

L 5 KA 2743/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

5

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 11 KA 873/09

Datum

08.06.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KA 2743/11

Datum

26.09.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 08.06.2011 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 5.000 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt höheres Honorar für das Quartal 1/08.

Der Kläger ist als Facharzt für Dermatologie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Sitz in F. zugelassen. Er betreibt ein dermatohistologisches Labor und ist ausschließlich pathologisch tätig. Die Beklagte ordnete ihn deswegen mit seinem Einverständnis (seit jeher) abrechnungstechnisch der Arztgruppe der Pathologen zu.

Am 25.7.2008 legte der Kläger Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 14.7.2008 für das Quartal 1/08 ein. Zur Begründung führte er aus, gegenüber dem Quartal 4/07 sei sein Honorar bei nahezu gleicher Fallzahl um 80.000 Euro (30 %) geringer ausgefallen; das sei für ihn wirtschaftlich nicht tragbar. Die Punktwerte für Pathologen hätten 2007 ca. 3 bis 3,3 Cent (Primärkassen) und ca. 3,12 bis 3,37 Cent (Ersatzkassen) betragen. Im Quartal 1/08 lägen sie bei ca. 2,54 Cent (Primärkassen) und 2,61 Cent (Ersatzkassen). Da er sein Punktzahlvolumen nicht steigern könne, habe er einen massiven Honorareinbruch erlitten. Aufgrund des Umsatzrückgangs sei im ersten Halbjahr 2008 eine Unterdeckung von 44.441,65 Euro eingetreten, wobei ein anteiliges Arztgehalt noch nicht berücksichtigt sei. Er könne die Ausfälle nicht durch Kredite überbrücken. In dem bis 2007 geltenden Vertrag über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM-V) für den Bezirk S. hätten die Pathologen im fachärztlichen Vergütungsanteil über ein eigenes Honorarkontingent (ohne einer Budgetierung zu unterliegen) verfügt. Nach dem ab 2008 landesweit geltenden HVM-V habe man die Pathologen gem. § 5 Nr. 10.3 dem Honorartopf ?sonstige Fachärzte? zugeordnet, dem außer den Pathologen noch die Fachärzte für Labormedizin, Humangenetik und Transfusionsmedizin angehörten. Aus den ihm übersandten Abrechnungsunterlagen sei nicht ersichtlich, aufgrund welcher Berechnungen man diesen Honorartopf gebildet habe. Der Honorartopf sei offensichtlich zu inhomogen. Zusätzlich zu den Berechnungsgrundlagen der Topfbildung möge man auch mitteilen, weshalb für das streitige Quartal (1/08) ein Punktwertkorridor für etwaige Stützungsmaßnahmen von immerhin 20% - einheitlich für alle Fachärzte in der Gruppe der sonstigen Fachärzte - festgelegt worden sei. Für die weitere Beurteilung werde es auch auf die Abrechnungsergebnisse der Pathologen in den übrigen drei Bezirksdirektionen der Beklagten im Bezugsjahr 2006 ankommen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.1.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, der Honorarbescheid sei auf der Grundlage rechtsgültiger Regelungen (insbesondere) des HVM-V erlassen worden. Die Fachgruppe der Pathologen sei der Honorarbegrenzung durch Punktzahlgrenzvolumina (PZGV) nicht unterworfen. Im Quartal 1/08 habe der Kläger 6.544.155 Punkte abgerechnet. Diese seien voll vergütet worden, da mangels PZGV eine Abstufung nicht stattfinde. Gem. § 5 Nr. 10.3 des ab 1.1.2008 geltenden HVM-V würden für verschiedene Arztgruppen auf der Basis der Referenzquartale 1/06 bis 4/06 Honoraranteile (Honorartöpfe) innerhalb des fachärztlichen Vergütungsanteils gebildet. Dem Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? gehörten die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Pathologie, Humangenetik und Transfusionsmedizin an. Der Auszahlungspunktwert (Topfinhalt / anerkannte Punktzahlanforderung) dieser Ärzte habe im Quartal 1/08 bei den Primärkassen 2,54 Cent (1/07: 3,03 Cent) und bei den Ersatzkassen 2,61 Cent (1/07: 3,27 Cent) betragen. Der einzelne Vertragsarzt habe keinen Anspruch auf die Abrechnung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert. Ihm stehe lediglich ein Anrecht auf einen angemessenen Anteil an der zu verteilenden Gesamtvergütung zu. Aus dem Vergleich des Quartals 1/08 mit den jeweiligen Vorjahresquartalen gehe hervor, dass der Fallwert des Klägers mit Einführung des EBM

2000plus überproportional angestiegen und nach der Abwertung pathologischer Leistungen durch den EBM 2008, insbesondere der Gebührennummer (GNR) 19312 EBM 2008 von 280 Punkte auf 145 Punkte, wieder auf das Niveau der Quartale 1/04 bzw. 1/05 zurückgegangen sei. Honorar- und Fallwert hätten sich wie folgt entwickelt:

Quartal Fallzahl Honorar Fallwert

1/2004 7.052 134.742,30 Euro 19,11 Euro 1/2005 7.451 144.350,59 Euro 19,37 Euro 1/2006 8.685 228.851,29 Euro 26,35 Euro 1/2007 9.591 251.074,10 Euro 26,18 Euro 1/2008 10.540 200.700,71 Euro 19,04 Euro

Um die mit dem EBM 2008 einhergehenden gewollten und ungewollten Honorarumverteilungen unter den Fachgruppen zu steuern, habe man ein Punktwertkorridormodell geschaffen, das Umverteilungen stufenweise zulasse. Über- oder unterschreite der Punktwert einer Fachgruppe den ermittelten Durchschnittspunktwert im haus- oder fachärztlichen Bereich um mehr als 20 % (im Quartal 1/08), 15 % (im Quartal 2/08) und 10 % (im Quartal 3/08), würden die Punktwerte durch Anpassung der Gesamtvergütungsanteile soweit angehoben bzw. abgesenkt, bis die Über- oder Unterschreitung des Punktwertkorridors beseitigt sei (vgl. § 5 Nr. 10.6 und Nr. 10.7 HVM-V). Nach diesen Vorgaben des HVM-V sei der Honorartopf der sonstigen Fachärzte im Quartal 1/08 sowohl für den Primär- wie für den Ersatzkassenbereich gestützt worden. Der EBM 2008 sei, soweit er für den Honoraranspruch des Klägers Bedeutung habe, rechtmäßig. Der EBM könne grundsätzlich nur daraufhin überprüft werden, ob der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe, was nicht der Fall sei.

Am 9.2.2009 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart. Zur Begründung trug er ergänzend vor, der Widerspruchsbescheid gehe auf seine Beanstandungen nicht ein. Auch das der Bildung des Honorartopfs der ?sonstigen Fachärzte? zugrunde liegende Zahlenmaterial sei nicht bekannt gegeben worden. Er wende sich gegen die Bildung des Honorartopfs ?sonstige Fachärzte? und gegen die Berechnung des Auszahlungspunktwerts. Der Pathologentopf sei zu klein, woraus zu niedrige Punktwerte resultierten. Außerdem habe die Beklagte, ohne dass er dies nachvollziehen könne, ein dermatohistologisches Labor in F. offenbar dem Honorartopf der Dermatologen und nicht der Pathologen zugeordnet. Außerdem würden Auswirkungen des neuen EBM nicht ausreichend berücksichtigt, wonach (bspw.) nur noch histologisch untersuchte Exzidate abgerechnet werden dürften; deswegen sei die Zahl der Exzidate zur histologischen Untersuchung (und auch die Zahl der histologischen Untersuchungen pro Behandlungsfall) - ohne Topfanpassung - gestiegen. Man habe die Änderungen von Regelwerken mit Auswirkung auf die Pathologen stets ohne deren Berücksichtigung umgesetzt. Nach Auskunft des zuständigen Vorstandsmitglieds habe die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vorgegeben, die Pathologen um 15% von ihrem Honorarvolumen ?herunterzuholen?, weil deren Zuwächse im Jahr 2005 angeblich 40% und mehr betragen hätten. Bei ihm komme es zu Verlusten von etwa 100.000 Euro im Quartal.

Die Beklagte müsse die Zusammensetzung des Honorartopfs der ?sonstigen Fachärzte? näher erläutern; § 5 Nr. 10.3 HVM-V führe nur Beispiele an. Sodann seien die in die Berechnung des Topfinhalts eingestellten Beträge nach Arztgruppen getrennt aufzugliedern und die 2006 maßgeblichen Zahlenwerte darzustellen. Veränderungen seien zu erläutern. Die Stützungsbeträge seien ebenfalls zu konkretisieren; sie seien über alle Fachgruppen am höchsten ausgefallen (1,5 Millionen Euro im streitigen Quartal) und zeigten daher, dass der Honorartopf zu klein sei. Auf die Unzumutbarkeit einer ins Einzelne gehenden rechnerischen Darstellung könne sich die Beklagte angesichts der signifikanten Veränderungen nicht berufen. Sie müsse die rechnerischen Grundlagen der ihn betreffenden Honorarabrechnung insgesamt nachvollziehbar darstellen und auf dieser Basis neu entscheiden. Für die Substantiierungspflicht bei Einwendungen gegen statistisch-rechnerische Grundlagen der Abrechnung und der Topfbildung und die Verpflichtung der Behörde, die rechnerischen Grundlagen offenzulegen, gälten die für Wirtschaftlichkeitsprüfungen entwickelten Rechtsgrundsätze entsprechend. Die Komplexität der Berechnungen sei unerheblich.

Bei einer vergleichbaren Praxis (Gemeinschaftspraxis Dr. K., H.) mit nahezu identischem Leistungsspektrum sei ein Honorarverlust wie bei ihm nicht eingetreten; der Auszahlungspunktwert dieser Praxis liege mit 4,1 Cent/Punkt etwa 36% über seinem Auszahlungspunktwert. Sein Honorarverlust sei nicht tragbar und wirtschaftlich ruinös, zumal die Beklagte die Ergebnisse im Jahr 2009 fortschreibe. Andere Arztgruppen seien von Einbußen dieser Art nicht betroffen (z.B.: Primärkassen innerhalb des PZGV: Allgemeinärzte in 1/07 4,06 Cent/Punkt gegenüber 1/08 mit 4,07 Cent/Punkt, HNO 3,37 Cent/Punkt zu 3,85 Cent/Punkt, Hautärzte 4,08 Cent/Punkt zu 4,14 Cent/Punkt, fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt 3,93 Cent/Punkt zu 3,90 Cent/Punkt, Orthopäden 3,98 Cent/Punkt zu 4,27 Cent/Punkt und Hausärzte 4,29 Cent/Punkt zu 4,28 Cent/Punkt). Auch die Erwägungen für die Schaffung eines Punktwertkorridors von (immerhin) 20% - einheitlich für alle Fachärzte in der Gruppe ?sonstige Fachärzte?- seien nicht bekannt. Man hätte die Auswirkungen auf die einzelnen Fachärzte in dieser Gruppe berücksichtigen müssen. Hinzu komme, dass sich bei ihm die Anzahl der Histologien pro Schein infolge der Veränderungen des EBM, also wegen externer Faktoren, erheblich (20%) erhöht habe, wodurch auch die Untersuchungskosten erheblich gestiegen seien. Die Beklagte hätte das bei der Topfbildung ebenfalls bedenken müssen. Seine Personalkosten seien gestiegen (2007: 257.000,00 Euro, 2008: 330.000,00 Euro, 2009: 423.000,00 Euro), und zwar um jeweils ca. 28% gegenüber dem Vorjahr.

