L 5 KA 5424/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KA 1614/07
Datum
26.08.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 5424/10
Datum
24.10.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 26.8.2010 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird für beide Rechtszüge auf 150.220 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt höheres Vertragsarzthonorar für das Quartal 2/05.

Die Klägerin ist eine (als Gesellschaft bürgerlichen Rechts verfasste) Gemeinschaftspraxis, im Quartal 2/05 bestehend aus den Fachärzten für Strahlentherapie Dres. T. und Dr. V.; diese waren damals mit Sitz in N.-Ö. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Mit Honorarbescheid vom 17.10.2005 setzte die Beklagte durch ihre Bezirksdirektion K. das Honorar der Klägerin für das Quartal 2/05 auf 353.420,77 Euro fest.

Die Klägerin erhob Widerspruch. Zur Begründung trug sie u.a. vor, man habe zu Unrecht zwei getrennte Honorarkontingente (Honorartöpfe) für zugelassene und für ermächtigte Strahlentherapeuten gebildet, hätte die ermächtigten Ärzte vielmehr in den Honorartopf der zugelassenen Strahlentherapeuten unter Festlegung getrennter Auszahlungspunktwerte einbeziehen müssen, wobei der Punktwert der ermächtigten Strahlentherapeuten wegen der Kostenunterschiede um mindestens 10 % niedriger sein müsse. Die Einbeziehung der diagnostisch tätigen Radiologen in den Honorartopf bewirke außerdem, dass der Punktwert der zugelassenen Strahlentherapeuten um 25 % niedriger ausfalle als der Punktwert der ermächtigten Strahlentherapeuten. Ihr Gesamthonorar habe sich zwar im Vergleich zum Vorjahresquartal nicht wesentlich verändert. Das liege jedoch allein an der Kostenerstattung für die Behandlung mit der Multi-Leaf-Technik (Multi-Leaf-Kollimator). Das Honorar als solches sei dramatisch (bis zu 37%) eingebrochen. Es widerspreche den Vorgaben des Bewertungsausschusses, unbudgetierte (nicht den Regelleistungsvolumina unterworfene) strahlentherapeutische Leistungen aus dem Honorartopf der budgetierten Radiologieleistungen zu vergüten. Nach der Übergangsvereinbarung über die Vergütung ambulant erbrachter strahlentherapeutischer Leistungen vom 30.12.2005 müsse für das Quartal 2/05 eine Nachvergütung gezahlt werden. Der HVM-V 2005 sehe (auch nach Einführung der Regelleistungsvolumina) keine festen Punktwerte vor und sei deswegen ungültig. Die Berechnung der Regelleistungsvolumina nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses unter Anwendung der undurchschaubaren Transcodierung sei ebenfalls rechtswidrig. Schließlich werde die Bewertung der strahlentherapeutischen Leistungen im EBM 2000plus als zu niedrig gerügt.

Die Klägerin hat auch gegen die Honorarbescheide der auf das Quartal 2/05 folgenden Quartale jeweils Widerspruch erhoben; über die Widersprüche ist noch nicht entschieden. Einen Antrag der Klägerin auf Gewährung einer Ausgleichszahlung wegen Härtefalls für das Quartal 2005 lehnte die Beklagte ab. Dies ist Gegenstand des Berufungsverfahrens L 5 KA 842/12.

Unter dem 30.12.2005 schloss die Beklagte mit den Landesverbänden der Krankenkassen eine Übergangsvereinbarung (in Ergänzung der Honorarverteilungsverträge) zur Sicherung der strahlentherapeutischen Versorgung ab. Danach wird auf der Basis der Gesamtvergütung des Jahres 2004 das tatsächlich abgerechnete Vergütungsvolumen für Strahlentherapie pro Quartal ermittelt. Diesem Vergütungsvolumen wird ab dem Quartal 2/05 das Honorarvolumen nach dem EBM 2000plus und dem HVM-V gegenübergestellt. Die Differenz aus den beiden Vergütungsvolumen abzüglich 5% wird als Zusatzvergütung in Form eines Abschlags pro Fall zur Verfügung gestellt. Der Kläger hat Leistungen nach dieser Vereinbarung weder beansprucht noch erhalten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31.1.2007 wies die Beklagte den Widerspruch (gegen den Honorarbescheid für das Quartal 2/05) zurück. Zur Begründung führte sie aus, das Honorar der Klägerin sei im Vergleich zum Vorjahresquartal zwar zurückgegangen. Unter Berücksichtigung der (zuvor versagten und nunmehr) erstatteten Kosten für den Einsatz des Multi-Leaf-Kollimators habe die Klägerin jedoch eine nahezu gleichhohe (bzw. angestiegene) Vergütung erzielt, und zwar wie folgt: Quartale:

2/04 und 2/05 312.431,18 Euro 350.204,60Euro 3/04 und 3/05 289.894,50 Euro 403.865,11 Euro 4/04 und 4/05 331.305,15 Euro 338.094,66 Euro

Der Bewertungsausschuss habe für die Bewertung der Leistungen nach dem EBM 2000plus auf das Standardbewertungssystem STABS zurückgegriffen, das die Systematik der Kostenkalkulation aus dem schweizerischen Tarifwerk TarMed in einer weiterentwickelten und auf die speziellen Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland angepassten Form abbilde. Die Validität dieser Systematik habe ein von den Krankenkassen beauftragter Gutachter bestätigt. Die Kalkulation erfolge weitgehend nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen einer Kostenarten-, Kostenstellen und Kostenträgerrechnung. Alle Zeit- und Kostenparameter basierten auf Durchschnittswerten, die entweder empirisch aus repräsentativen Kosten- und Arbeitszeiterhebungen oder normativ aus Expertengesprächen gewonnen worden seien. Die Bewertung erfolge nach einem ärztlichen und einem technischen Leistungsanteil. Zur Bestimmung des Wertansatzes der ärztlichen Leistung habe man einen kalkulatorischen Arztlohn als kostenäquivalent vorgegeben, dem eine hierfür zu verrichtende Arbeitszeit gegenüberstehe. Mit dem technischen Leistungsteil werde die personelle und technische Ausstattung der Praxis auf der Grundlage von Modellannahmen zur Jahresbetriebsdauer und zur Auslastung der jeweiligen Kostenstelle bewertet.

Um der Neubewertung der Leistungen im EBM 2000 plus Rechnung zu tragen, seien die Fallpunktzahlen unter Anwendung des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Verfügung gestellten Transcodierungstools (Übersetzungsliste) neu berechnet worden. Die Grundlage hierfür finde sich in Anlage 2 zu Teil III des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (DÄBl. 2004 A 3129). Der Transcodierungstool diene der Ermittlung des Anpassungsfaktors und der sich daraus ergebenden Punktzahländerung zum EBM 1996 auf Basis der Quartale 3/03 bis 2/04. Nur bei Anwendung des Transcodierungstools sei eine Vergleichbarkeit gegeben, da dieser neben der Übersetzung der Leistungen des EBM 1996 in den EBM 2000plus auch beinhalte, in welchen Fachgebieten die Leistungen nach dem EBM 2000plus abgerechnet werden könnten. Anhaltspunkte für Fehler bei der danach durchgeführten Ermittlung der neuen Fallpunktzahl der Klägerin gebe es nicht. Der Durchschnitt der einzelnen Transcodierungsfaktoren bilde den individuellen Transcodierungsfaktor der Klägerin, dieser multipliziert mit der bisherigen Fallpunktzahl ergebe die ab Inkrafttreten des EBM 2000plus (1.4.2005) maßgebliche neue Fallpunktzahl. Diese werde anschließend mit einem für den Versorgungsbereich der Klägerin geltenden spezifischen Korrekturfaktor multipliziert.

Der Berechnung der Transcodierungsfaktoren liege eine von der KBV entwickelte Softwarelösung zur Simulationsberechnung zugrunde. Diese sei in einem weiteren Schritt um die regionalen vertraglichen Vereinbarungen ergänzt worden, um die im Bereich der ehemaligen Kassenärztlichen Vereinigung N. bestehende Vertragssituation adäquat abzubilden. Die Transcodierung selbst beruhe auf sehr komplexen mathematischen Algorithmen. Insgesamt werde ermöglicht, das zu erwartende Leistungsverhalten des Arztes zu berechnen; ein gewisses Maß an Typisierung sei wegen der Komplexität der Gebührenordnung aber unvermeidlich.

