundsätzlichen Zulässigkeit von arztgruppenbezogenen Honorarkontingenten geht auch der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 aus, der die Errichtung von arztgruppenbezogenen Honorartöpfen in Ziff 4.1 und unter Ziff. 1 erster Satz vorsieht und in Anlage 1 die Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie und Neurochirurg als Arztgruppe bezeichnet. An diese Bewertung hat sich die Beklagte in Anlage 6 zum HVM-V ersichtlich gehalten.

Die Honorarverteilungsbestimmungen werden als Maßnahme der gemeinsamen Selbstverwaltung im HVM-V zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart. Im Verhältnis zum Kläger als Mitglied seiner Kassenärztlichen Vereinigung handelt es sich dabei um einen normsetzenden Vertrag. Den Vertragspartnern steht bei der Ausformung des HVM-V ein Gestaltungsspielraum zu; insoweit kann nichts anderes gelten als zum HVM, der in der Rechtsform einer Satzung von der Kassenärztlichen Vereinigung beschlossen wurde (vgl. dazu BSG v. 9.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) juris Rn 30, 50 sowie BSG v. 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) mwN). Diese Gestaltungsfreiheit ist eine Ausformung des auch mit Rechtssetzungsakten der Exekutive typischerweise verbundenen normativen Ermessens. Es wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die getroffene Entscheidung in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist (vgl. BSG v. 22.6.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) unter Hinweis auf die Rspr des BVerwG). Hiernach besteht kein Anhalt für eine Rechtswidrigkeit des HVM-V in Bezug auf die Einteilung der Arztgruppentöpfe. Die Rügen des Klägers sind unbestimmt und zeigen nicht auf, inwieweit die unfallchirurgisch tätigen Chirurgen im Vergleich zu anderen Chirurgen benachteiligt werden. Damit vermag er eine Rechtswidrigkeit der entsprechenden Bestimmungen des HVM-V nicht zu begründen. Auffällige Missverhältnisse lassen sich für den Senat auch nicht aus den vorliegenden Akten entnehmen.

Nichts anderes gilt, soweit der Kläger sinngemäß rügt, bei der Ausgestaltung des Radiologiebudgets in Anlage 6 zum HVM-V hätte für die unfallchirurgisch tätigen Chirurgen eine eigene Fallpunktzahl gebildet werden müssen. Soweit er insoweit eine unterlassene Differenzierung durch die Partner des HVM-V beanstandet, muss er sich den Gestaltungsspielraum der Vertragsparteien entgegenhalten lassen. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil v. 26.06.2002 - [B 6 KA 28/01 R](#); vgl. auch BSG v.18.08.2010 - [B 6 KA 27/09 R](#) und v. 08.02.2012 - [B 6 KA 14/11 R](#) juris Rn 13) wird der dem Normgeber zustehende Gestaltungsspielraum unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten erst dann überschritten, wenn sich für eine relevante Differenzierung bei der Honorarverteilung schlechterdings kein rechtfertigender Grund finden lässt. Hierfür liefert das Vorbringen des Klägers keine durchgreifenden Anhaltspunkte.

III.

Der Kläger kann auch nicht höheres Honorar unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung seiner vertragsärztlichen Leistungen beanspruchen. Anspruch auf höheres Honorar aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) in Verbindung mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) kommt nach der Rechtsprechung des BSG (dazu grundlegend Ur. v. 9.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) juris Rn 153; Ur. v. 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#); Ur. v. 23.05.2007 - [B 6 KA 27/06 B](#); Beschluss v. 23.05.2007 - [B 6 KA 85/06 B](#) sowie Ur. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#)) erst dann in Betracht, wenn in einem fachlich und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz besteht, vertragsärztlich tätig zu werden und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist. Anhaltspunkte dafür, dass eine solche

Situation im Bereich der unfallchirurgisch tätigen Chirurgen in dem hier streitigen Zeitraum eingetreten sein könnte, sind nicht ersichtlich. Hinzu kommt, dass bei der Prüfung der Angemessenheit der Honorierung chirurgischer Leistungen auch Einnahmen aus der chirurgischen Tätigkeit im Rahmen berufsgenossenschaftlicher Heilverfahren heranzuziehen wären (BSG Beschluss v. 31.08.2005 - [B 6 KA 22/05 B](#) und v. 23.05.2007 - [B 6 KA 85/06 B](#)).

IV.

Damit erweist sich die Klage auf höheres Honorar unter allen vorgebrachten Gesichtspunkten als unbegründet. Die streitigen Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale 4/2006 bis 2/2007 sind rechtmäßig. Das Urteil des SG war aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Da der Kläger lediglich einen Bescheidungsantrag gestellt hat, war der Streitwert nur in Höhe der Hälfte des vom Kläger maximal möglich errechneten Betrags von 12.928,30 EUR festzusetzen. Der Streitwert des Berufungsverfahrens beträgt daher 6.464,15 EUR.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-10-04