Die Beklagte trug vor, bei der Regelung der Honorarverteilung im HVM-V bestehe Gestaltungsermessen. Dieses werde erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die Gestaltung unvertretbar oder unverhältnismäßig sei (z.B. BSG, Urte. v. 29.8.2007, - [B 6 KA 43/06 R](#) -). Sie müsse die für die Topfbildung durchgeführten Berechnungen nicht im Einzelnen darlegen und für die Rechtssetzungsakte der Partner des HVM-V auch keine Begründungen abgeben. Es genüge, dass der Vertragsarzt die wesentlichen Elemente seines Honorarbescheides nachvollziehen könne. Eine ins Einzelne gehende und noch dazu zahlenmäßig untermauerte Darstellung der Berechnungen zur Bildung der Honorartöpfe allgemein oder auch nur eines einzelnen, auch neuen Honorartopfs, insbesondere die vom Kläger geforderte dezidierte Aufgliederung der betragsmäßigen Größen der ursprünglich einzelnen, über alle Bezirksdirektionen hinweg nun zusammengeführten Honorartöpfe sowie die zur Ermittlung der einzelnen Punktwerte durchgeführten Berechnungen einschließlich des angeforderten Gesamtleistungsbedarfs der einzelnen Honorargruppen gehöre nicht zu den wesentlichen Elementen des Honorarbescheides und würde den ihr zumutbaren Rahmen sprengen. Die rechnerischen Grundlagen der Honorarabrechnung des Klägers könnten den Verwaltungsakten entnommen werden. Sie habe entgegen den Behauptungen des Klägers auch Zahlenmaterial vorgelegt, aus dem hervorgehe, dass die Gruppe der ?sonstigen Fachärzte? von der Punktwertkorridorregelung profitiert habe; das Zahlenmaterial sei ebenfalls aktenkundig.

Ab dem Quartal 1/08 seien im (neuen) HVM-V erstmals Honorarverteilungsregelungen für das gesamte Land getroffen worden. Nunmehr (§ 5 Nr. 10.3 HVM-V) würden die Pathologen aus dem Honorartopf ?sonstige Fachärzte? vergütet, während sie zuvor im Bereich der

Bezirksdirektion F. über einen eigenen Honorartopf verfügt hätten (§ 7 Nr.7.4.1 b HVM-V für die Bezirksdirektion F.). Der Honorartopf ?sonstige Fachärzte? sei rechtsfehlerfrei gebildet worden. Er habe so schon zuvor in den Bereichen der Bezirksdirektionen R. und K. existiert. Im Bereich der Bezirksdirektion St. seien die Pathologen ebenfalls nicht aus einem eigenen Honorartopf, sondern aus dem Topf ?verbleibende Ärzte? vergütet worden. Bei den in einem Honorartopf zusammengefassten ?sonstigen? Fachärzten handele es sich um Randgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung mit zahlenmäßig relativ wenigen Leistungserbringern; gerade für zahlenmäßig kleine Fachgruppen sei ein eigener Honorartopf rechtlich sogar eher problematisch. Die in Rede stehenden Ärzte erbrächten in der Regel Auftragsleistungen und auch der Art nach vergleichbare Leistungen, wie Probenuntersuchungen. Die zusammengefassten Fachgruppen seien zudem aus dem PZGV ausgenommen. Fast alle Leistungen der Laborärzte, nämlich die Leistungen nach den GNRN 12220 und 12225 EBM sowie die Leistungen des Kapitels 32 EBM einschließlich der aufgeführten Kosten, würden ohnehin nicht aus dem Honorartopf, sondern gem. § 5 Nr. 8 HVM-V vorab aus der Gesamtvergütung honoriert. Aus dem gemeinsamen Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? werde nur noch die laborärztliche Leistung nach der GNR 12210 EBM vergütet, so dass die Pathologen durch die Einbeziehung der Laborärzte in den Honorartopf von vornherein kaum betroffen sein könnten. Man habe den Anteil der allein noch aus dem Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? zu vergütenden laborärztlichen Leistungen (GNR 12210 EBM) aus dem ursprünglichen Laborartopf der Bezirksdirektion F. bereitgestellt; eine Regelung zu Lasten der Pathologen sei nicht erfolgt.

Die Einbeziehung der in Rede stehenden Arztgruppen in einen gemeinsamen Honorartopf, wie er in zwei Bezirksdirektionen schon seit jeher bestanden habe, sei rechtlich zulässig. Man sei von Gesetzes wegen ([§ 77 Abs. 2 SGB V](#)) gehalten gewesen, zum 1.1.2008 eine einheitliche Honorarverteilung über alle Bezirksdirektionen hinweg vorzunehmen und habe die bestehende Topfbildung in den Bezirksdirektionen R. und K. daher übernommen und von der Bildung eines eigenen Honorartopfs für die Pathologen abgesehen.

Gemäß § 5 Nr. 10.3.HVM-V seien die Honorartöpfe - so auch der Honorartopf ?sonstige Fachärzte? - auf der Basis der Abrechnungsergebnisse des Jahres 2006 gebildet worden. Man habe die in den Bezirksdirektionen bereits bestehenden, teilweise unterschiedlichen und nunmehr zusammenzuführenden Honorartöpfe, nämlich die in den einzelnen Töpfen zur Verfügung stehenden Geldbeträge des Jahres 2006, nach den Regeln des HVM-V 2008 zusammengeführt. Die Berechnungsergebnisse der Töpfe seien dann zum Gesamtvolumen ins Verhältnis gesetzt und die jeweiligen Anteile an der Gesamtvergütung gebildet worden. So habe sich etwa für die Gruppe der ?sonstigen Fachärzte? ein Anteil an der Gesamtvergütung im Primärkassenbereich von 1,63 % und im Ersatzkassenbereich von 2,02 % ergeben. Der Punktwert für die Gruppe der ?sonstigen Fachärzte? habe sich dann gemäß § 5 Nr. 10.3 Abs.2 durch Division des Honorartopfinhalts durch die Gesamtpunktzahl der im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Honorarforderungen der dieser Gruppe angehörenden Vertragsärzte ergeben. Die Punktwerte hätten im Quartal 1/08 im Primärkassenbereich 2,54 Cent und im Ersatzkassenbereich 2,61 Cent betragen.

Der Punktwertkorridor von 20% habe einheitlich für alle Fachgruppen des Honorartopfes der ?sonstigen Fachärzte? festgelegt werden dürfen. Der Punktwertkorridor solle die mit dem EBM 2008 und dem ab 1.1.2008 geltenden HVM-V bewirkten Umverteilungen unter den Fachgruppen stufenweise herbeiführen. Eine solche Regelung sei vom Gestaltungsspielraum der Vertragspartner umfasst; die Arztgruppe des Klägers habe davon auch profitiert. Dass die Stützungsmaßnahme allen Mitgliedern der Honorargruppe des Klägers und nicht nur den Pathologen zu Gute gekommen sei, sei Folge der zulässigen Topfbildung.

Hinsichtlich der Gemeinschaftspraxis Dr. K. (Bezirksdirektion K.) folge die unterschiedliche Höhe der Auszahlungspunktwerte schon daraus, dass diese Praxis aus drei Ärzten, davon zwei Hautärzte, und einem Pathologen bestehe, und eine kurativ-ambulante Fallzahl von 15.922 aufweise. Die Leistungen der als Hautärzte zugelassenen Mitglieder der Praxis würden aus dem Hautarzttopf, diejenigen des als Pathologen zugelassenen Mitglieds aus dem Pathologentopf vergütet. Die Einzelpraxis des Klägers habe demgegenüber eine Fallzahl von 10.535. Die Punktwerte der Hautärzte seien höher als die Punktwerte der Pathologen gewesen (4,14 Cent Primärkassen bzw. 4,36 Cent Ersatzkassen). Der Kläger werde für die Abrechnung einvernehmlich den Pathologen zugeordnet; bei der Zuordnung zu den Hautärzten würde er auch dem PZGV unterliegen.

Es treffe nicht zu, dass die für die Fachgruppe der Pathologen maßgeblichen Änderungen des EBM 2000plus in der Vergangenheit nicht zu einer Topfanpassung geführt hätten. Sie sei freilich nicht verpflichtet, bei jeder Änderung einzelner Leistungen im EBM stets auch eine Anpassung der Honorartöpfe vorzunehmen. Sie müsse typisierende Regelungen schaffen und habe bei der Honorarverteilungsregelung eine Beobachtungs- und ggf. Reaktionspflicht. Eine Verpflichtung zur Anpassung der Honorartöpfe bzw. zur Stützung zu Gunsten einer Fachgruppe komme nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 9.9.1998, - [B 6 KA 55/97 R](#) -) nur in Betracht, wenn es in einer Arztgruppe zu einem dauerhaften und gravierenden Punktwertverfall in Höhe von 15% im Vergleich zum größten Teil der ?sonstigen Leistungen? gekommen sei. Im Urteil vom 29.8.2007 ([a. a. O.](#)) habe das BSG seine Rechtsprechung dahingehend präzisiert, dass die Frage, ob aus dem Punktwertverfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung zur Topfkorrektur folge, nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zuzuordnenden Honorarkontingente bzw. der daraus resultierenden Punktwerte und Honorarbeträge ermittelt werden könne, weshalb auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte einer Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abzustellen sei. Ansonsten sei eine Anpassung des Honorartopfes notwendig, wenn eine Arztgruppe generell nicht in der Lage sei, bei einer mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit existenzfähige Praxen zu führen (BSG, Urt. v. 3.3.1999, - [B 6 KA 6/98 R](#) -). Für eine solche Sachlage habe es (auch) bei den Pathologen keinerlei Anhaltspunkte gegeben. Die hohen Fallwerte des Klägers in den Quartalen 1/06 und 1/07 von über 26 Euro verdeutlichten, dass die Größe des Honorartopfes der Pathologen im Bereich der Bezirksdirektion F. trotz Inkrafttreten des EBM 2000plus offensichtlich immer noch den tatsächlichen medizinischen Leistungsbedarf widerspiegelt habe. Auch im (streitigen) Quartal 1/08 hätten die Ärzte des Honorartopfs ?sonstige Fachärzte? insgesamt keine Honorareinbußen zu verzeichnen. So sei ihr Fallwert im Bereich der Bezirksdirektion F. gegenüber dem Quartal 1/07 zwar um 4% gefallen, das Gesamthonorar sei in diesem Zeitraum jedoch um 5% gestiegen; das Gesamthonorar der ?sonstigen Fachärzte? über alle Bezirksdirektionen hinweg sei um 5,05% gestiegen. Nach alledem stehe die Rechtmäßigkeit des Honorartopfes ?sonstige Fachärzte? außer Frage. Besonders gelagerten Einzelfällen könne mit der Härtefallregelung Rechnung getragen werden.

Der Kläger hat auch gegen die Honorarbescheide für die Quartale 2 bis 4/08 Widerspruch erhoben; hierüber ist noch nicht entschieden.

Mit Urteil vom 8.6.2011 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Honorarbescheid für das Quartal 1/08 sei rechtmäßig. Er sei ausreichend begründet ([§ 35 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch, SGB X](#)), wobei zu berücksichtigen sei, dass sich

Honorarbescheide an einen sachkundigen Personenkreis richteten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut sei bzw. zu dessen Pflichten es gehöre, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Die Beklagte müsse nicht alle für Honorarbegrenzungsmaßnahmen wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen aufführen; es genüge, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM-V ergebe ([BSGE 81, 213](#), 215). Der angefochtene Honorarbescheid genüge diesen Anforderungen. Das Begründungserfordernis des [§ 35 SGB X](#) gebiete nicht die ins Einzelne gehende und zahlenmäßig untermauerte Darstellung der Erwägungen zur Bildung der Honorartöpfe, insbesondere des Honorartopfs ?sonstige Fachärzte? einschließlich der Aufgliederung der Einsatzgrößen der ursprünglich getrennten, seit dem Quartal 1/08 zusammengeführten Honorartöpfe und der zur Ermittlung der einzelnen Punktwerte durchgeführten Berechnungen. In Wahrheit mache der Kläger keine unzulängliche Begründung des Honorarbescheids geltend, rüge vielmehr die aus seiner Sicht unzureichende Offenlegung der Erwägungen und Berechnungen zur Bildung des Honorartopfs ?sonstige Fachärzte? nach § 5 Nr. 10.3. HVM-V.