Die Fallpunktzahlen für das Teilradiologiebudget habe man nach Anlage 6 zu § 4a Abs. b HVM-V 2005 analog der Berechnung für die Aufschläge zum Punktzahlgrenzvolumen errechnet. Der angesetzte Multiplikator 0,7 weiche zwar vom Multiplikator im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (a. a. O.; 0,8) ab; das sei aber zulässig, da im Bereich der Bezirksdirektion K. bereits Steuerungsinstrumente vorhanden gewesen seien, über deren Fortführung bis 31.12.2005 Einvernehmen mit den Krankenkassen bestanden habe. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses seien im HVM-V 2005 auch im Übrigen korrekt umgesetzt worden, wobei man allerdings (vertretbar) von einer Vereinbarung fester Punktwerte abgesehen habe. Honorartöpfe unterlägen einer unterschiedlichen Leistungsdynamik mit der Folge unterschiedlicher Punktwerte. Zur Abfederung von Umverteilungen habe man im HVM-V 2005 ein Punktwertkorridormodell geschaffen, das stufenweise Umverteilungen ermögliche.

Am 1.3.2007 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Stuttgart. Zur Begründung trug sie ergänzend vor, sie habe einen unzumutbaren Honorarrückgang in einer Größenordnung von 51% erlitten. Honorar und Kostenerstattung (Kostenpauschalen) dürften nicht gleichgesetzt werden; zu niedrige Bewertungen in GNRN des EBM würden durch die Einführung von Kostenpauschalen nicht kompensiert. Die Beklagte hätte auch schon unter dem EBM 1996 die Kosten für die Multi-Leaf-Technik zusätzlich zum Honorar erstatten müssen. Der Bewertungsausschuss habe die GNR 7024 EBM 1996 von 1.050 Punkten auf 545 Punkte deutlich abgewertet, was wohl auf einen Fehler in der Transcodierung zurückzuführen sei.

In der vormaligen Kassenärztlichen Vereinigung N. habe es einen eigenen Honorartopf Strahlentherapie gegeben; Hintergrund sei ihre Niederlassung in N. gewesen. Dieser Honorartopf sei zum 1.4.2005 aufgelöst worden und man habe sie in den Honorartopf der diagnostischen Radiologen und der Fachärzte für Nuklearmedizin einbezogen. Außerdem werde zwischen ermächtigten und zugelassenen Strahlentherapeuten unterschieden. Die Beklagte möge alle Berechnungsgrundlagen der Topfbildung offenlegen, damit sie klären könne, ob durch die mehrfachen Umschichtungen der strahlentherapeutischen Leistungen Gelder ?versickert? seien, die an sich ihr zugestanden hätten. Außerdem widerspreche die Honorartopfbildung dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (a. a. O.); Honorartöpfe dürften nur für die in Anlage 1 des Beschlusses aufgeführten Arztgruppen gebildet werden, wozu die therapeutischen Radiologen nicht gehörten.

Die getrennte Honorarverteilung für zugelassene und ermächtigte Strahlentherapeuten habe dazu geführt, dass die Punktwerte der ermächtigten Strahlentherapeuten (Primärkassen (PK) 3,79 Cent, Ersatzkassen (EK) 3,62 Cent) höher seien als die Punktwerte der zugelassenen Strahlentherapeuten (PK 2,98 Cent, EK 3,07 Cent). Das verletze den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und sei unzulässig, da von vornherein eine nicht zu rechtfertigende Besserstellung der ermächtigten Strahlentherapeuten zu erwarten gewesen sei. Die zugelassenen Strahlentherapeuten seien im HVM-V 2005 tendenziell benachteiligt worden. Der Punktwert der zugelassenen Strahlentherapeuten müsse daher gestützt werden. Es liege ein dauerhafter Punktwertverfall vor. Die Beklagte sei ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nicht nachgekommen. Sie betreibe in der Bezirksdirektion K. der Beklagten die einzige strahlentherapeutische Praxis. Man hätte ihr Sonderkontingent (ihren Honorartopf) beibehalten müssen, zumal ihre Fallzahlen anstiegen.

Ein gemeinsamer Honorartopf für Strahlentherapeuten und diagnostische Radiologen und Nuklearmediziner sei rechtswidrig. Honorartöpfe dürften nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses ohnehin nur für die von ihm genannten Arztgruppen gebildet werden. Die Strahlentherapeuten würden durch die Topfbildung von den Auswirkungen der Punktzahlgrenzvolumina getroffen, was nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses ebenfalls nicht zulässig sei. Die grundsätzlich unbudgetierte Vergütung der Strahlentherapeuten sei im HVM 2005 nicht abgebildet.

Die Beklagte trug vor, im (streitigen) Quartal 2/05 sei die Vergütung der Klägerin im Vergleich zum Vorjahresquartal um 11,52 % gestiegen. Nur der Fallwert sei geringfügig (14,35 %) gesunken; Fallwertschwankungen dieser Art beruhten auf den üblichen Punktwertschwankungen und seien rechtlich nicht von Belang. Auch in den Folgequartalen sei es nicht zu einem Honorarrückgang, sondern zu Zuwächsen gekommen (Quartal 3/05: gegenüber Vorjahresquartal plus 39,34 %; Fallwertrückgang nur noch 0,52 %; Honorarzuwächse Quartal 4/05 und 1/06 gegenüber Vorjahresquartalen: plus 2,05 % bzw. 24,86 %, auch Fallwertzuwachs plus 10,32 %). Kostenerstattungen seien zu berücksichtigen, da Kosten unter Geltung des EBM 1996 im Gegensatz zum EBM 2000plus nicht gesondert hätten berechnet werden können. Im EBM 2000plus habe man die Kostenanteile (auch für die Multi-Leaf-Technik) aus den strahlentherapeutischen GNRN vollständig herausgerechnet; sie seien jetzt unter der leistungsbezogenen Kostenpauschale für Sachkosten der Strahlentherapie gem. GNR 40840 EBM 2000plus abzurechnen. Im Gegenzug seien die strahlentherapeutischen Leistungen nach Kapitel 25 EBM 2000plus neu bewertet und verglichen mit dem EBM 1996 deutlich abgewertet worden. Daher sei nur eine Gesamtbetrachtung unter Einschluss der Kostenerstattung statthaft.

Die Einbeziehung der Strahlentherapeuten in den Honorartopf der Radiologen und Nuklearmediziner sei nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung des BSG dürften Arztgruppen mit gewissen Ähnlichkeiten (wie hier) getrennt geführt oder zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst werden. Die Vergütung aus einem einheitlichen Honorartopf wirke sich nur auf den Punktwert aus und führe nicht zu einer ?indirekten Budgetierung? der Strahlentherapeuten. Der Punktwert der Strahlentherapeuten profitiere von der Budgetierung der Fachgruppe der Radiologen, da der Punktwert dadurch stabilisiert werde. Die Leistungen der Strahlentherapie unterlägen dagegen keiner Budgetierung. Die unterschiedliche Regelung der Honorarverteilung für ermächtigte und für zugelassene Strahlentherapeuten sei nach der Rechtsprechung des BSG ebenfalls zulässig. Eine Besserstellung der ermächtigten Strahlentherapeuten sei nicht von vornherein zu erwarten gewesen. Dies hänge von der Mengenentwicklung im jeweiligen Bereich ab; eine Tendenz zur Benachteiligung der zugelassenen Strahlentherapeuten gebe es nicht. Auch ein dauerhafter Punktwertverfall liege nicht vor. Da der HVM-V zahlreiche Honorartöpfe geschaffen habe, die alle Fachgruppen und Leistungen abdeckten, gebe es keinen Restbereich sonstiger Leistungen als Vergleichsbasis mehr.

Das Verteilungskontingent für den Bereich Strahlentherapie sei auf der Basis der Quartale 2002 gebildet worden. Der auf die zugelassenen Radiologen entfallende Anteil strahlentherapeutischer Leistungen, die bis dahin aus dem Honorartopf der Radiologen vergütet worden seien, habe bei den EK 0,21 % und bei den PK 0,18 % betragen. Die entsprechenden Anteile der ermächtigten Ärzte hätten bei den EK 22,14 % und bei den PK 18,07 % betragen. Im Quartal 1/05 hätten die Anteile (der zugelassenen Ärzte) für das Verteilungskontingent Strahlentherapie bei den PK 1,8169 % und bei den EK 1,8528 % betragen; die Anteile der ermächtigten Ärzte hätten 22,9521 % bzw. 27,2069 % betragen.

Das BSG entschied mit Urteil vom 10.12.2008 (- B 6 KA 45/07 R -), dass die Kosten für die Multi-Leaf-Technik bereits unter Geltung des EBM 1996 hätten gesondert erstattet werden müssen. Die Beteiligten schlossen daraufhin einen Vergleich. Die Beklagte verpflichtete sich zu entsprechenden Nachvergütungen für die Quartale 2/04 bis 4/04 an die Klägerin von 35.820,00 Euro, 37.890,00 Euro bzw. 65.430,00 Euro. Dabei wurden 90,00 Euro pro mittels Multi-Leaf-Technik gefertigter Ausblendung angesetzt. Für die Strahlentherapeuten insgesamt ergaben sich unter Berücksichtigung dieser Nachzahlungen folgende Vergütungen:

Quartale 2/04 bis 4/04 Quartale 2/05 bis 4/05 3.528.306,32 Euro 3.645.932,43 Euro

Am 26.8.2010 führte das Sozialgericht eine mündliche Verhandlung durch. Die Beklagte verpflichtete sich durch (von der Klägerin angenommenes) Teilanerkenntnis, das Honorar der Klägerin für das Quartal 2/05 unter Zugrundelegung fester Punktwerte nach Maßgabe des Urteils des BSG vom 17.3.2010 (- B 6 KA 43/08 R -) neu festzusetzen (zur Teilbarkeit des Honorarbescheids insoweit BSG, Urt. v. 23.2.2005, - B 6 KA 77/03 R -).

Mit Urteil vom 26.8.2010 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Honorarbescheid für das Quartal 2/2005 sei (im Hinblick auf die noch streitigen Fragen) rechtmäßig. Die Bildung eines gemeinsamen Honorartopfs (als zulässigem Instrument der Mengensteuerung) für Strahlentherapeuten und diagnostische Radiologen sei rechtlich nicht zu beanstanden. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (a. a. O.) stehe der Topfbildung nicht entgegen. Unschädlich sei auch, dass bei strahlentherapeutischen Leistungen eine Mengenausweitung nicht möglich sei. Die Vertragspartner des HVM-V dürften schematisieren und typisieren und Arztgruppen mit gewisser Ähnlichkeit, wie therapeutische und diagnostische Radiologen, in einem Honorartopf zusammenfassen (BSG, Urt. v. 9.12.2004, - B 6 KA 44/03 R -). Das Gebot leistungsproportionaler Honorarverteilung und der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit würden dadurch nicht verletzt. Die ermächtigten Strahlentherapeuten hätten in den Honorartopf der zugelassenen Strahlentherapeuten nicht einbezogen werden müssen (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004, - B 6 KA 30/03 R -). Deren Besserstellung durch einen eigenen Honorartopf sei nicht absehbar gewesen, da die Honorierung jeweils von der Mengenentwicklung im konkreten Bereich abhänge. Der Vorteil der ermächtigten Strahlentherapeuten (höherer Punktwert) habe auch deshalb nicht vorhergesehen werden können, weil in ihrem Honorartopf alle ermächtigten Ärzte und Einrichtungen, also Ärzte verschiedener Fachgruppen vertreten, seien. So ergebe sich etwa für ermächtigte Augenärzte kein Vorteil gegenüber zugelassenen Augenärzten (Punktwerte 3,06 Cent bzw. 4,04 Cent). Die Einbeziehung der ermächtigten Ärzte in die Honorartöpfe der zugelassenen Ärzte wäre dagegen aus praktischen Gründen schwierig gewesen, da man die Sondersituation der ermächtigten Ärzte hätte berücksichtigen müssen. Deren Leistungsspektren und Leistungsumfang seien - wie das Zahlenmaterial der Beklagten belege - regelmäßig erheblich kleiner und häufigeren Änderungen unterworfen (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004, - B 6 KA 30/03 R -).

Die Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Beklagten sei für das erste Quartal eines neuen HVM-V nicht von Belang, zumal ein dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % ohnehin nicht vorliege (vgl. BSG, Urt. v. 9.9.1998, - B 6 KA 55/97 R -; Urt. v. 20.10.2004, - B 6 KA 30/03 R -; Urt. v. 29.8.2007, - B 6 KA 43/06 R -). Die Punktwerte der Klägerin betrügen bei den Primärkassen bzw. Ersatzkassen im Quartal 2/04 3,29 Euro bzw. 3,51 Euro, im Quartal 3/04 3,16 Euro bzw. 3,51 Euro, im Quartal 4/04 3,44 Euro bzw. 3,37 Euro, im Quartal 1/05 3,87 Euro bzw.

3,43 Euro und im Quartal 2/05 2,98 Euro bzw. 3,07 Euro. Im Quartal 3/05 betrügen sie bereits wieder 3,44 Euro bzw. 3,36 Euro. Auch bei einer Gesamtbetrachtung der Honorarentwicklung der Arztgruppe der Strahlentherapeuten bestehe unter Zugrundelegung der von der Beklagten angegebenen Zahlen keine Notwendigkeit für Stützungsmaßnahmen. Das Vergütungsvolumen habe in den Quartalen 2/05 bis 4/05 gegenüber dem Vorjahr vielmehr zugenommen. Bei der Prüfung von Stützungszahlungen dürfe die Beklagte auch die Kostenerstattungen (inklusive der Multi-Leaf-Kosten - GNR 40840 EBM 2000plus: 140,00 Euro) berücksichtigen, da dadurch etwaige Honorarrückgänge kompensiert werden könnten (vgl. BSG, Urt. v. 9.9.1998, - B 6 KA 55/97 R -; Urt. v. 20.10.2004, - B 6 KA 30/03 R -; Urt. v. 29.8.2007, - B 6 KA 43/06 R -). Unter Geltung des EBM 1996 seien der Klägerin 90,00 Euro, unter Geltung des EBM 2000plus 140 Euro pro Ausblendung erstattet worden. Schließlich habe die Beklagte auch die Berechnung der Honorartöpfe nicht offenlegen müssen.

Die Bewertung strahlentherapeutischer GNRN des EBM 2000plus könne die Klägerin nicht mit Erfolg angreifen. Es sei nicht Aufgabe der Gerichte, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Anhaltspunkte für eine missbräuchliche Ausübung der Bewertungskompetenz gebe es nicht. Der Bewertungsausschuss habe bei der Neustrukturierung des EBM rechtsfehlerfrei eine zeit- und kostenbezogene Leistungsbewertung vorgenommen, die betriebswirtschaftlichen Berechnungen mit dem sogenannten Standardbewertungssystem durchgeführt und die Leistungen als Leistungskomplexe abgebildet, die auf Mischkalkulationen basierten (vgl. etwa BSG, Urt. v. 23.5.2007, - B 6 KA 2/06 R -). Der Bewertungsausschuss dürfe außerdem das Rationalisierungspotential oder eine gestiegene Abrechnungshäufigkeit bei einzelnen Leistungen berücksichtigen. Deswegen sei nicht zu beanstanden, dass die GNR 25321 EBM 2000plus (GNR 7024 EBM 1996) nur noch mit 545 Punkten (zuvor 1050 Punkte) bewertet sei, zumal man andere strahlentherapeutische Leistungen aufgewertet habe (z. B. Zuschlag zur Leistung nach GNR 7025 EBM 1996 bzw. nach GNR 25320 EBM 2000plus von 150 Punkte auf 225 Punkte). Auch der Konsiliarkomplex bei bösartigen Erkrankungen (GNR 25211 EBM 2000plus) sei mit 1640 Punkten gegenüber 800 Punkten (GNR 7019 EBM 1996) aufgewertet worden. Zudem würden mit der Kostenpauschale 40840 EBM 2000plus nunmehr 140,00 Euro pro mittels Multi-Leaf-Kollimator hergestellter Ausblendung erstattet (vorher 90,00 Euro). Die Überprüfung einzelner GNRN auf ihre Wirtschaftlichkeit komme nicht in Betracht (vgl. BSG, Urt. v. 7.2.1996, - B 6 RKa 6/95 -). Dem Bewertungsausschuss müsste ohnehin zunächst ermöglicht werden, als unzureichend erkannte Bewertungsansätze für die Zukunft zu korrigieren; zumindest die für das Quartal 2/05 geltende Regelung wäre auch als Anfangs- und Erprobungsreglung des zum 1.4.2005 in Kraft getretenen EBM 2000plus hinzunehmen.

Schließlich habe die Klägerin auch aus Art. 12 Abs. 1 GG keinen Anspruch auf individuelle Stützungsmaßnahmen. Maßgeblich sei die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht die Ertragssituation einer einzelnen Praxis. Für eine Gefährdung des Versorgungssystems als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen durch zu niedrige Vertragsarzthonorare gebe es keine Anhaltspunkte (vgl. BSG, Urt. v. 9.12.2004, - B 6 KA 44/03 R -), zumal man möglichen Einbußen infolge der Neubewertung der strahlentherapeutischen Leistungen im EBM 2000plus mit der Übergangsvereinbarung über die Vergütung ambulant erbrachter strahlentherapeutischer Leistungen vom 30.12.2005 hinreichend begegnet sei. Danach sei das auf Basis der Gesamtvergütung des Jahres 2004 tatsächlich abgerechnete Vergütungsvolumen für Strahlentherapie pro Quartal ermittelt und dem Vergütungsvolumen ab dem Quartal 2/05 gegenübergestellt worden. Die Differenz aus beiden Vergütungsvolumina abzüglich 5 % habe als Zusatzvergütungsvolumen in Form eines Zuschlags pro Fall zur Verfügung gestellt werden sollen. Allerdings habe die Beklagte eine negative Differenz der Vergütungsvolumina nicht feststellen können. Auch unter Ansatz der individuellen Zahlen der Klägerin (bei zulässiger Einbeziehung der Kostenerstattungen auch für die Multi-Leaf-Technik) ergebe sich kein Rückgang des Vergütungsvolumens (2/04: 348.252,18 Euro; 2/05: 350.204,60 Euro).