Der Honorarbescheid für das Quartal 1/08 sei auch materiell rechtmäßig. Die Regelungen des HVM-V zur Bildung von Honorartöpfen (§ 5 Nr. 10.3 HVM-V) seien rechtsgültig. Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (DÄ 2004, A 3129) unterlägen Pathologen nicht den Vorschriften über Regelleistungsvolumina. Sie seien auch rechtsfehlerfrei in den Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? einbezogen worden.

Für die (bei sachlicher Rechtfertigung zulässige, BSG, Urt. v. 9.9.1998, - [B 6 KA 55/97 R](#) -; Urt. v. 3.3.1999, - [B 6 KA 15/98 R](#) -) Bildung von Honorartöpfen sei den Vertragspartnern des HVM-V ein weiter Gestaltungsspielraum eröffnet; sie müssten nicht auf völlige Homogenität der Honorartöpfe hinwirken (BSG, Urt. v. 3.3.1999, [a. a. O.](#)). Den Arztgruppen im Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? sei gemeinsam, dass sie jeweils wenige Leistungserbringer umfassten. Eine Sonderregelung für die Fachärzte für Labormedizin sei entbehrlich (vgl. SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008, - [S 12 KA 12/08](#) -). Außerdem würden aus dem in Rede stehenden Honorartopf ohnehin nicht alle Leistungen vergütet, da die Laborärzte einen Großteil ihres Honorars vorab aus der Gesamtvergütung erhielten (§ 5 Nr. 8 HVM-V). Die im Durchschnitt positive Honorarentwicklung der sonstigen Fachärzte in den Quartalen 1/08 bis 4/08 verdeutliche die Unbedenklichkeit der Topfbildung; für eine Korrektur noch während des Jahres 2008 habe daher von vornherein kein Anlass bestanden. Dass der Kläger als - abrechnungstechnischer - Pathologe an dieser positiven Entwicklung im Quartal 1/08 nicht partizipiert habe, dürfte - neben der Neuregelung des EBM ab 2008 - auch daran liegen, dass es bis Ende 2007 im Bereich der Bezirksdirektion F. der Beklagten einen eigenen Honorartopf für Pathologen mit entsprechend höheren Punktwerten gegeben habe. Freilich habe man die gesonderten Honorartöpfe der Pathologen bei Einführung des landesweiten HVM-V ab dem Quartal 1/08 abschaffen dürfen.

Den Vertragspartnern des HVM-V als Normgebern stehe bei der Neuregelung komplexer (Honorar-)Materien ein weites Ermessen in Form von Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräumen zu, wobei sie allerdings eine Beobachtungs- und ggf. Nachbesserungspflicht treffe, wenn sich im Vollzug der ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstelle, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne Normadressaten unzumutbar geworden seien (vgl. BSG, Urt. v. 3.2.2010, - [B 6 KA 1/09 R](#) -). Wegen der jedenfalls im Durchschnitt positiven Honorarentwicklung der dem Honorartopf ?sonstige Fachärzte? angehörenden Arztgruppen und der im HVM-V ohnehin vorgesehenen flankierenden Regelungen (§ 5 Nr. 10.6) habe man nicht unmittelbar nach dem Quartal 1/08 oder jedenfalls noch innerhalb des Jahres 2008 weitere Stützungsmaßnahmen ergreifen müssen, selbst wenn die Fachgruppe der Pathologen von der positiven Entwicklung nicht in dem Maße profitiert haben sollte wie der Honorartopfdurchschnitt. Im Hinblick auf die Komplexität der Neuregelung ab 1.1.2008 - erster gemeinsamer HVM-V für alle (bisherigen) Bezirksdirektionen der Beklagten - sei den Vertragsparteien des HVM-V ein Beobachtungs- und Reaktionszeitraum zuzubilligen, der mindestens das Jahr 2008 umfasse. Stützungsmaßnahmen seien, wenn überhaupt, erst bei einem dauerhaften Absinken des Punktwerts bzw. bei einer sonstigen negativen Honorarentwicklung veranlasst (zum Beobachtungszeitraum auch BSG, Urt. 9.9.1998, - [B 6 KA 55/97 R](#) ? und Urt. v. 29.8.2007, - [B 6 KA 43/06 R](#) -). Zudem sehe der HVM-V in § 5 Nr. 10.6 ein Instrumentarium zur Punktwertstützung vor (vgl. dazu BSG, Urt. v. 8.12.2010, - [B 6 KA 42/09 R](#) -), das (auch) den Pathologen bereits im Quartal 1/08 zugutegekommen sei. Unabhängig davon sei im Jahr 2009 für die Fachgruppe der Pathologen offenbar wieder ein eigener Honorartopf gebildet worden.

Eine Verletzung des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) i. V. m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus [Art. 12 Abs. 1](#), [Art. 3 Abs. 1 GG](#) sei nicht erkennbar. Das wäre nur dann der Fall, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen würde, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestünden, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt wäre. Das mit den Mengenbegrenzungsregelungen verfolgte Ziel der Punktwertstabilisierung schließe es aus, jedem Vertragsarzt auf Grund seiner individuellen Lebensverhältnisse eine bestimmte Praxisausrichtung auf Dauer schlechthin ohne Honorareinbuße zu garantieren. Selbst wenn Leistungen des Klägers nicht kostendeckend vergütet werden sollten, führe das nicht ohne Weiteres zur Rechtswidrigkeit der Bestimmungen des HVM-V, da der Vertragsarzt grundsätzlich keinen Anspruch auf eine kostendeckende Vergütung oder auf einen Punktwert in bestimmter Höhe, sondern lediglich auf eine angemessene Vergütung der von ihm erbrachten und abgerechneten Leistungen habe (vgl. BSG, Urt. v. 12.10.1994, - [6 RKa 5/94](#) -). Deswegen sei der Kläger weder durch den Punktwertrückgang im Quartal 1/08 noch durch die geringere Bewertung der pathologischen Leistungen im EBM 2008 in seinen Rechten verletzt. Eine Honorarverteilungsregelung werde nicht dadurch rechtswidrig, dass einzelne Arztgruppen - zumal solche, die von einem früheren EBM übermäßig profitiert hatten - hinsichtlich der Honorar- und Fallwertentwicklung stärker betroffen würden als andere. Auch der Kläger habe, wie die anderen Pathologen, offenbar überdurchschnittlich vom Inkrafttreten des EBM 2000plus profitiert, was fast zu einer Honorarverdoppelung in 2006 und 2007 gegenüber dem Jahr 2004 geführt habe. Das Honorar des Klägers werde daher im Ergebnis (nur) auf ein Niveau zurückgeführt, welches zwar deutlich unter dem hohen Niveau der Jahre 2006 und 2007, aber immer noch deutlich über dem Niveau der Jahre 2004 und 2005 liege. Aus den Honorarbescheiden für die Quartale 2/08 - 2/09 gehe zudem hervor, dass das schlechte Ergebnis im Quartal 1/08 offenbar singulär geblieben sei, da schon ab dem Quartal 2/08 wieder deutliche Honorarzuwächse vorlägen (Quartal 2/08 240.040,46 Euro, Quartal 3/08 251.399,56 Euro) bis hin zu einem die früheren Ergebnisse sogar übersteigenden Honorar im Quartal 4/08 von 286.949,40 Euro.

Bei Härten, etwa wegen besonderer Bedarfslagen, könnten die Auszahlungspunktwerte gem. § 5 Nr. 10.6 HVM-V angehoben werden; § 6 HVM-V enthalte eine generelle Anpassungsbestimmung, wobei der Vorstand der Beklagten Aufgreifkriterien festgelegt habe. Ein Härtefallantrag komme nicht in Betracht und sei auch nicht gestellt.

Mit Blick auf die dargestellte Honorarsituation und -entwicklung des Klägers sei sie schließlich auch nicht deswegen zur erneuten Entscheidung über das Honorar für das Quartal 1/08 verpflichtet, weil die der Bildung des Honorartopfes ?sonstige Fachärzte? zugrunde

liegenden Erwägungen und Berechnungen nicht bis ins Einzelne offengelegt worden seien. Entsprechendes gelte für die honorarwirksame Abstufung der GNR 19312 EBM von 280 auf 145 Punkte durch den Bewertungsausschuss bei Schaffung des EBM 2008. Hinsichtlich der genannten EBM-Regelung habe das Sozialgericht (Urt. v. 14.4.2011, - S 11 KA 7346/09 - Berufung anhängig beim LSG Baden-Württemberg - [L 5 KA 2198/11](#) -) entschieden, dass eine etwaige Transkodierung der genannten GNR vorliegend nicht von Belang sei, weil der Kläger als - abrechnungstechnischer - Pathologe nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliege. Der Honoraranteil der Pathologen sei gem. § 5 Nr. 10.3. HVM-V auf der Grundlage der Abrechnungsergebnisse des Jahres 2006 und nicht anhand der dem EBM 2008 möglicherweise zugrunde liegenden Transkodierung errechnet worden. Außerdem falle eine etwaige Übersetzung (Transkodierung) von Leistungen in einen neuen EBM aufgrund eines Transkodierungstools der KBV in den Gestaltungsspielraum der Vertragspartner (vgl. auch SG Stuttgart, Urt. v. 26.2.2010, - S 11 KA 6273/06 - zur Transkodierung des EBM 1996 in den EBM 2000plus; SG Marburg, Urt. v. 0.10.2008, - [S 12 KA 469/07](#) -).

Auch hinsichtlich der Bildung des Honorartopfs ?sonstige Fachärzte? könne der Kläger keine vollständige Offenlegung sämtlicher Erwägungen und Berechnungen des Normgebers verlangen. Die Begründung von Akten der Rechtssetzung sei ? von Sonderfällen abgesehen - weder einfach- noch verfassungsrechtlich geboten (BSG, Urt. v. 16.5.2001, - [B 6 KA 20/00 R](#) -; auch BSG, Urt. v. 18.8.2010, - [B 6 KA 27/09 R](#) -). Der Normgeber müsse den Prozess der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung nicht in allen Einzelheiten offenlegen, sofern überhaupt tragende sachliche Gründe erkennbar seien, die die Regelung als nicht willkürlich erscheinen ließen (BSG a. a. O.). Bei Topfbildungen dürften keinerlei sachliche Gründe erkennbar sein und die Topfbildung müsste als willkürlich erscheinen oder es müssten greifbare Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die auf der HVM-Regelung beruhenden Berechnungsgrößen und -parameter rechtlich oder rechnerisch fehlerhaft ermittelt worden seien. Hierfür sei nichts ersichtlich. Sie habe ab dem Quartal 1/08 willkürfrei einen gemeinsamen Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? gebildet, den es in dieser Form schon vor 2008 in allen Bezirksdirektionen mit Ausnahme der Bezirksdirektion F. gegeben habe. Anhaltspunkte dafür, dass die aufgrund der Honorartopfbildung erfolgte Honorarverteilung rechts- oder rechenfehlerhaft gewesen wäre, seien nicht erkennbar; der Hinweis des Klägers auf die Honorarsituation der Gemeinschaftspraxis Dr. K. ändere daran nichts. Die Rechtsprechung des BSG zu so genannten ?zahlenförmigen Normen? (BSG, Urt. v. 6.9.2006, - [B 6 KA 29/05 R](#) - und v. 28.5.2008, - [B 6 KA 9/07 R](#) -) sei nicht einschlägig.

Auf das ihm am 16.6.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 4.7.2011 Berufung eingelegt. Er bekräftigt sein bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, der HVM-V enthalte keine Regelungen über die Zusammenführung der in den vormaligen vier Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württembergs praktizierten Abrechnungsmodalitäten. Die wesentlichen Grundsätze der Honorarverteilung müssten im HVM-V geregelt werden und dürften nicht der Verwaltung überlassen bleiben (BSG, Urt. v. 3.2.2010, - [B 6 KA 1/09 R](#) -). Eine ggf. erforderliche Sonderregelung für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen dürfe nicht von Fall zu Fall durch den Vorstand der Beklagten getroffen werden. Die in den Honorartopf ?sonstige Fachärzte? einbezogenen Arztgruppen seien in § 5 Nr. 10.3 HVM-V nicht abschließend, sondern nur beispielhaft aufgeführt. Es sei unerheblich, ob der Durchschnitt der sonstigen Fachärzte eine positive Honorarentwicklung erfahren habe oder nicht. Die Verhältnisse 2004/2005 einerseits und 2006/2007 andererseits oder in den Quartalen 2 bis 4/08 2008 seien nicht in Relation zu den Fallzahlen gesetzt worden und man habe Nachvergütungsbeträge aus anderen Quartalen mitberücksichtigt, was ebenfalls höhere Honorarergebnisse vortäusche. Auch die erheblich gestiegenen Anforderungen an die Leistungserbringung habe das Sozialgericht nicht berücksichtigt. Die Honorarverteilungsregelung 2008 sei schon deshalb rechtswidrig.

Auf die Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner des HVM-V komme es nicht an. Maßgeblich seien vielmehr die Rechtsgrundsätze für ?zahlenförmige Normen?, da der Honorartopf ?sonstige Fachärzte? aufgrund eines reinen Rechenvorgangs (Werte aus 2006) gebildet worden sei. Gerügt werde die korrekte rechnerische Umsetzung. Anhaltspunkte für fehlerhafte Berechnungen habe er aufgezeigt. Abgesehen von dem auffallend hohen Stützungsbedarf ? der im Quartal 1/2008 erst jenseits eines 20 % Punktwertunterschieds einsetze ? seien die Pathologen bis einschließlich 2007 in den Bezirksdirektion der Beklagten hinsichtlich der Topfbildung anders als die übrigen Ärzte behandelt worden. Der HVM-V gebe in § 5 Nr. 10.3 den genauen Abrechnungsweg vor, indem der aus den Abrechnungsergebnissen 2006 gebildete Topf durch die Gesamtpunktzahl der abgerechneten und anerkannten Honorarforderungen der entsprechenden Vertragsärzte geteilt werde. Diese Darstellung sei der Beklagten ohne weiteres möglich.

Die GNR 19312 EBM, eine Massenziffer bei den Pathologen, habe der Bewertungsausschuss ab dem Quartal 1/08 um fast die Hälfte abgewertet, nämlich von 280 Punkten auf 145 Punkte; auch das müsse berücksichtigt werden. Der Bewertungsausschuss habe für die im Regelleistungsvolumen erfassten Leistungen eine Transcodierung aufgrund der Auswirkungen der EBM-Änderungen 2008 angeordnet. Der EBM 2008 wirke sich aber nicht nur auf die vom Regelleistungsvolumen erfassten Leistungen, sondern auch auf die hiervon ausgenommenen und einem Honorartopf zugeordneten Leistungen aus. Wenn die Abrechnungsergebnisse aus 2008 mangels Transcodierung also unverändert angesetzt worden seien, müsste der Honorartopf insbesondere wegen der Abwertung der GNR 19312 EBM ab 2008 eigentlich ausreichend groß und somit ein Punktwertverfall unwahrscheinlich sein. Jedenfalls müsste die Beklagte mindestens die Plausibilität des in die Berechnungen eingestellten Abrechnungsergebnisses mit Zahlen belegen. Die auf die Pathologen entfallenden Punktesummen aus 2006 einerseits und aus 2008 andererseits könnten einander ohne weiteres gegenübergestellt werden, ebenso die Anteile, welche die GNR 19312 EBM daran ausmache und in welcher Ansatzhäufigkeit diese jeweils abgerechnet worden sei. Die erforderlichen Berechnungen seien nachvollziehbar darzulegen. Die Beklagte müsse zunächst den Honorartopf ?sonstige Fachärzte? von seiner (im HVM-V nur beispielhaft umschriebenen) Zusammensetzung her offen legen und die zugehörigen Einsatzbeträge belegen, aufgegliedert nach den jeweiligen Arztgruppen, damit - ggf. mit sachverständiger Hilfe - nachgerechnet könne. Sodann seien die Beträge aus dem Jahr 2006 darzustellen, welche auf die nunmehr im Topf ?sonstige Fachgruppen? zusammengefassten Ärzte entfielen, denn sie bildeten die Ausgangsbasis. Entsprechendes gelte für andere, ihm nicht bekannte Abweichungen. Dann könne man auch die (erheblichen) Stützungsbeiträge im Quartal 1/08 von über 1,5 Mio. Euro nachvollziehen; offenbar sei der Honorartopf viel zu klein ausgefallen.

Die Bezirksdirektion St. der Beklagten umfasse zahlreiche Pathologen, so dass deren Abrechnungsergebnisse den neuen (landesweiten) Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? erheblich geprägt haben müssten, was im Vorbringen der Beklagten aber keine Rolle spiele. Er könne wegen der unpräzisen Darlegung der Beklagten keine weitere Überprüfung hinsichtlich der Berechnungen zur Topfbildung durchführen. Das Sozialgericht habe insoweit zu Unrecht auf die verminderte Kontrolldichte hinsichtlich der Erwägungen in einem HVM-V verweisen. Auch die Rechtsgrundsätze über Anfangs- und Erprobungsregelung seien nicht einschlägig. Die Beklagte habe die Ausgangswerte 2006 gekannt, also auch die erheblichen Punktwertunterschiede in den einzelnen Bezirksdirektionen. Selbst auf dieser Basis (2006) wäre es ohne weiteres möglich gewesen, die Auswirkungen insbesondere auf den Pathologenpunktwert F. zu erkennen und Möglichkeiten zur Abfederung dieses Effekts zu ergreifen. Derartige, von vornherein absehbare Auswirkungen bedürften keiner Anfangs- und Erprobungsregelung.

Die Beklagte habe ihr angeblich angewandtes Verfahren nur abstrakt erläutert; auf die Unzumutbarkeit der rechnerisch ins Einzelne gehenden Darstellung komme es nicht an. Jedenfalls wegen der Überschaubarkeit der betroffenen Fachgruppen und seiner dezidierten Darlegung einer signifikanten Punktwertveränderung müsse die Beklagte konkrete Zahlen vorlegen. Es sei nicht seine Sache, substantiierte Rügen zu erheben. Vielmehr müsse die Beklagte konkret dartun, wie sie entsprechend der Vorgabe im HVM-V gerechnet habe. Insoweit sei auf die vergleichbare Situation im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu verweisen (vgl. etwa BSG, Urt. v. 28.5.2008, - [B 6 KA 43/07 R](#) -).

Einen förmlichen Härtefallantrag habe er nicht gestellt. Er sei jedoch mehrfach auf die Beklagte wegen der Punktwerrückgänge 2008 zugegangen und habe mit einem Vorstandsmitglied korrespondiert. Hierauf habe die Beklagte nicht reagiert.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 8.6.2011 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheids vom 14.7.2008 für das Quartal 1/08 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.1.2009 zu verurteilen, über das ihm im Quartal 1/08 zustehende Vertragsarzhonorar unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden,

hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und trägt ergänzend vor, die Regelungen des HVM-V seien rechtsgültig, ohne dass man hierfür die Rechtsprechung des BSG zu Anfangs- und Erprobungsregelung heranziehen müsste. Die Honorare der ?sonstigen Fachärzte? hätten sich ? nicht nur hinsichtlich des streitigen Quartals 1/08 - im Durchschnitt insgesamt positiv entwickelt. Im Quartal 2/08 sei das Honorar im Bereich der Bezirksdirektion F. gegenüber dem Quartal 2/07 zwar um 4,25 % gesunken, das Gesamthonorar sei jedoch um 14,75 %, (Baden-Württemberg um 14,30 %) gestiegen. Die entsprechenden Zahlen für die Quartale 3/08 und 4/08 lauteten: 3/08 Fallwert Bezirksdirektion F. gegenüber Vorjahresquartal minus 0,59%, Gesamthonorar plus 7,26%, Baden-Württemberg plus 7,79%; 4/08 Fallwert Bezirksdirektion F. gegenüber Vorjahresquartal minus 55,79%, Gesamthonorar plus 32,82%, Baden-Württemberg plus 26,23 %. Auch die Honorare des Klägers seien gestiegen. Er habe in den Quartalen 2 bis 4/08 wieder Honorare von 240.040,46 Euro, 251.399,56 Euro bzw. 286.949,40 Euro erzielt.

Die Honorartopfbildung sei in § 5 Nr. 10.3 HVM-V geregelt. Danach seien die Honorartöpfe, auch der Honorartopf ?sonstige Fachärzte? - auf der Basis der Abrechnungsergebnisse des Jahres 2006 berechnet worden. Diese Regelung sei ausreichend. Der jetzt landesweit einheitliche gemeinsame Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? habe so bereits in den Bezirksdirektionen R. und K. existiert. In der Bezirksdirektion St. seien die Pathologen ebenfalls nicht aus einem gesonderten Honorartopf, sondern aus dem Topf ?verbleibende Ärzte? honoriert worden. In den genannten Honorartöpfen habe man Randgruppen der vertragsärztlichen Versorgung mit relativ wenigen - Auftragsleistungen erbringenden - Ärzten zusammengefasst, die außerdem aus den Regelleistungsvolumen ausgenommen seien. Da sie zum 1.1.2008 eine einheitliche Honorarverteilung über alle Bezirksdirektionen hinweg habe vornehmen müssen, sei es sachlich gerechtfertigt, die in Bezirksdirektionen R. und K. bereits bestehenden Honorartöpfe der ?sonstigen Fachärzte? zu übernehmen und fortzuschreiben. Sie sei rechtlich nicht verpflichtet gewesen, einen gesonderten Honorartopf für die Pathologen zu bilden. Die der Topfbildung zugrunde liegenden Erwägungen und Berechnungen müssten nicht in allen Einzelheiten dargelegt werden. Substantiierte Zweifel an der richtigen Ermittlung der Berechnungsgrößen und ?parameter bestünden nicht. Nach der Rechtsprechung des BSG stelle das vertragsärztliche Vergütungssystem ein hoch komplexes und von zahlreichen einzelnen und unterschiedlich wirkenden Faktoren abhängiges Gebilde dar. Das Vorbringen des Klägers, die Abwertung der GNR 19312 EBM müsse eigentlich zu einem höheren Punktwert führen, sei pauschal und undifferenziert, da der Kläger das Zusammenspiel mit den zahlreichen anderen Mechanismen, wie möglichen Fallzahlsteigerungen innerhalb der Fachgruppe und vieles mehr, außer Acht lasse. Könnte jeder isoliert auf eine einzelne Berechnungsgröße bezogene Vortrag Zweifel an der Richtigkeit der Berechnungen (für Topfbildungen) insgesamt begründen und damit eine Offenlegungspflicht bewirken, würde die Rechtsprechung des BSG in ihr Gegenteil verkehrt. Einen Sonderfall bilde nur die so genannte ?zahlenförmige Norm?. Als solche sei die Regelung in § 5 Nr. 10 HVM-V ? anders als bspw. der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Ermittlung des Mindestpunktwertes Psychotherapie ? freilich nicht einzustufen. Dass Honorartöpfe (notwendigerweise) aufgrund eines Rechenvorganges ermittelt würden, qualifiziere sie nicht zu ?zahlenförmigen Normen?. Die Rechtsprechung des BSG zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sei schon im Ansatz nicht einschlägig. Sie gelte für den einzelnen Vertragsarzt, dem ein konkretes Fehlverhalten bei der Verordnung von Arznei- oder Heilmitteln vorgeworfen werde und der deswegen ggf. erheblichen Regressforderungen ausgesetzt sei. Hier gehe es demgegenüber um Regelungen zur Honorarverteilung für die Gesamtheit der Vertragsärzte und damit um Rechtssetzung durch die Vertragspartner des HVM-V.