Auf das ihr am 27.10.2010 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 24.11.2010 Berufung eingelegt. Sie trägt ergänzend vor, die Übergangsvereinbarung zur Ergänzung der Honorarverteilungsverträge zur Förderung der Strahlentherapie vom 30.12.2005 sei in der 2. Jahreshälfte 2006 rückwirkend für den Zeitraum 1.4. bis 31.12.2005 in Kraft gesetzt worden. Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13.5.2004 habe für die Bildung von Honorartöpfen auf den kalkulatorischen Leistungsbedarf der Arztgruppe sowie den kalkulatorischen Leistungsbedarf pro Praxis mit dem kalkulatorischen Punktwert von 5,11 Cent abgestellt werden sollen; das sei in der Folgezeit aber nicht geschehen. Sie werde dadurch in ihrer Berufsausübungsfreiheit verletzt. Auch erfolge eine Sozialisierung ärztlicher Leistungen insoweit, als alle Punktwerte in einen Korridor von 20 % gepresst würden. Bei einem kalkulatorischen Arztlohn von 95.000,- Euro im Jahr lohne sich die vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr.

Der EBM 2000plus beruhe auf einer ?Transcodierung? des EBM 1996. Diese stelle eine ?Geheimwissenschaft? dar, die eine Überprüfung unmöglich mache. Aus den Punkteverhältnissen des EBM 1996 und des ab 1.4.2005 geltenden EBM 2000plus habe man einen auf dem Abrechnungsverhalten des einzelnen Arztes beruhenden individuellen Transcodierungsfaktor für die jeweiligen Leistungen errechnet. Der Durchschnitt der einzelnen Transcodierungsfaktoren bilde den individuellen Transcodierungsfaktor für die Praxis des Arztes. Der Berechnung der Transcodierungsfaktoren habe eine von der KBV entwickelte Softwarelösung zur Simulationsberechnung zugrunde gelegen, die in einem weiteren Schritt um die regionalen vertraglichen Vereinbarungen ergänzt worden sei, um die im Bereich der Bezirksdirektionen der Beklagten bestehenden Vertragssituationen adäquat abzubilden. Die Transcodierung selbst beruhe auf mathematisch sehr komplexen Algorithmen. Grundlage seien neben betriebswirtschaftlichen Grunddaten der einzelnen Leistungen und den daraus resultierenden Größen ärztliche Leistungen und technische Leistungen, auch sämtliche Ausschlussleistungen und weitere Regeln der Gebührenordnung gewesen. Darüber hinaus habe die Übersetzung der anerkannten Leistungen einer Praxis aus dem Quartal 2/04 auf einer Transcodierungstabelle beruht, welche die Vorgaben für eine Umsetzung jeder einzelnen GNR des EBM 1996 in eine GNR des EBM 2000plus enthalte. Sei beispielsweise eine GNR gemäß Transcodierungstabelle in mehrere GNRN des EBM 2000plus aufgeteilt worden, habe ein in der Tabelle enthaltener Gewichtungsfaktor die Umsetzungswahrscheinlichkeit berücksichtigt. Besonderheiten des EBM 2000plus-Regelwerks habe man bei der Transcodierung mit einem Regelwerksfaktor vermerkt. Zu erwartende Leistungsveränderungen einzelner GNRN des EBM 2000plus, bezogen auf die Abrechnungshäufigkeit unter Geltung des EBM 1996 seien in einem Leistungsausdehnungsfaktor hinterlegt worden. Finde sich für eine EBM-2000plus-GNR keine korrespondierende GNR im EBM 1996, habe man eine Fallzahlhäufigkeitstabelle angewendet. Die Transcodierung genüge alles in allem nicht dem rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgebot und dem Gebot der Normenklarheit und Justiziabilität; außerdem sei die Transcodierungstabelle durch die KBV und damit von einer für Leistungsbewertungen sachlich nicht zuständigen Behörde erstellt worden. Wegen der komplizierten mathematischen Algorithmen der Transcodierung könnten die Ärzte nicht überprüfen, ob die Leistungen vom EBM 1996 in den EBM 2000plus korrekt transcodiert worden seien. Sie müssten sich faktisch auf das verlassen, was die Rechenzentren an Daten lieferten. Der Übersetzungstool der KBV sei offensichtlich geheim und werde nicht zugänglich gemacht.

Durch die unzulässige Transcodierung sei es zu Fehlbewertungen insbesondere bei den strahlentherapeutischen GNRN gekommen. So sei

die GNR 25321 EBM offenbar versehentlich von 1050 Punkten auf 545 Punkte im EBM 2000plus abgewertet worden. Diesen Fehler habe man im EBM 2008 korrigiert und die Leistung wieder höher bewertet.

Für die Berechnung der Regelleistungsvolumina gelte nach Anlage 2 zum Teil III des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (a. a. O.) die Formel FPZRLV = LB / e x 0,8. Die Beklagte verwende nach Anlage 5 des HVM demgegenüber einen Reduktionsfaktor von 0,7. Die entsprechende Ermächtigung im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (a. a. O. - Abschnitt III Nr. 3.1, 3. Absatz) verstoße gegen § 85 Abs. 4 a Satz 1 i. V. m. Abs. 4 Satz 7 SGB V, wonach der Bewertungsausschuss die arztgruppenspezifischen Grenzwerte festzulegen habe, bis zu denen die von einer Arztgruppe erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten vergütet würden. Eine Festlegung sei also durch den Bewertungsausschuss als Organ der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen durchzuführen. Eine Delegation auf die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrages sei nicht zulässig.

Die Regelungen des ab 1.4.2005 geltenden HVM-V führten bei ihr zu derart hohen Honorarverlusten, dass schon deshalb die Berufsausübungsfreiheit verletzt werde. Im Quartal 2/04 habe sie ein Honorarvolumen von 191.040,28 Euro im Primärkassenbereich und von 120.544,65 Euro im Ersatzkassenbereich erzielt; Kostenerstattungen hätten praktisch keine Rolle gespielt. Insgesamt habe sich ein Honorar von 322.640,00 Euro zzgl. Kostenerstattung in Höhe von 846,35 Euro = 323.486,35 Euro ergeben. Das Arzthonorar pro Fall betrage 1.152,29 Euro zzgl. Kosten von 3,02 Euro, insgesamt also 1.155,31 Euro. Im Quartal 2/05 unter der Geltung des EBM 2000plus habe sie nur noch ein Gesamthonorar von 203.081,87 Euro erzielt. Daneben seien allerdings Kosten nach GNR 40840 EBM 2000plus in Höhe von 140,00 Euro pro Fall vergütet worden, was eine Kostenerstattung von 150.438,90 Euro ergebe und damit eine Gesamtvergütung von 353.520,77 Euro. Das (reine) Arzthonorar pro Fall habe 557,92 Euro (mit Kostenerstattung 971,21 Euro) betragen, also 51,6% weniger als das Honorar pro Fall im Vorjahresquartal. Hätte sie im Quartal 2/05 nicht 364 Fälle, sondern wie im Quartal 2/04 nur 280 Fälle abgerechnet, hätte das Honorar 156.216,82 Euro betragen, also gegenüber dem tatsächlichen Honorar im Quartal 2/04 von 322.640,00 Euro 51,6% weniger. Auch unter Berücksichtigung der Kostenerstattung ergäbe sich nur eine Vergütung von 271.939,05 Euro statt 332.486,35 Euro, was entsprechend dem Honorarverlust pro Fall zu einem Vergütungsverlust von 15,9% geführt hätte. Derart gravierende Honorarrückgänge seien mit der Berufsausübungsfreiheit nicht vereinbar. Deswegen habe auch die Arbeitsgemeinschaft T./B. in einem Gutachten für die KBV speziell für den Bereich Strahlentherapie Nacherhebungen angemahnt.