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:

Die Berufung des Klägers ist gem. [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch sonst zulässig. Von der Beiladung der Krankenkassenverbände hat der Senat abgesehen, auch wenn im vorliegenden Honorarstreit (inzident) über die Gültigkeit von Regelungen des HVM-V zu befinden sein wird (vgl. BSG, Urt. v. 29.6.2011, - [B 6 KA 17/10 R](#) -).

Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Der Honorarbescheid vom 14.7.2008 für das Quartal 1/08 ist rechtmäßig. Dem Kläger steht höheres Honorar für dieses Quartal nicht zu. Die Rechtsgrundlagen des Honorarbescheids in den einschlägigen Bestimmungen des EBM 2008 und des HVM-V 2008 sind rechtsgültig.

I. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs auf Zahlung höherer vertragsärztlicher Vergütung ist [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#); maßgeblich ist die während der streitigen Zeit (Quartal 1/08) noch geltende Fassung des SGB V (im Folgenden nur: SGB V). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen an seine Kassenärztliche Vereinigung entrichteten

Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Honorarverteilungsregelungen im HVM-V zu. Vertragsärzte, die - wie der Kläger - an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, können die leistungsproportionale Teilhabe am Honorarkontingent der Fachärzte beanspruchen.

1.) Die Vertragspartner des HVM-V haben bei dessen Ausgestaltung einen Gestaltungsspielraum; diese Gestaltungsfreiheit geht typischerweise mit Rechtssetzungsakten einher und wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unverhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist. Der HVM-V muss jedoch mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars sowie den aus [Art 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten. In Anwendung dieser Maßstäbe hat das BSG in ständiger Rechtsprechung auch eine Honorarverteilung unter Bildung von Honorarkontingenten (Honorartöpfen) für einzelne Fachgruppen und/oder Leistungsbereiche als rechtmäßig angesehen. Die darin liegende Abweichung vom Grundsatz leistungsproportionaler Verteilung ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)) wird vor allem durch das Ziel sachlich gerechtfertigt, die Folgen der gesetzlichen Festlegung von Obergrenzen für die Erhöhung der Gesamtvergütungen in den unterschiedlichen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig umzusetzen. Es soll dadurch verhindert werden, dass sich der Anteil einer Arztgruppe an den Gesamtvergütungen trotz konstant bleibenden Behandlungsbedarfs ihrer Patienten nur deshalb verändert, weil andere Arztgruppen mit Hilfe medizinisch nicht gerechtfertigter Mengenausweitungen ihre Anteile am insgesamt abgerechneten Leistungsvolumen erhöhen.

Bei der Bildung von Honorartöpfen kann an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden. Der Zuordnung zu einem Honorartopf steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind; es können auch Leistungen erfasst werden, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind. Ebenso können Fachgruppen einem Honorartopf zugeordnet werden, deren Angehörige vorwiegend oder ausschließlich auf Überweisung tätig werden (zu alledem: BSG, Urte. v. 23.3.2011, - [B 6 KA 6/10 R](#) - m. w. N.; BSG, Urte. v. 3.2.2010, - [B 6 KA 1/09 R](#) -).

Mit der Bildung von Honorartöpfen ist eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Normgeber des HVM-V verbunden. Eine Reaktionspflicht bei der Honorarverteilung kann danach gegeben sein, wenn sich bei einer Arztgruppe ein auf das Honorar mindernd auswirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertverfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertverfall zugrunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden. Ob aus dem Punktwertverfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung zur Korrektur der Honorarverteilung folgt, kann nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zuzuordnenden Honorarkontingente bzw. der daraus resultierenden Punktwerte und Honorarbeträge, ermittelt werden. Das beruht darauf, dass sich der Anspruch eines Vertragsarztes auf Honorarteilhabe aus [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) unter der Geltung begrenzter Gesamtvergütungen erst durch sämtliche, einem bestimmten Leistungsbereich zuzuordnende Honorarkontingente und die für diese Honorarkontingente berechneten Verteilungspunktwerte zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch konkretisiert. Die isolierte Betrachtung einzelner Honorarkontingente und der dafür auszahlenden Punktwerte hingegen kann die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Arztgruppe für deren vertragsärztliche Leistungen regelmäßig nur unzureichend widerspiegeln. Demgemäß hat das BSG in seinen Entscheidungen zur angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, bei deren Nichtvorliegen eine Stützungspflicht gegeben sein könnte, entscheidend auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte einer Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abgestellt (BSG, Urte. v. 29.8.2007, - [B 6 KA 43/06 R](#) -).

2.) Der gem. [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vom Bewertungsausschuss aufzustellende EBM unterliegt (wie der HVM-V) ebenfalls nur eingeschränkter Rechtskontrolle durch die Gerichte. Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nämlich nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben (vgl. BSG, Urte. v. 16.5.2001, - [B 6 KA 20/00 R](#) -). Dem Bewertungsausschuss als Normgeber steht bei der Erfüllung des ihm in [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) übertragenen Auftrags daher ein Gestaltungsspielraum zu. Dieser ist auch von der Rechtsprechung zu respektieren. Es ist nicht Aufgabe der Gerichte, ihre eigenen Vorstellungen von der Sachgerechtigkeit der Bewertung einer Leistung oder eines Leistungskomplexes an die Stelle der Beurteilung durch den Bewertungsausschuss zu setzen (BSG, Urte. v. 9.12.2004, - [B 6 KA 40/03 R](#) -). Die Rechtsprechung darf daher Regelungen des EBM nur in Ausnahmefällen korrigieren. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. Eine strengere gerichtliche Kontrolle hält das BSG für geboten, wenn das eigene Normprogramm des EBM auf tatsächliche Verhältnisse Bezug nimmt und/oder eine Regelung als sog. ?zahlenförmige Norm? getroffen wird. Macht eine Norm tatsächliche Umstände - beispielsweise die bundesdurchschnittlichen Kostenquoten der Arztgruppen in einem bestimmten Jahr - zur Grundlage ihrer Regelung, erstreckt sich die gerichtliche Überprüfung insbesondere darauf, ob die Festlegung frei von Willkür ist. Dies ist der Fall, wenn bei allen Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren wurde, aber auch dann, wenn weitere Gesichtspunkte - etwa eine unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen - eine differenzierte Regelung sachlich rechtfertigen. Enthält eine Honorierungsregelung, die als solche keine Grundrechtsbeeinträchtigung von gewisser Intensität betrifft, als Tatbestandsmerkmale Zahlen oder Formeln, haben die Gerichte zu prüfen, ob sachliche Gründe erkennbar sind, welche die getroffene Festlegung als nicht willkürlich erscheinen lassen. Dabei müssen sie Streitpunkten nachgehen und die Einwände der Prozessbeteiligten würdigen.

Allerdings darf die gerichtliche Kontrolldichte speziell der Entscheidungen des Bewertungsausschusses nicht überspannt werden. Denn der an den Bewertungsausschuss gerichtete gesetzliche Gestaltungsauftrag zur Konkretisierung der Grundlagen der vertragsärztlichen Honorarverteilung umfasst auch den Auftrag zu einer sinnvollen Steuerung des Leistungsgeschehens in der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu bedarf es komplexer Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Die gerichtliche Überprüfung eines komplexen und auch der Steuerung dienenden Regelungsgefüges darf sich deshalb nicht isoliert auf die Bewertung eines seiner Elemente beschränken, sondern muss stets auch das Gesamtergebnis der Regelung mit in den Blick nehmen. Die Richtigkeit jedes einzelnen Elements in einem mathematischen, statistischen oder betriebswirtschaftlichen Sinne ist deshalb nicht Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit der gesamten Regelung (BSG, Urte. v. 28.5.2008, - [B 6 KA 9/07 R](#) -; auch BSG, Urte. v. 11.10.2006, - [B 6 KA 46/05 R](#) -; Urte. v. 6.9.2006, - [B 6 KA 29/05 R](#) -). Der Bewertungsausschuss darf pauschalisieren, generalisieren und typisieren und muss betriebswirtschaftliche Erwägungen nicht zwingend berücksichtigen, kann diese aber berücksichtigen, soweit sie eine gewisse Plausibilität für sich haben (BSG; Urte. v. 17.3.2010, - [B 6 KA 41/08 R](#) -).

3.) Bei der Neuregelung komplexer Materien steht den Normgebern, dem Bewertungsausschuss bzw. den Vertragspartnern des HVM-V, eine besonders weite Gestaltungsfreiheit in Form von Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräumen zu (BSG, Urt. v. 16.5.2001, - [B 6 KA 20/00 R](#) -). Dies rechtfertigt sich daraus, dass sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen und deshalb auch größere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden müssen. Mit dieser relativ weiten Gestaltungsfreiheit bei Anfangs- und Erprobungsregelungen korrespondiert eine Beobachtungs- und gegebenenfalls Nachbesserungspflicht des Normgebers, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne Normadressaten unzumutbar geworden sind (BSG, Urt. v. 3.2.2010, - [B 6 KA 1/09 R](#) -).

4.) In formell-rechtlicher Hinsicht sind für Honorarbescheide als Verwaltungsakte die einschlägigen Anforderungen des Zehnten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB X) maßgeblich.

Gem. [§ 33 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) müssen Honorarbescheide hinreichend bestimmt sein. Das Bestimmtheitserfordernis des [§ 33 Abs. 1 SGB X](#) bezieht sich auf den Verfügungssatz des Verwaltungsakts. Bei einem Honorarbescheid gehören dazu nicht die einzelnen Rechenschritte, die erforderlich sind, um von der Honoraranforderung des Vertragsarztes zu der Honorarsumme zu gelangen, die er nach den für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften beanspruchen kann. Dies gilt auch dann, wenn bei der Berechnung Honorarbegrenzungsmaßnahmen anzuwenden sind. Auch in diesem Fall ist es im Hinblick auf [§ 33 Abs. 1 SGB X](#) unerheblich, wie verständlich die der festgestellten Honorarsumme zu Grunde liegenden Rechenschritte in dem Honorarbescheid dargestellt sind. Es genügt, wenn aus dem Honorarbescheid klar und unzweideutig hervorgeht, in welcher Höhe der Honoraranspruch für die jeweiligen Quartale festgestellt wird (BSG, Urt. v. 9.12.2004, - [B 6 KA 40/03 R](#) -).

Honorarbescheide sind gem. [§ 35 SGB X](#) außerdem mit einer Begründung zu versehen. [§ 35 SGB X](#) verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind gem. [§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen. Bei Honorarbescheiden im Besonderen dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Das erlaubt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung, entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorzusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf ist es nicht erforderlich, alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufzuführen; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM-V ergibt (BSG Urt. v. 9.12.2004 - [B 6 KA 40/03 R](#)).

Genügt die Begründung des Honorarbescheids diesen Anforderungen (ausnahmsweise) nicht, kann der Vertragsarzt nicht allein deswegen beanspruchen, dass der Bescheid wenigstens insoweit aufgehoben wird, als darin eine weitergehende Vergütung abgelehnt wurde. Gem. [§ 42 Satz 1 SGB X](#) kann die Aufhebung eines (nicht nach [§ 40 SGB X](#) nichtigen) Verwaltungsakts nämlich nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften (u.a.) über das Verfahren zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat. Daher rechtfertigen bei rechtsgebundenen Verwaltungsakten bloße Begründungsmängel grundsätzlich nicht deren Aufhebung. Bei der Feststellung des Honoraranspruchs eines Vertragsarztes nach den allgemein für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften des HVM-V trifft die Kassenärztliche Vereinigung eine solche rechtsgebundene Entscheidung, da ihr insoweit kein Ermessen eingeräumt ist. Aus diesem Grunde muss die Begründung von Honorarbescheiden auch nicht den für Ermessensverwaltungsakte geltenden gesteigerten Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X](#) entsprechen (ebenfalls BSG, Urt. v. 9.12.2004, - [B 6 KA 40/03 R](#) -).

II. Von diesen Rechtsgrundsätzen ausgehend, kann der Kläger höheres Honorar für das Quartal 1/08 bzw. die Verurteilung der Beklagten zur erneuten Entscheidung über das ihm in diesem Quartal zustehende Honorar nicht beanspruchen. Der Honorarbescheid für das Quartal 1/08 vom 14.7.2008 ist materiell- und formell-rechtlich rechtmäßig.

1.) Der Honorarbescheid ist materiell rechtmäßig. Seine Rechtsgrundlagen (insbesondere) im HVM-V und im EBM 2008 sind rechtsgültig.

a.) Der Kläger ist als Hautarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er betreibt indessen ein dermato-histologisches Labor und ist ausschließlich pathologisch tätig. Im Hinblick darauf behandelt ihn die Beklagte (mit seinem Einverständnis) hinsichtlich der Leistungsabrechnung als Pathologen. Rechtliche Bedenken bestehen insoweit nicht. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, hinsichtlich des Honorarstatus des Vertragsarztes zwingend auf dessen Zulassung abzustellen, da für die Honorierung in erster Linie die (konkrete) Leistungserbringung und nicht der (abstrakte) Zulassungsstatus maßgeblich ist. Ist die Leistungserbringung des Arztes (ohne Verstoß gegen das Zulassungsrecht) deckungsgleich mit dem Leistungsspektrum einer anderen Arztgruppe, darf der Arzt für die Leistungserbringung bzw. -abrechnung dieser Arztgruppe zugeordnet werden.

Hinsichtlich des HVM-V muss der Senat nicht überprüfen, ob die Vertragspartner des HVM-V für die in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Arztgruppen bzw. Leistungen der Sache nach eine Vergütung nach festen Punktwerten nicht festgelegt haben (dazu Senatsurteil vom 29.10.2008, - [L 5 KA 2054/08](#) - zum der Honorarverteilung im Jahr 2005 zugrunde liegenden HVM-V; BSG, Urt. v. 17.3.2010, - [B 6 KA 43/08 R](#) -). Der Kläger wird abrechnungstechnisch als Pathologe behandelt und den Regelleistungsvolumina daher nicht unterworfen. Die Pathologen sind in der vom Bewertungsausschuss durch Beschluss vom 29.10.2004 (DÄBl. 2004, A 3129) festgelegten Liste (Anlage 1 zum Teil III des Beschlusses) der in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Arztgruppen nicht aufgeführt (vgl. auch BSG, Urt. v. 8.12.2010, - [B 6 KA 42/09 R](#) -; zur Zulässigkeit der Ausnahmen von den Regelleistungsvolumina noch im Folgenden). Der Kläger

wendet sich auch allein gegen die Regelung des § 5 Nr. 10.3 HVM-V über die Bildung von Honorartöpfen. Die Pathologen ? und der ihnen abrechnungstechnisch gleichgestellte Kläger - sind danach dem Honorartopf der ?sonstigen Ärzte? zugeordnet, weswegen ihre Leistungen mit dem Auszahlungspunktwert dieses Honorartopfs vergütet werden. Dagegen ist aus Rechtsgründen nichts zu erinnern. Die Bildung des Honorartopfs ist weder unvertretbar noch unverhältnismäßig und verstößt insbesondere nicht gegen das Gebot leistungsproportionaler Honorarverteilung oder den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Der Einbeziehung der Pathologen in einen Honorartopf (als Instrument der Mengenbegrenzung und Gesamthonorarsteuerung) steht nicht entgegen, dass sie den (ebenfalls der Mengenbegrenzung und Gesamthonorarsteuerung) dienenden (und vorrangigen) Bestimmungen über Regelleistungsvolumina in [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) nicht unterliegen. Das ist, wie bereits dargelegt wurde, der Fall. Der Bewertungsausschuss, dessen Regelungen gem. [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) Bestandteil des HVM-V sind, hat die Pathologen in seinem Beschluss vom 29.10.2004 (DÄBl. 2004, A 3129) aus den Regelleistungsvolumina ausgenommen. Hierzu war er befugt. Wie das BSG in seinen Urteilen vom 3.2.2010 (- [B 6 KA 31/08 R](#) -), vom 17.3.2010 (- [B 6 KA 43/08 R](#) -) und vom 18.8.2010 (- [B 6 KA 27/09 R](#) -) entschieden hat, steht dem Bewertungsausschuss bei der näheren Festlegung der Vorgaben für die Regelleistungsvolumina ein gewisses Maß an Gestaltungsfreiheit zu. Dies gilt sowohl für die Bestimmung derjenigen Arztgruppen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, als auch für abweichende Regelungen bezüglich einzelner Leistungen. Einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung des Bewertungsausschusses, bestimmte Leistungen oder Leistungsgruppen aus den Regelleistungsvolumina herauszunehmen, bedarf es nicht (BSG, Ur. v. 18.8.2010, - [B 6 KA 27/09 R](#) -). Der Senat schließt sich der Rechtsprechung des BSG an. Die Vorschrift des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#), wonach im Verteilungsmaßstab insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina), steht dem nicht entgegen. Aus dem Gesetz geht nicht hervor, dass Regelleistungsvolumina flächendeckend für alle Arztgruppen eingeführt werden müssen und Ausnahmen nicht zulässig sein sollen. Die vom Bewertungsausschuss vorgesehene Ausnahme für die Pathologen ist sachlich dadurch gerechtfertigt, dass diese eine zahlenmäßig kleine Gruppe von Leistungserbringern bilden und außerdem gem. § 13 Abs. 4 Satz 1 BMV-Ä nur auf Überweisung (ohne unmittelbaren Patientenkontakt) in Anspruch genommen werden dürfen. Da sie eine wesentliche Ausweitung ihrer Leistungsmenge nicht betreiben können, müssen sie dem (auch) der Mengenbegrenzung dienenden Instrument der Regelleistungsvolumina nicht notwendig unterworfen werden (vgl. BSG, 18.8.2010, - [B 6 KA 27/09 R](#) -; Ur. v. 3.2.2010, - [B 6 KA 31/08 R](#) -). Das schließt freilich nicht aus, sie in einen Honorartopf einzubeziehen, auch wenn damit ebenfalls mengenbegrenzende Ziele verfolgt werden (BSG, Ur. v. 23.3.2011, - [B 6 KA 6/10 R](#) -; zur Einbeziehung der - ebenfalls nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmenden Laborärzte - in einen Honorartopf BSG, Ur. v. 11.10.2006, - [B 6 KA 46/05 R](#) -; zur Zulässigkeit anderer mengensteuernder Instrumente neben den Regelleistungsvolumina BSG, Ur. v. 9.5.2012, - [B 6 KA 30/11 R](#) -; Ur. v. 17.3.2010, - [B 6 KA 43/08 R](#) -; auch Senatsurteil vom 26.10.2011, - [L 5 KA 4867/09](#) -).

Die Bildung des Honorartopfs der ?sonstigen Fachärzte? und die Einbeziehung der Pathologen ? auch des Klägers als ?abrechnungstechnischem Pathologen? - in diesen Honorartopf ist rechtlich nicht zu beanstanden. Die Vertragspartner des HVM-V haben insbesondere die aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12 Abs. 1](#) und [Art 3 Abs. 1 GG](#)) folgenden rechtlichen Grenzen ihres Gestaltungsspielraums nicht verletzt.

Die dem Honorartopf zugeordneten Arztgruppen sind in § 5 Nr. 10.3 HVM-V hinreichend bestimmt festgelegt, auch wenn die Vorschrift einzelne Arztgruppen nur beispielhaft und nicht abschließend aufführt. Die Bezeichnung ?sonstige Fachärzte? macht hinreichend deutlich, dass alle (der Topfbildung unterliegenden) Arztgruppen erfasst sein sollen, die anderen Honorartöpfen nicht zugeordnet sind. Die abschließende Bezeichnung dieser Arztgruppen ist nicht notwendig.

Die Zusammensetzung des Honorartopfs ?sonstige Fachärzte? verstößt nicht gegen höherrangiges Recht, namentlich nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Topfbildung ist von Sachgründen getragen und weder unvertretbar noch unverhältnismäßig (vgl. BSG, Ur. v. 23.3.2011, - [B 6 KA 6/10 R](#) -). Das gilt auch für die Einbeziehung der Laborärzte. Das Gebot leistungsproportionaler Honorarverteilung ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#)) und der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12 Abs. 1](#), [Art 3 Abs. 1 GG](#)) gebieten keine völlige Homogenität in der Zusammensetzung der Honorartöpfe; andernfalls müsste für nahezu jede Arztgruppe, ggf. auch für Untergruppen, ein eigener Honorartopf gebildet werden, wodurch der normgeberische Gestaltungsspielraum der Vertragspartner des HVM-V in unverhältnismäßiger Weise verengt würde. Das BSG hat für die Zusammenfassung von Ärzten in einem Honorartopf demzufolge nur auf eine ?gewisse Ähnlichkeit? abgestellt (BSG, Ur. v. 9.12.2004, - [B 6 KA 40/03 R](#) ? juris Rdnr. 61).

Das Sozialgericht hat für die sachliche Rechtfertigung der Topfbildung zu Recht darauf verwiesen, dass die Arztgruppen im Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? jeweils nur (dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegende) wenige Leistungserbringer an den ?Rändern? der vertragsärztlichen Versorgung umfassen und dass deren Gemeinsamkeiten die Zusammenfassung in einem Honorartopf rechtfertigen. Die in § 5 Nr. 10.3 HVM-V benannten ?sonstigen Fachärzte? erbringen regelmäßig der Art nach vergleichbare Auftragsleistungen, wie Probenuntersuchungen. Im Unterschied etwa zu den Laborärzten und Pathologen dürfen die ebenfalls in den Honorartopf der ?sonstigen Ärzte? einbezogenen Fachärzte für Humangenetik zwar nicht nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden; sie sind in § 13 Abs. 4 Satz 1 BMV-Ä nicht aufgeführt. Dies ist indessen unschädlich, da bei den Humangenetikern hinreichend ins Gewicht fallende Leistungsausweitungen im Hinblick auf die Spezifika ihres Leistungsspektrums und damit unvertretbare Verwerfungen innerhalb des Honorartopfs nicht zu besorgen sind.

Die Zusammenfassung von Ärzten in einem Honorartopf ist wegen (zwangsläufigen) Unterschieden in der ärztlichen Tätigkeit, hier der Laborärzte und der Pathologen hinsichtlich der Befundung und Beurteilung von Proben, nicht rechtswidrig, solange die Unterschiede kein solches Gewicht annehmen, dass sie ? aus der Sicht der gerichtlichen Rechtskontrolle - den Honorartopf sprengen und die Topfbildung als nicht mehr vertretbar und unverhältnismäßig erscheinen lassen. Dabei wird es im Hinblick auf die eingangs beschriebene Zielsetzung der Topfbildung vornehmlich auf die Bedingungen der Leistungserbringung und die Honorarsituation der Arztgruppen ankommen. Die Einbeziehung der Laborärzte in einen Honorartopf gemeinsam mit den Pathologen ist auch im Hinblick darauf rechtlich nicht zu beanstanden. Insoweit fällt maßgeblich ins Gewicht, dass die Leistungen der Laborärzte zu einem großen Teil nicht aus dem Honorartopf vergütet werden, was die Auswirkungen auf den Auszahlungspunktwert des Honorartopfs begrenzt. Gem. § 5 Nr. 8 HVM-V werden die Leistungen der Laborärzte nach den GNRN 12220 und 12225 EBM sowie die Leistungen des Kapitels 32 EBM einschließlich der aufgeführten Kosten (vorab) aus der Gesamtvergütung honoriert; der Honorartopf bleibt davon also unberührt. Bei den genannten Leistungen handelt es sich ? wie die Beklagte unwidersprochen vorgetragen hat ? um den Großteil der laborärztlichen Leistungserbringung. Aus dem Honorartopf wird nur noch die laborärztliche Leistung nach der GNR 12210 EBM vergütet. Im Hinblick darauf erweist sich die Einbeziehung der

Laborärzte in den Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? nicht als unvertretbar oder unverhältnismäßig.