Unter Geltung des EBM 1996 seien die strahlentherapeutischen Leistungen nach GNR 7019 ff. abgerechnet worden. In der Allgemeinen Bestimmung zu GNR 7025 EBM 1996 heiße es: ?Die Kosten individuell geformter Ausblendungen (ohne Kosten für wieder verwendbares Material) und/oder Kompensatoren oder individuell gefertigter Lagerungs- und/oder Fixationshilfen sind gesondert berechnungsfähig.? Nach der einschlägigen Kommentarliteratur handele es sich um eine Spezialbestimmung zu den allgemeinen Bestimmungen A I. Nr. 2 EBM 1996, so dass Material-, Personal-, Raum- und Gerätekosten in diesem Fall nicht zu den allgemeinen Praxiskosten zu zählen seien. Die Blenden müssten speziell für einen Patienten angefertigt worden sein und nach Beendigung der Therapie nicht oder nicht ohne Umarbeitung für andere Patienten weiter verwendet werden können. Materialkosten seien nur berechnungsfähig, wenn das Material nicht wieder verwendbar sei. Die Materialkosten für individuell geformte Kompensatoren sowie für Lagerungs- und Fixationshilfen seien dagegen berechnungsfähig. Soweit variable, weiterverwendbare Blenden, z. B. Multi-Leaf-Kollimatoren, eingesetzt würden, seien keinerlei Kosten, also weder Material- noch Personal-, Raum- oder Gerätekosten berechnungsfähig. Früher habe man bei der Strahlentherapie die Patienten vor zu hoher Strahlenbelastung durch gegossene Bleiblöcke geschützt, die man habe wieder einschmelzen und bei anderen Patienten erneut habe verwenden können. Strahlentherapeuten, die diese veraltete Technik eingesetzt hätten, hätten eine Kostenerstattung nach Nr. 7024 EBM 1996 erhalten. Sie habe dagegen von Anfang an die moderne Multi-Leaf-Kollimatortechnik angewendet, bei der die Bleiblöcke durch elektronisch programmierbare Lamellen ersetzt würden. Die Beklagte habe die Erstattung von Kosten stets abgelehnt, da faktisch wieder verwendbares Material eingesetzt werde. Mittlerweile habe das BSG aber klargestellt, dass die Kosten für die Multi-Leaf-Kollimatortechnik auch schon unter Geltung des EBM 1996 hätten erstattet werden müssen (Urt. v. 10.12.2008, - B 6 KA 45/07 R -). Daher habe die Beklagte ihr Kostenerstattungen für das Quartal 2/04 35.820 Euro, für das Quartal 3/04 37.890 Euro und für das Quartal 4/04 65.430 Euro nachgezahlt. Sie habe unter Berücksichtigung der Nachzahlung im Quartal 2/05 um 24,3 % weniger an Honorar und Kostenerstattung erhalten, als im Quartal 2/04.

Unter Geltung des EBM 2000plus würden die strahlentherapeutischen Leistungen nach den GNRN 25210 ff. abgerechnet. Außerdem habe man die GNR 40840 eingefügt, mit der nun auch eine Kostenpauschale für die Multi-Leaf-Kollimatortechnik in Höhe von 140,00 Euro pro Fall vorgesehen sei. Ab dem Quartal 2/05 würden ihr diese Kosten auch vergütet. Das Sozialgericht habe aber Kostenerstattung und Honorar zu Unrecht gleichgesetzt; nur deshalb errechne sich zwischen dem Quartal 2/04 und 2/05 ein Vergütungszuwachs von ca. 30.000 Euro. Die Kostenerstattungen in Höhe von 150.438,90 Euro dürften nicht berücksichtigt werden. Eine zu niedrige Punktbewertung (insbesondere der GNR 25321 EBM 2000plus) könne durch die Einführung einer Kostenpauschale nicht ausgeglichen werden. Nach den Allgemeinen Bestimmungen Nr. 1.2 EBM 2000plus stellten Kostenpauschalen einen eigenständigen Bereich neben den abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen dar. Auch nach § 5g HVM-V 2005 seien aus den pauschalierten Gesamtvergütungen unter anderem Kosten unquotiert vorweg zu vergüten. Kosten, die für die Praxis durchlaufende Posten bildeten, müssten vom Arzthonorar unterschieden werden. Deswegen sei ihr Honorar vom Quartal 2/04 auf das Quartal 2/05 (doch) um 51,6% gesunken.

Die Bildung des Honorartopfs aus strahlentherapeutischen und diagnostischen Radiologen sei rechtswidrig. Dem stehe schon der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (a. a. O.; Abschnitt III Nr. 1 Satz 1) entgegen. Im Übrigen werde nicht begehrt die ermächtigten Strahlentherapeuten in den Honorartopf der zugelassenen Strahlentherapeuten einzubeziehen. Dass die Punktwerte für ermächtigte Strahlentherapeuten (die keine Sachkosten und ein festes Einkommen hätten) ohne sachliche Rechtfertigung über den Punktwerten der zugelassenen Strahlentherapeuten liegen würden, sei von vorn herein absehbar gewesen. Allein durch die Eingruppierung in den Honorartopf der Radiologen habe sie einen Honorarverlust im Quartal 2/05 von 46.491,83 Euro oder 18,9% gegenüber einem ermächtigten Arzt in Kauf nehmen müssen.

Der Bewertungsausschuss habe durch eine zu niedrige Bewertung der strahlentherapeutischen GNRN im EBM 2000plus seine Bewertungskompetenz missbraucht und eine ärztliche Minderheitengruppe, nämlich die Strahlentherapeuten, bewusst benachteiligt. Die dadurch bedingten Eingriffe in ihre Berufsausübungsfreiheit seien nicht zumutbar. Nahezu alle strahlentherapeutischen GNRN seien im EBM 2008 wieder - teilweise massiv - angehoben worden, was auf eine vorher zu niedrige Bewertung schließen lasse. Darauf deute auch die Übergangsvereinbarung vom 30.12.2005 hin, wonach der übermäßige Honorarverlust bei den Strahlentherapeuten habe ausgeglichen werden sollen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 26.8.2010 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal 2/05 vom 17.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.1.2007 zu verurteilen, ihr für das Quartal 2/05 weitere 150 220 Euro an ärztlichem Honorar zu vergüten,

hilfsweise,

über das ihr im Quartal 2/05 zustehende Vertragsarzthonorar unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden,

weiter hilfsweise,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Ergänzend trägt sie vor, die Bildung des in Rede stehenden Honorartopfs sei rechtlich nicht zu beanstanden. Im Hinblick auf den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (a. a. O.) sei ausschlaggebend, dass die Strahlentherapeuten keiner Mengenbegrenzung in Form von Punktzahlgrenzvolumina unterworfen seien. Die strahlentherapeutischen Leistungen würden vielmehr der Menge nach unbudgetiert vergütet. Die Vertragspartner des HVM-V 2005 hätten die Grenzen ihres Gestaltungsspielraums nicht verletzt. Ermächtigte Ärzte dürften außerhalb der (Honorartöpfe) vorweg vergütet werden, soweit deswegen nicht von vornherein ihre Besserstellung zu erwarten sei; letzteres sei hier nicht der Fall gewesen. Schwierigkeiten bereite insoweit, dass die Leistungsspektren und der Leistungsumfang bei den ermächtigten Ärzten regelmäßig erheblich kleiner und häufigeren Schwankungen unterworfen seien als bei den zugelassenen Vertragsärzten. Damit hätte man nicht jeden ermächtigten Arzt zahlenmäßig wie einen zugelassenen Vertragsarzt bewerten dürfen.

Ein dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 %, der zu Reaktionen (aber nicht schon im Quartal 2/05) hätte Anlass geben können, sei nicht eingetreten. Auch eine Gesamtbetrachtung der Honorarentwicklung bei den Strahlentherapeuten (unter Einbeziehung der Kostenerstattung) könne Stützungsmaßnahmen nicht begründen. Hinsichtlich der gerügten EBM-Bewertungen zeigten die Heranziehung weiterer strahlentherapeutischer GNRN, wie etwa der von 150 Punkten auf 225 Punkte aufgewerteten Zuschlagsnummer 25321 EBM 2000plus und die Aufwertung des Konsiliarkomplexes, dass eine Betrachtung nur einzelner GNRN nicht sachgerecht sei. Außerdem könnten nach GNR 40840 EBM 2000plus nunmehr 140,00 Euro pro mittels Multi-Leaf-Kollimator hergestellter Ausblendung erstattet werden, während unter Geltung des EBM 1996 nur 90,00 Euro erstattungsfähig gewesen seien. Der Überprüfung einer einzelnen GNRN auf ihre Wirtschaftlichkeit stehe insgesamt die Systematik des EBM entgegen. Die Klägerin könne einen Anspruch auf höheres Honorar für das Quartal 2/05 schließlich auch nicht unmittelbar aus Art. 12 Abs. 1 GG herleiten.

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 der Klägerin 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 der Klägerin ist nicht begründet. Der Honorarbescheid für das Quartal 2/05 vom 17.10.2005 ist - im Hinblick auf die noch streitigen Fragen - rechtmäßig. Die Rechtsgrundlagen des genannten Honorarbescheids in den einschlägigen Bestimmungen des EBM 2000plus und des HVM-V 2005 sind - soweit hier noch im Streit - 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 2/05) 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 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 unvertretbar 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, Urt. v. 23.3.2011, - B 6 KA 6/10 R - m. w. N.; BSG, Urt. 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 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 auszuzahlenden 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, Urt. 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, Urt. 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, Urt. 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; allerdings beschränkt sich diese strengere Kontrolle darauf, ob der Bewertungsausschuss alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben behandelt hat und ob seine Festsetzungen inhaltlich frei von Willkür sind (BSG, Urt. v. 11.10.2006, - B 6 KA 46/05 R -). Der Bewertungsausschuss darf pauschalieren, generalisieren und typisieren und muss betriebswirtschaftliche Erwägungen nicht zwingend berücksichtigen, kann diese aber berücksichtigen, soweit sie eine gewisse Plausibilität für sich haben (BSG; Urt. 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 gröbere 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 -).