Die Vertragspartner des HVM-V mussten außerdem gem. [§ 77 Abs. 2 SGB V](#) nach der zum 1.1.2005 vollzogenen Fusion der in Baden-Württemberg bestehenden vier Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg - nach einer angemessenen Übergangszeit - bis zum 1.1.2008 landesweit geltende Gesamtverträge schaffen und eine landesweite Verteilung der Gesamtvergütung regeln. Im Hinblick darauf ist es auch unter Gleichbehandlungsgründen sachgerecht, die in drei Bezirksdirektionen der Beklagten (ehemaligen Kassenärztlichen Vereinigungen) bereits bestehenden Honorartöpfe für ?sonstige Fachärzte?, in die die Pathologen bereits einbezogen waren, landesweit fortzuführen und den Sonderstatus der in der vormaligen Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden (Bezirksdirektion F.) niedergelassenen und über einen eigenen Honorartopf verfügenden Pathologen zu beenden, nachdem es im Hinblick auf die Leistungserbringung und ?abrechnung der Pathologen signifikante Unterschiede unter den vormaligen vier Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württembergs ersichtlich nicht gibt.

Schließlich sieht der HVM-V in § 5 Nr. 10.6 und Nr. 10.7 übergangsweise (bis 31.12.2008) ein (besonderes) Punktwertkorridormodell zur Feinsteuerung der Topfbildung bzw., falls notwendig, zur Stützung der Punktwerte vor (zur Notwendigkeit der Entnahme von Stützungsmitteln aus der Gesamtvergütung zu Lasten aller Vertragsärzte BSG, Urt. v. 18.8.2010, - [B 6 KA 27/09 R](#) -), mit dem insbesondere etwaige Verwerfungen in der Honorarverteilung durch die ebenfalls zum 1.1.2008 vorgenommene Neufassung des EBM abgemildert und unvertretbare oder unverhältnismäßige Auswirkungen abgefangen werden können. Nach den genannten Vorschriften werden die Punktwerte angepasst, wenn der Punktwert einer Fachgruppe den ermittelten Durchschnittspunktwert im haus- oder fachärztlichen Bereich um mehr als 20 % (im Quartal 1/08), 15 % (im Quartal 2/08) und 10 % (im Quartal 3 und 4/08) überschreitet. Dass der Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? in den Quartalen 1/08 bis 4/08 unter Anwendung des Punktwertkorridormodells gestützt wurde, indiziert nicht die Rechtswidrigkeit der Topfbildung, zeigt vielmehr nur die Wirksamkeit des die Topfbildung flankierenden Feinsteuerungsinstrumentariums, nachdem die Ärzte des Honorartopfs ?sonstige Fachärzte? im Jahr 2008 insgesamt Honorareinbußen (auch infolge der Punktwertstützung) nicht erlitten haben. Wie die Beklagte unwidersprochen dargetan hat, sind ihre Honorare trotz sinkender Fallwerte insgesamt gestiegen (Bereich der Bezirksdirektion F. im Quartal 1/08 gegenüber dem Quartal 1/07: Fallwert minus 4%, Gesamthonorar plus 5%, Baden-Württemberg plus 5,05%; Quartal 2/08: Fallwert Bezirksdirektion F. gegenüber Quartal 2/07 minus 4,25%, Gesamthonorar plus 14,75%, Baden-Württemberg plus 14,30%; Quartal 3/08: Fallwert Bezirksdirektion F. gegenüber Quartal 3/07 minus 0,59%, Gesamthonorar plus 7,26% Baden-Württemberg plus 7,79%; Quartal 4/08: Fallwert Bezirksdirektion F. gegenüber Quartal 4/07 minus 55,79%, Gesamthonorar plus 32,82%, Baden-Württemberg plus 26,23%). Angesichts dieser ? positiven - Gesamthonorarentwicklung bestand von vornherein kein Anlass für weitere Anpassungen des Honorartopfs durch allgemeine Stützungsmaßnahmen außerhalb des übergangsweise anzuwendenden besonderen Punktkorridormodells (vgl. BSG, Urt. v. 9.9.1998, - [B 6 KA 55/97 R](#) -; Urt. v. 3.3.1999, - [B 6 KA 6/98 R](#) -; Urt. v. 29.8.2007, - [B 6 KA 43/06 R](#) -). Besonders gelagerte Einzelfälle begründen nicht die Notwendigkeit der Topfanpassung durch das hierfür im HVM-V vorgesehene Feinsteuerungsinstrumentarium; ihnen ist ggf. mit der Härtefallregelung als dem für Einzelfälle vorgesehenen Feinsteuerungsinstrumentarium abzuhelpfen.

An der rechtlichen Bewertung der Honorartopfbildung ändert sich nichts, wenn man im Besonderen die Honorarverhältnisse der Pathologen und beispielhaft diejenigen des (pathologisch tätigen) Klägers in den Blick nimmt. Bei der Betrachtung der Honorarentwicklung dürfen freilich nicht nur die Honorarrückgänge von 2007 auf 2008 berücksichtigt werden. Denn die Pathologen und (besonders) auch der pathologisch tätige Kläger hatten ab 2005 von der Einführung des EBM 2000plus zum 1.4.2005 erheblich und offenbar überproportional profitiert, da sich die Gesamthonorare ohne wesentliche Änderung in der Leistungserbringung nahezu verdoppelt hatten; die Fallwerte waren entsprechend gestiegen, während sich die Fallzahlen regelmäßig nicht wesentlich verändert hatten. Das Honorar des Klägers betrug bspw. in den Quartalen 1/04 und 1/05 134.742,30 Euro bzw. 144.350,59 Euro (Fallzahlen 7.052 bzw. 7.451) und stieg - nach Inkrafttreten des EBM 2000plus zum Quartal 2/05 - in den Quartalen 1/06 und 1/07 auf 228.851,29 Euro bzw. 251.074,10 Euro an (bei nicht in entsprechendem Maße gestiegenen Fallzahlen (8.685 bzw. 9.591)). Das Honorar im Quartal 1/08 liegt mit 200.700,71 Euro zwar unter dem unter Geltung des EBM 2000plus erzielten Honorar, aber (bei allerdings gestiegener Fallzahl: 10.540 zu 7.052) immer noch deutlich über dem Honorar des Quartals 1/04. Dass die Zahl der Histologien pro Fall und damit die Untersuchungskosten ? so der Kläger ? zugenommen haben, ändert daran nichts. Schließlich ist das Honorar des Klägers in den Quartalen 2/08 bis 4/08 weiter gestiegen (2/08: 240.040,46 Euro, 3/08: 251.399,56 Euro) und lag im Quartal 4/08 mit 286.949,40 Euro sogar über den unter Geltung des EBM 2000plus erzielten Honoraren; dass die Leistungsanforderungen ? so der Kläger ? gewachsen und Nachvergütungsbeträge berücksichtigt worden seien, lässt die hier maßgeblichen Grundzüge der Honorarentwicklung unberührt. Daraus geht hervor, dass die Neuregelungen zum 1.1.2008 - die Einführung des EBM 2008 sowie die Auflösung des Honorartopfs der Pathologen in der Bezirksdirektion F. der Beklagten und die nach Maßgabe des HVM-V 2008 vollzogene neue Topfbildung - zwar zunächst Honorareinbußen verursacht hat, die der Sache nach aber darin bestehen, die überproportionalen Honorarzuwächse ab 1.4.2005 wieder rückgängig zu machen und die Honorarverhältnisse vor Inkrafttreten des EBM 2000plus wieder zu etablieren; dass diese rechtlich bedenklich gewesen wären, ist nicht ersichtlich noch substantiiert behauptet werden. Die Honorarsituation des Klägers ab 1.1.2009 erlaubt Rückschlüsse auf die Vergangenheit nicht, da ab 1.1.2009 mit den [§§ 87a](#) und [87b SGB V](#) ein neues Vergütungssystem eingeführt und von der Beklagten auch umgesetzt worden ist.

Die Beklagte hat für die Berechnung des Honorarkontingents (Topfinhalt) rechtsfehlerfrei an die Verhältnisse der Quartale 1/06 bis 4/06 als Referenzquartale angeknüpft. Dass dies sachwidrig oder unvertretbar gewesen wäre, ist nicht ersichtlich und wird vom Kläger auch nicht behauptet. Gegen die hiervon ausgehenden Berechnungen des auf den Honorartopf der ?sonstigen Fachärzte? entfallenden Anteils an der Gesamtvergütung (Primärkassen 1,63 %, Ersatzkassen 2,02 %) und der jeweiligen Auszahlungspunktwerte sind stichhaltige Einwendungen ebenfalls nicht erhoben. Auf Fragen der Transcodierung von Leistungsbewertungen bei EBM-Reformen kommt es für die Berechnung des Honorarkontingents, also des Anteils der ?sonstigen Fachärzte? an der Gesamtvergütung, nicht an. Der Bewertungsausschuss hat für die von den Regelleistungsvolumina erfassten Leistungen wegen der Auswirkungen der Änderungen im EBM 2008 eine besondere Transcodierung vorgesehen. Für die Berechnung des Honorartopfs der ?sonstigen Fachärzte? sind aber die Verhältnisse der Referenzquartale des Jahres 2006 maßgeblich; außerdem sind die in Rede stehenden Leistungen in die Regelleistungsvolumina nicht einbezogen. Die Beklagte hat die Fallpunktzahlen für das Jahr 2008 auf der Grundlage der Referenzquartale 2006 gänzlich neu berechnet.

Da sich die Regelung des § 5 Nr. 10.3 HVM-V damit nach den allgemeinen Kontrollmaßstäben als rechtmäßig erweist, kommt es auf die besonderen Kontrollmaßstäbe für Anfangs- und Erprobungsregelungen nicht an; der Senat kann daher offen lassen, ob - wofür freilich einiges spricht - die vom Kläger gerügte Topfbildung auch nach diesen Kontrollmaßstäben als rechtmäßig anzusehen wäre. Unerheblich ist auch, dass die Vertragspartner des HVM-V offenbar ab 2009 wieder einen gesonderten Honorartopf für die Pathologen gebildet haben. Die

anderweitige Regelung des HVM-V 2008 wird deswegen nicht im Nachhinein rechtswidrig.

b.) Hinsichtlich des EBM 2008 wendet sich der Kläger dagegen, dass der Bewertungsausschuss die Bewertung der GNR 19312 EBM (Zuschlag zu den Leistungen nach GNR 19310 und 19311 EBM für die histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren) von 280 Punkten im EBM 2000plus auf 145 Punkte im EBM 2008 vermindert hat. Diese Entscheidung des Bewertungsausschusses ist im Zuge der gerichtlichen Rechtskontrolle nicht zu beanstanden. Wie eingangs dargelegt, muss die Rechtsprechung den Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses respektieren. Sie darf Regelungen des EBM nur in Ausnahmefällen korrigieren. Dafür genügt es nicht, dass ein Arzt oder eine Arztgruppe die Bewertung der in Rede stehenden Leistung als zu niedrig und ihrer Leistung nicht angemessen ansieht. Vielmehr müsste festgestellt werden, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. Hierfür ist nichts ersichtlich; Tatsachen, die auf einen Bewertungsmissbrauch durch den Bewertungsausschuss schließen lassen könnten, sind nicht festzustellen. Der Bewertungsausschuss hat offenbar gewollt, dass die hohe Bewertung der GNR 19312 im EBM 2000plus deutlich herabgesetzt wird. Wenn er damit auf die bereits dargestellten überproportionalen Honorarzuwächse der Pathologen nach Inkrafttreten des EBM 2000plus (bei im Wesentlichen unveränderter Fallzahl) reagiert und die Honorarverhältnisse vor Inkrafttreten des EBM 2000plus wieder herstellen will, ist das weder als missbräuchlich noch als bewusste sachwidrige Benachteiligung der Pathologen einzustufen. Diese haben keinen Rechtsanspruch auf die Beibehaltung günstiger Honorarverhältnisse bzw. die Beibehaltung vorteilhafter Leistungsbewertungen im EBM.