II. Von diesen Rechtsgrundsätzen ausgehend, kann die Klägerin höheres Honorar für das Quartal 2/05 bzw. die Verurteilung der Beklagten zur erneuten Entscheidung über das ihr in diesen Quartalen zustehende Honorar nicht beanspruchen. Die Rechtsgrundlagen der angefochtenen Honorarbescheide (insbesondere) im HVM-V 2005 und im EBM 2000plus sind - soweit noch Streit herrscht - rechtsgültig. Die Beklagte hat sie auch (worüber die Beteiligten nicht streiten) fehlerfrei angewendet.

1.) Hinsichtlich des HVM-V 2005 ist nach dem Teilanerkenntnis, das die Beklagte in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts vom 26.8.2010 abgegeben und das die Klägerin angenommen hat, nicht mehr zu überprüfen, ob das Honorar der Klägerin für das Quartal 2/05 nach Maßgabe der Vorschriften über das Regelleistungsvolumen bzw. des Urteils des BSG vom 17.3.2010 (- B 6 KA 43/08 R -; vgl. auch Senatsurteil vom 29.10.2008, - L 5 KA 2054/08 -) unter Zugrundelegung fester Punktwerte neu festgesetzt werden muss. Fachärzte für Strahlentherapie sind (anders als Fachärzte für diagnostische Radiologie) 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. Der Kläger wendet sich daher auch allein gegen die Bildung des Honorartopfs für die (diagnostisch und therapeutisch tätigen) Radiologen (?Radiologentopf?), wobei er in erster Linie rügt, dass die ermächtigten Ärzte, die strahlentherapeutische Leistungen erbringen, in den Honorartopf nicht einbezogen sind. Gegen die Bildung des ?Radiologentopfs? ist aus Rechtsgründen jedoch nichts zu erinnern. Die Topfbildung ist mit höherrangigem Recht vereinbar, weder unvertretbar noch unverhältnismäßig und verstößt insbesondere nicht gegen das Gebot leistungsproportionaler Honorarverteilung oder den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Vertragspartner des HVM-V haben die rechtlichen Grenzen ihres Gestaltungsspielraums nicht verletzt.

Die Arztgruppen der therapeutisch und diagnostisch tätigen Radiologen weisen in der Leistungserbringung hinreichende Ähnlichkeiten auf, die die Bildung eines gemeinsamen Honorartopfs als von Sachgründen getragen rechtfertigen (so auch BSG, Urteile v. 9.12.2004, B6 KA 84/03 R - juris Rdnr. 56 und - B 6 KA 40/03 R - juris Rdnr. 61). Der Einbeziehung der Fachärzte für Strahlentherapie in den ?Radiologentopf? steht auch der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (a. a. O.) nicht entgegen. Die therapeutischen Radiologen sind in Anlage 1 zum Teil III des Beschlusses zwar nicht aufgeführt, weshalb sie (wie dargelegt) den Regelleistungsvolumina nicht unterworfen sind. Das schließt freilich nicht aus, sie in einen Honorartopf einzubeziehen, auch wenn damit ebenfalls mengenbegrenzende Ziele verfolgt

werden (BSG, Urt. 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, Urt. v. 11.10.2006, - B 6 KA 46/05 R -; zur Zulässigkeit anderer mengensteuernder Instrumente neben den Regelleistungsvolumina BSG, Urt. v. 9.5.2012, - B 6 KA 30/11 R -; Urt. v. 17.3.2010, B 6 KA 43/08 R - ; auch Senatsurteil vom 26.10.2011, - L 5 KA 4867/09 -). Unschädlich ist, dass gem. Satz 1 Anlage 1 zum Teil III des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (a. a. O.) für die dort aufgeführten Arztgruppen nicht nur Regelleistungsvolumina (nach Nr. 3.1 des Beschlusses), sondern auch Arztgruppentöpfe (nach Nr. 1 des Beschlusses) berechnet werden. Damit ist den Vertragspartnern des HVM-V für diese Arztgruppen sowohl die Geltung der Regelleistungsvolumina wie die Bildung von Arztgruppen verbindlich vorgeschrieben. Andere Arztgruppen dürfen den Regelleistungsvolumina (und damit zusammenhängend) der Bildung von Arztgruppentöpfen nicht unterworfen werden. Die Bildung von Honorartöpfen (für sich allein) ist im Übrigen nicht ausgeschlossen. Davon dürfte auch der Bewertungsausschuss ausgegangen sein, da beispielsweise Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie in der Anlage 1 zum Teil III seines Beschlusses vom 29.10.2004 (a. a. O.) nicht aufgeführt sind, deren Leistungen nach Nr. 13.3.6 Nr. 4.1 des Beschlusses aber (als nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegend) aus dem Arztgruppentopf zu vergüten sind (vgl. dazu auch LSG Hessen, Urt. v. 23.4.2008, - L 4 KA 69/07 -).

Die gesonderte Vergütung der ermächtigten Strahlentherapeuten (§ 95 Abs. 4 SGB V) ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Rechtsanspruch auf deren Einbeziehung in den Honorartopf der zugelassenen Strahlentherapeuten. Die Entscheidung der Vertragspartner des HVM-V zur Bildung getrennter Honorartöpfe verletzt die rechtlichen Grenzen ihres Gestaltungsspielraums nicht. Sie dürfen vielmehr die Honorarverteilung für zugelassene und ermächtigte Ärzte bzw. Institutionen getrennt regeln, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004, - B 6 KA 30/03 R -). Insoweit fällt, wie die Beklagte zu Recht vorgetragen hat, ins Gewicht, dass die Leistungsspektren und der Leistungsumfang bei den ermächtigten Ärzten erheblich kleiner und häufigeren Schwankungen unterworfen ist, was die gemeinsame Vergütung mit den zugelassenen Ärzten aus einem Honorartopf aus praktischen Gründen erheblich erschwert (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004, - B 6 KA 30/03 R - juris Rdnr.17). Die Vertragspartner des HVM-V müssen auch nicht auf eine Bevorzugung der zugelassenen Ärzte in der Honorarverteilung, etwa durch eine punktwertbezogene ?Abstandsklausel?, hinwirken. Die sachlichen Gründe für unterschiedliche Vergütungsregelungen können so gestaltet sein, dass sie dazu führen, entweder die Ermächtigten oder die Zugelassenen besser zu stellen. Sie können aber auch ?neutral? sein in dem Sinne, dass sich erst aus der konkreten Mengenentwicklung in dem betroffenen Sachbereich ergibt, ob sich höhere Punktwerte für die Zugelassenen oder für die Ermächtigten errechnen (so BSG, Urt. v. 20.10.2004, a. a. O.). Letzteres ist vorliegend der Fall. Für die von der Klägerin behauptete tendenzielle und von vornherein absehbare Benachteiligung der zugelassenen Strahlentherapeuten sind Tatsachen nicht ersichtlich. Die Vertragspartner des HVM-V haben einen gemeinsamen Honorartopf für ermächtigte Ärzte/Institutionen aller Fachrichtungen gebildet. Schon deswegen kann nicht im Voraus prognostiziert werden, ob sich für Ermächtigte einer bestimmten Arztgruppe Vor- oder Nachteile gegenüber ihren zugelassenen Fachkollegen ergeben. Das hängt vielmehr von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich ab; das Sozialgericht hat hierfür auf das Beispiel der Augenärzte verwiesen, bei denen die Punktwerte der zugelassenen Ärzte über den Punktwerten der ermächtigten Ärzte gelegen haben.

Schließlich sieht der HVM-V 2005 übergangsweise 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 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 ...), 15 % (im Quartal ...) und 10 % (im Quartal ...) überschreitet. Außerdem hat man in der Übergangsvereinbarung über die Vergütung ambulant erbrachter strahlentherapeutischer Leistungen vom 30.12.2005 weitere Stützungsmechanismen für Rückgänge des Vergütungsvolumens ab dem Quartal 2/05 gegenüber den Vorjahresquartalen geschaffen. Stützungszahlungen nach dem Punktwertkorridormodell oder nach der genannten Übergangsvereinbarung sind bei der maßgeblichen Gesamtbetrachtung unter Einbeziehung der Kostenerstattungen (dazu sogleich) aber ebenso wenig veranlasst gewesen wie allgemeine Stützungsmaßnahmen (vgl. dazu 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 -). Das Vergütungsvolumen der Strahlentherapeuten hat in den Quartalen 2/05 bis 4/05 gegenüber den Vorjahresquartalen nicht ab-, sondern zugenommen; das gilt auch für die Klägerin (Vergütungsvolumen Quartal 2/04 zu 2/05: 312.431,18 Euro zu 350.204,60Euro; 3/04 zu 3/05: 289.894,50 Euro zu 403.865,11 Euro; 4/04 zu 4/05: 331.305,15 Euro zu 338.094,66 Euro). Zu einem dauerhaften Punktwertabfall vom mehr als 15 % ist es nicht gekommen. Auch die Punktwerte der Klägerin als einziger strahlentherapeutischer Praxis (Quartal 2/04 Primärkassen bzw. Ersatzkassen 3,29 Euro bzw. 3,51 Euro, im Quartal 3/04 3,16 Euro bzw. 3,51 Euro, im Quartal 4/04 3,44 Euro bzw. 3,37 Euro, im Quartal 1/05 3,87 Euro bzw. 3,43 Euro und im Quartal 2/05 2,98 Euro bzw. 3,07 Euro) haben zwar geschwankt, sind aber nicht dauerhaft (um mehr als 15 %) abgesunken. Im Quartal 3/05 sind sie bereits wieder auf 3,44 Euro bzw. 3,36 Euro gestiegen.

Bei der Prüfung von Stützungszahlungen findet entgegen der Auffassung der Klägerin keine isolierte Betrachtung einzelner Vergütungselemente, sondern eine Gesamtbetrachtung statt (BSG, Urt. v. 29.8.2007, - B 6 KA 43/06 R -). Deshalb kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass zwar der Einzelbetrag für die Honorierung bestimmter strahlentherapeutischer (Arzt-)Leistungen infolge einer Abwertung der GNR 7024 EBM 1996 durch die GNR 25321 EBM 2000plus (von 1050 auf 545 Punkte) offenbar zurückgegangen, im Gegenzug aber der Einzelbetrag der Kostenerstattung mit (der neu geschaffenen) GNR 40840 EBM 2000plus entsprechend gestiegen ist. Außerdem sind strahlentherapeutische Leistungen im EBM 2000plus auch aufgewertet worden, wie der Zuschlag zur Leistung nach GNR 7025 EBM 1996 bzw. GNR 25320 EBM 2000plus von 150 auf 225 Punkte; der Konsiliarkomplex bei bösartigen Erkrankungen nach GNR 25211 EBM 2000 ist mit 1640 Punkten ebenfalls höher bewertet worden (zuvor 800 Punkte nach GNR 7019 EBM 1996). In der Gesamtbetrachtung ist die Summe der den Strahlentherapeuten zugeflossenen Vergütung daher nicht abgesunken, sondern (sogar) angestiegen.

Hinsichtlich der unter den Beteiligten in erster Linie streitigen Kostenerstattung bei strahlentherapeutischen Leistungen hat der EBM 2000plus (nur) eine Umschichtung vollzogen. Der Bewertungsausschuss hat für die Leistungsbewertung im neu geschaffenen EBM 2000plus insgesamt zwischen einem ärztlichen und einem technischen Leistungsanteil unterschieden. Zur Bestimmung des Wertansatzes der ärztlichen Leistung hat er einen kalkulatorischen Arztlohn als kostenäquivalent vorgegeben, dem eine hierfür zu verrichtende Arbeitszeit gegenübersteht. Mit dem technischen Leistungsteil wird die personelle und technische Ausstattung der Praxis auf der Grundlage von Modellannahmen zur Jahresbetriebsdauer und zur Auslastung der jeweiligen Kostenstelle bewertet.

Nach GNR 7024 EBM 1996 war die ärztliche Leistung: Bestrahlung mit Beschleuniger mit 1050 Punkten bewertet. Leistungsinhalt war aber auch die ggf. notwendige Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen (zum Schutz der nicht zu bestrahlenden

Körperregionen), wozu auch der Einsatz der Multi-Leaf-Technik gehört (BSG, Urt. v. 10.12.2008, - B 6 KA 45/07 R -). Die hierfür anfallenden Kosten waren daher von der GNR 7024 EBM 1996 umfasst; diese beruhte insoweit auf einer Mischkalkulation. Die Leistung nach GNR 25321 EBM 2000plus, die sachlich der Leistung nach GNR 7024 EBM 1996 entspricht, umfasst nur noch die Bestrahlung mit Linearbeschleuniger (als ärztlichen Leistungsteil); hierfür sind 545 Punkte angesetzt. Die Anwendung von Ausblendungen und die hierfür anfallenden Kosten (als technischer Leistungsteil) sind von der GNR 25321 EBM 2000plus nicht mehr umfasst. Sie sind aber Gegenstand der (neu geschaffenen) GNR 40840 EBM 2000plus. Darin ist eine Kostenpauschale für individuell angepasste Ausblendungen, ggf. mittels Multi-Leaf-Kollimator-Technik, Kompensatoren und/oder individuell gefertigte Lagerungs- bzw. Fixationshilfen, ggf. einschließlich Sachkosten für Verifikations- und Dokumentationsleistungen im Rahmen der Bestrahlungsfelddokumentation, je Bestrahlungsfeld, je Zielvolumen von 140,00 Euro (zuvor nur 90,00 Euro) vorgesehen. Damit hat der Bewertungsausschuss die (einheitliche) GNR 7024 EBM 1996, seinem allgemeinen Konzept bei Erstellung des EBM 2000plus folgend, in einen ärztlichen und einen technischen Leistungsteil aufgespalten und ihren Inhalt auf zwei neue GNRN verteilt; die ärztliche Leistung ist Gegenstand der GNR 25321 EBM 2000plus, die Kostenerstattung ist als technische Leistung Gegenstand der GNR 40840 EBM 2000plus. Man hat die Erstattung der Kosten (u.a. für die Multi-Leaf-Kollimator-Technik) daher nicht nur als durchlaufende (vergütungsneutrale) Posten behandelt und nur innerhalb des EBM verschoben und zugleich das Arzthonorar der Strahlentherapeuten insgesamt gekürzt. Deren Vergütungssituation sollte durch die Aufspaltung der GNR 7024 EBM 1996 in die GNRN 25321 und 40840 EBM 2000plus vielmehr nicht wesentlich verändert, insbesondere nicht verschlechtert werden, was nach dem Gesagten auch eingetreten ist. Auch die Vergütung der Klägerin unter Berücksichtigung der Erstattung der Kosten für den Einsatz des Multi-Leaf-Kollimators ist angestiegen. Bei einer Vergütung für das Quartal 2/04 von 312.431,18 Euro und einer Nachzahlung von 35.820 Euro ergibt sich eine Vergütung von zusammen 348.251,18 Euro. Diese liegt immer noch unter dem Honorar für das Quartal 2/05 von 350.204,60 Euro. Für die Gruppe der Strahlentherapeuten beliefen sich die Vergütungen für die Quartale 2/04 bis 4/04 (unter Berücksichtigung der Nachzahlungen für den Einsatz des Multi-Leaf-Kollimators) auf 3.528.306,32 Euro und für die Quartale 2/05 bis 4/05 auf 3.645.932, 43 Euro (plus 117.626,10 Euro). Dass die Kostenpauschalen nach Nr. 1.2. der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000plus einen ?eigenständigen Bereich? darstellen, ist im vorliegenden Zusammenhang unerheblich, bedingt insbesondere nicht, die Kostenpauschalen unberücksichtigt zu lassen.

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 abzuhelfen.

An der rechtlichen Bewertung der Honorartopfbildung ändert sich nichts, wenn man im Besonderen die Vergütungsverhältnisse der Klägerin in den Blick nimmt. Auch diese hat im Quartal 2/05 und in den Folgequartalen - bei der nach dem Gesagten maßgeblichen Gesamtbetrachtung unter Einbeziehung der Kostenerstattungen - gegenüber den Vorjahresquartalen Vergütungszuwächse erzielt (Quartal 2/05 plus 11,52%, Quartal 3/05 plus 39,34%, Quartal 4/05 plus 2,05%, Quartal 1/06 plus 24,86%). Die Fallwerte sind nach einem vorübergehend stärkeren Rückgang im Quartal 2/05 um 14,35 % und einem vernachlässigbaren Rückgang im Quartal 3/05 um 0,52% wieder angestiegen (Quartal 4/05 plus 10,32%).