2.) Der Honorarbescheid ist auch formell rechtmäßig. Er ist hinreichend bestimmt. Auf Begründungsmängel kann sich der Kläger ebenfalls nicht mit Erfolg berufen.

Aus dem Honorarbescheid vom 14.7.2008 geht klar und unzweifelhaft hervor, welches Honorar dem Kläger für das Quartal 1/08 zusteht. Weitergehende Anforderungen stellt der Bestimmtheitsgrundsatz des [§ 33 SGB X](#) an Honorarbescheide nicht.

Die vom Kläger vorgebrachten Begründungsmängel können gem. [§ 42 Satz 1 SGB X](#) von vornherein nicht zur Aufhebung des Honorarbescheids und zur Verurteilung der Beklagten zu einer erneuten Entscheidung über das dem Kläger im Quartal 1/08 zustehende Honorar führen, da es sich bei Honorarbescheiden nach dem eingangs Gesagten um gebundene Verwaltungsakte (ohne Ermessensspielraum der Beklagten) handelt, und etwaige Begründungsmängel daher die Entscheidung in der Sache nicht beeinflussen können. Davon abgesehen ist der Honorarbescheid auch ausreichend begründet. Er enthält die für die Berechnung des Honorars maßgeblichen Faktoren: die Honoraranforderung, von der die Beklagte ausgegangen ist, das Ergebnis der durchgeführten Honorarbegrenzungsmaßnahmen und die zu Grunde gelegten Punktwerte. Im Honorarbescheid ist nicht ausführlich im Einzelnen darzulegen, wie die jeweiligen Faktoren, insbesondere die Honorarbegrenzungsmaßnahmen, ineinander greifen. Eine Begründung für die Bildung des Honorartopfs der ?sonstigen Fachärzte? und eine (ins Einzelne gehende, zahlenmäßig für alle Rechenschritte aufgegliederte) Darstellung der Berechnung des Honorarkontingents und des Auszahlungspunktwerts muss der Honorarbescheid ebenfalls nicht geben. Der Kläger kann den maßgeblichen Berechnungsvorgang hinreichend den Regelungen des HVM-V entnehmen. Die (freilich ebenfalls nicht zu überspannenden) Begründungserfordernisse bei Bescheiden über Honorarrückforderungen nach einer Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl. etwa BSG, Ur. v. 16.7.2003, - [B 6 KA 14/02 R](#) -) sind für den Honorarbescheid nicht maßgeblich, nachdem bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Unterschied zur Honorarfestsetzung Ermessens- und Beurteilungsspielräume der zuständigen Behörden (Prüfgremien) bestehen.

Der Kläger macht der Sache nach Begründungsmängel des Honorarbescheids auch nicht geltend. Er erstrebt vielmehr die vollständige Offenlegung aller Erwägungen und Berechnungen, die die zuständigen Normgeber, die Vertragspartner des HVM-V bzw. der Bewertungsausschuss, der Bildung des Honorartopfs der ?sonstigen Fachärzte? im HVM-V und der Neuregelung der für den Kläger maßgeblichen GNRN des EBM zugrunde gelegt haben. Dabei handelt es sich um eine Anregung an das Gericht, die in Rede stehenden Berechnungen im Wege der Amtsermittlung nach [§ 103 SGG](#) zu eruieren und zur (inzidenten) Rechtskontrolle der HVM-V- und EBM-Vorschriften heranzuziehen. Es sollen reine Ausforschungsermittlungen vorgenommen werden, damit mittelbar über das dann bekannt gewordene Zahlenmaterial der Beklagten ein fehlerhaftes Verhalten nachgewiesen werden kann bzw. sich für den Kläger die Plausibilität der Punktwertentwicklung ergibt. Bei den Anregungen des Klägers ist bereits nicht klar, ob sich die Ermittlungstätigkeit des Senats auf die Zahlen, Einschätzungen, Modellberechnungen, Hochrechnungen oder sonstige Prognosen erstrecken soll, die der Normgeber des HVM-V vor dessen Erlass erhoben, angestellt bzw. unterlassen hat, oder ob nur die zahlenmäßigen Berechnungsgrundlagen beschafft werden sollen, die bei der Umsetzung der Vorschriften des beschlossenen HVM-V nach dessen In-Kraft-Treten herangezogen worden sind. Da konkrete Beweisanträge nicht gestellt worden sind und der Senat sich durch den Umstand, dass der Kläger das Gefühl hat, wegen seines geringen Honorars müssten irgendwo Rechenfehler vorgefallen sein, nicht zu entsprechenden Beweiserhebungen gedrängt fühlt, war den Beweisanregungen des Klägers nicht nachzugehen.

Diesen (Beweis-)Anregungen war auch aus weiteren rechtlichen Gründen nicht zu folgen. Nach der Rechtsprechung des BSG (Ur. v. 16.5.2001, - [B 6 KA 20/00 R](#) -) ? die Rechtsprechung zur Begründung von Honorarbescheiden nach einer Wirtschaftlichkeitsprüfung (etwa BSG, Ur. v. 29.8.2007, - [B 6 KA 43/06 R](#) -; Ur. v. 16.7.2003, - [B 6 KA 14/02 R](#) -) betrifft den Erlass von Verwaltungsakten und nicht von Rechtsnormen und ist daher nicht einschlägig - sind dem Verlangen nach Transparenz und Offenlegung der Erwägungen des Normgebers im Rahmen einer gerichtlichen Überprüfung Grenzen gesetzt. Die Begründung von Akten der Rechtssetzung ist weder einfachgesetzlich noch aus Gründen des Verfassungsrechts geboten. Nur wenn Grundrechtsbeeinträchtigungen von gewisser Intensität zu besorgen sind, muss ein Normgeber Annahmen und Wertungen, die ihn zur Schaffung einer Regelung bestimmt haben, spätestens in einem Gerichtsverfahren offenlegen (so [BVerfGE 85, 36](#), 57 zur Festsetzung von Studienplatzkapazitäten durch Verordnung; vgl. auch [BVerfGE 54, 173](#), 197; [66, 155](#), 179 f). Außerhalb dieses Bereichs - wie beim Streit über eine einzelne Gebühren-Position des EBM - ist der Normgeber auf die Rüge hin, eine von ihm geschaffene Bestimmung verstoße gegen höherrangiges Recht, dagegen nicht generell verpflichtet, seinen Prozess der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung in allen Einzelheiten offenzulegen; dieses gilt jedenfalls dann, wenn überhaupt tragende sachliche Gründe erkennbar sind, die die Regelung als nicht willkürlich erscheinen lassen (so BSG, Ur. v. 16.5.2001, - [B 6 KA 20/00 R](#) -). Solche Gründe liegen hinsichtlich der Honorartopfbildung schon in der angestrebten Mengenbegrenzung (BSG, a. a. O.). Das Vorbringen des Klägers ändert nichts. Er beklagt im Kern pauschal seine Honorareinbußen im Quartal 1/08 durch die Änderungen des HVM-V und des EBM und bezieht sich auf den Stützungsbedarf des Honorartopfs nach Maßgabe des im HVM-V übergangsweise etablierten Punktwertkorridormodells; er meint, deswegen müssten Berechnungsfehler vorliegen. Vorbringen dieser Art veranlasst die detaillierte

Offenlegung aller Berechnungsvorgänge zur Topfbildung und zur Ermittlung des Auszahlungspunktwerts und deren rechnerische Überprüfung durch die Gerichte im Einzelnen nicht. Der Amtsermittlungsgrundsatz ([§ 103 SGG](#)) verlangt nicht, auf Ausforschungsbegehren der vorliegenden Art hin in den Rechenwerken zur Festlegung von Honorarkontingenten nach möglichen Fehlern zu suchen; entsprechendes gilt (erst recht) hinsichtlich der Bewertungen von EBM-GNRN. Die Rechtsgrundsätze zur ? intensiveren - Rechtskontrolle so genannter ?zahlenförmiger Normen? rechtfertigen keine andere Sicht der Dinge. Dass die zuständigen Normgeber bei Erlass der Vorschriften des HVM-V zur Honorartopfbildung und des EBM zur Leistungsbewertung (naturgemäß) auch Rechenvorgänge anstellen (müssen), führt per se noch nicht zur Intensivierung der Rechtskontrolle. Im Übrigen bestehen nach dem Gesagten keine Anhaltspunkte dafür, dass die Normgeber des HVM-V oder des EBM willkürlich gehandelt hätten und die in Rede stehenden Bestimmungen sachlich nicht gerechtfertigt wären.

3.) Der Honorarbescheid für das Quartal 1/08 weist Rechtsfehler auch im Übrigen nicht auf. Insbesondere ist das Honorar des Klägers nach Maßgabe der einschlägigen Bestimmungen des EBM und des HVM-V zutreffend berechnet worden. Einwendungen hat der Kläger insoweit auch nicht erhoben. Ein etwaiger Anspruch auf Ausgleichszahlungen wegen Härtefalls würde die Rechtmäßigkeit der Honorarbescheide nicht berühren; Ausgleichszahlungen dieser Art sind nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens.

4.) Aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12 Abs. 1, 3 Abs. 1 GG](#)) kann der Kläger einen (verfassungsunmittelbaren) Anspruch auf höheres Honorar nicht herleiten. Dieser Grundsatz garantiert kein gleichmäßiges Einkommen aller vertragsärztlich tätigen Ärzte. Der vom Kläger angestellte Vergleich mit Einbußen anderer Arztgruppen durch die Reformen zum 1.1.2008 ist daher nicht von Belang. Das gilt erst Recht für einen Vergleich mit einzelnen Arztpraxen, wie der Gemeinschaftspraxis Dr. K., zumal diese Praxis wegen der von der Beklagten angeführten Unterschiede (Gemeinschaftspraxis aus zwei Hautärzten und einem Pathologen mit kurativ-ambulanter Fallzahl von 15.922; keine kurative Tätigkeit des Klägers) auch nicht ohne Weiteres vergleichbar sind. Außerdem sind bei der Beurteilung, ob eine gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßende flächendeckend unzureichende Vergütung vertragsärztlicher Leistungen einer bestimmten Arztgruppe vorliegt, neben den Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit auch die Einnahmen aus privatärztlicher sowie sonstiger Tätigkeit zu berücksichtigen. Es ist nicht ersichtlich und auch nicht stichhaltig geltend gemacht, dass die optimal ausgelastete Praxis eines Pathologen bzw. pathologische Leistungen erbringenden (Haut-)Arztes nicht das durchschnittliche Honorar vergleichbarer Facharztgruppen erwirtschaften könnte (zu alledem BSG, Urt. v. 8.12.2010, - [B 6 KA 42/09 R](#) -). Die bereits dargestellten Honorarverhältnisse des Klägers unterstreichen das.

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

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

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 2 GKG](#) (Auffangstreitwert von 5.000 Euro für das allein streitige Quartal 1/2008).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-12-15