Die Beklagte hat für die Berechnung des Honorarkontingents (Topfinhalt) rechtsfehlerfrei an die Verhältnisse der Quartale des Jahres 2002 als Referenzquartale angeknüpft. Dass dies sachwidrig oder unvertretbar gewesen wäre, ist nicht ersichtlich und wird von der Klägerin auch nicht behauptet. Gegen die hiervon ausgehenden Berechnungen des auf den Honorartopf der Radiologen/Strahlentherapeuten entfallenden Anteils an der Gesamtvergütung (Quartal 1/05: Primärkassen 1,8169%, Ersatzkassen 1,8528 %) und der Auszahlungspunktwerte (für das Quartal 2/05) sind stichhaltige Einwendungen ebenfalls nicht erhoben. Auf Fragen der Transcodierung von Leistungsbewertungen im Zuge der EBM-Reform durch Schaffung des EBM 2000plus zum 1.4.2005 kommt es für die Berechnung des Honorarkontingents, also des Anteils der diagnostisch und therapeutisch tätigen Radiologen an der Gesamtvergütung, ausschlaggebend nicht an, da für die Berechnung des Honorartopfs der Radiologen die Verhältnisse der Referenzquartale des Jahres 2002 maßgeblich sind.

Die Vertragspartner des HVM-V sind schließlich nicht verpflichtet, die Topfbildung durch Offenlegung aller Berechnungsgrundlagen zu begründen. Der HVM-V und die darin enthaltenen Regelungen zur Bildung von Honorartöpfen sind Akte der Rechtssetzung. Die Begründung von Akten der Rechtsetzung ist aber 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 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, Urt. 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 der Klägerin ändert nichts. Sie beklagt im Kern pauschal Rückgänge des Honorars für ärztliche Leistungen bei freilich unveränderter bzw. sogar verbesserter Vergütungslage der Praxis insgesamt und vermutet, im Zuge von Änderungen der Honorartopfbildung könnten zu ihren Lasten ?Gelder versickert? sein. 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. Die Rechtsgrundsätze zur ? intensiveren - Rechtskontrolle so genannter ?zahlenförmiger Normen? (vgl. etwa BSG, Urt. v. 28.5.2008, - B 6 KA 49/07 R -) 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 willkürlich gehandelt hätten und die in Rede stehenden Bestimmungen sachlich nicht gerechtfertigt wären.

Da sich die hier maßgebliche Regelung des HVM-V 2005 über die Honorartopfbildung damit nach den allgemeinen Kontrollmaßstäben als rechtsgültig erweist, kommt es auf die besonderen Kontrollmaßstäbe für Anfangs- und Erprobungsregelungen, die freilich für das Quartal 2/05 als erstes Quartal unter Geltung des EBM 2000plus einschlägig wären, nicht an.

2.) Hinsichtlich des EBM 2000plus wendet sich die Klägerin dagegen, dass der Bewertungsausschuss die strahlentherapeutische Leistung:

Bestrahlung mit Linearbeschleuniger (je Fraktion) in GNR 25321 mit (nur noch) 545 Punkte bewertet hat. Im EBM 1996 waren hierfür 1050 Punkte angesetzt. 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 außer der Behauptung des Klägers, der Bewertungsausschuss habe die Strahlentherapeuten benachteiligt, nichts ersichtlich; Tatsachen, die auf einen Bewertungsmissbrauch durch den Bewertungsausschuss schließen lassen könnten, sind nicht festzustellen. Der Bewertungsausschuss hat, wie bereits dargelegt worden ist, die GNR 7024 EBM 1996, die ärztliche Leistungen und Kosterstattungen (für Ausblendungen) umfasste, in zwei Gebührennummern aufgespalten. Die GNR 25321 EBM 2000plus umfasst nur noch den ärztlichen Leistungsteil, die Erstattung der Kosten für Ausblendungen ist als technischer Leistungsteil der (neu geschaffenen) Kostenpauschale in GNR 40840 EBM 2000plus zugeordnet. Diese Umschichtung ist weder als missbräuchlich noch als bewusste sachwidrige Benachteiligung der Strahlentherapeuten einzustufen, nachdem sich deren Vergütungssituation nicht verschlechtert, tendenziell sogar eher verbessert hat. Wie die Beklagte im Widerspruchsbescheid vom 31.1.2007 (auf dessen Begründung insoweit Bezug genommen wird, §§ 153 Abs. 1, 136 Abs. 3 SGG) näher dargelegt hat, hat der Bewertungsausschuss für die Leistungsbewertungen im EBM 2000plus insgesamt auf sachgerechte Bewertungssysteme und Bewertungsmethoden zurückgegriffen, so dass auch insoweit von Willkür keine Rede sein kann. Dass der Bewertungsausschuss die strahlentherapeutischen Leistungen und ihre Bewertung in der Folgezeit bei weiteren EBM-Reformen wieder neu geordnet hat, ändert daran nichts.

Die formell-rechtlichen Einwendungen des Klägers sind nicht berechtigt. Der Bewertungsausschuss hat als gem. § 87 Abs. 1 SGB V zuständiges Rechtssetzungsorgan gehandelt; daran ändert es nichts, dass er im Rechtssetzungsverfahren auf eine von der KBV erstellte Transcodierungstabelle zurückgegriffen hat. Der Bewertungsausschuss muss seine Bewertungsentscheidungen (als Akte der Rechtssetzung im Rahmen der funktionalen Selbstverwaltung) nicht mit einer Begründung versehen; die vorstehenden Ausführungen zur Offenlegung der Berechnungen bei der Honorartopfbildung gelten entsprechend. Die nach einer vom Kläger erstrebten Offenlegung der Transcodierung in allen (mathematischen) Einzelschritten ggf. mit sachverständiger Hilfe zu vollziehende ?Nachberechnung? und Nachvollziehung von Bewertungsentscheidungen des Bewertungsausschusses bei der EBM-Reform durch Schaffung des EBM 2000plus aus dem EBM 1996 ist im Wege der gerichtlichen Rechtskontrolle nicht zulässig. Das Gericht würde dadurch sein Kontrollmandat überschreiten und eigene Bewertungsentscheidungen an die Stelle der Bewertungsentscheidungen des Bewertungsausschusses setzen und so in dessen Handlungs- bzw. Rechtssetzungsmandat eingreifen. Das rechtsstaatliche Bestimmtheitsgebot ist nicht verletzt. Die in Rede stehenden GNRN des EBM 2000plus legen den Leistungsinhalt und dessen Bewertung, unbeschadet einer ggf. notwendigen Auslegung der Leistungslegende, für die Normadressaten, namentlich die Vertragsärzte, hinreichend bestimmt fest. Die Bewertungsentscheidung ist

3.) Der Honorarbescheid für das Quartal 2/05, der nach alledem auf gültigen Rechtsgrundlagen beruht, weist Rechtsfehler auch im Übrigen nicht auf. Insbesondere ist das Honorar der Klägerin nach Maßgabe der einschlägigen Bestimmungen des EBM 2000plus und des HVM-V 2005 zutreffend berechnet worden. Einwendungen hat die Klägerin 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.) Die Klägerin beruft sich neben der Ungültigkeit der (einfach-rechtlichen) Rechtsgrundlagen der Honorarbescheide im HVM-V 2005 und im EBM 2000plus ersichtlich auch unmittelbar auf die verfassungsrechtlichen Vorgaben für die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit; ihrer Ansicht nach lohnt sich die Niederlassung als Vertragsarzt bei der gegebenen Honorarsituation (kalkulatorischer Arztlohn von 95.000 Euro im Jahr) nicht mehr. Sie bezieht sich insoweit auch auf die Vergütung der Vertragsärzte nach einem Punktwert von 5,11 Cent. Letzteres knüpft an den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13.5.2004 (DÄBl 2004, A 2553) an, in dem dieser Punktwert vorgesehen war. Der Beschluss ist indessen durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (DÄBl. 2004, A 3129), der die Nichtanwendung des früheren Beschlusses bestimmte, gegenstandslos geworden, weshalb die Klägerin die Vergütung ihrer Leistungen mit dem genannten Punktwert nicht beanspruchen kann (BSG, Urt. v. 8.12.2010, - B 6 KA 42/09 R -).

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 Urt. v. 9.12.2004 - B 6 KA 44/03 R juris Rn 153; Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R; Urt. v. 23.05.2007 - B 6 KA 27/06 B; Beschluss v. 23.05.2007 - B 6 KA 85/06 B sowie Urt. 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 Pathologen in dem hier streitigen Zeitraum eingetreten sein könnte, sind nicht ersichtlich.

Aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art. 12 Abs. 1, 3 Abs. 1 GG) kann die Klägerin einen (verfassungsunmittelbaren) Anspruch auf höheres Honorar nicht herleiten. Dieser Grundsatz garantiert kein gleichmäßiges Einkommen aller vertragsärztlich tätigen Ärzte. 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 nach dem vorstehend Gesagten nichts dafür ersichtlich, dass die optimal ausgelastete Praxis eines Strahlentherapeuten nicht das durchschnittliche Honorar vergleichbarer Facharztgruppen erwirtschaften könnte (zu alledem BSG, Urt. v. 8.12.2010, - B 6 KA 42/09 R -).

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. 1 GKG, nachdem der Kläger zuletzt einen bezifferten Antrag auf Nachvergütung gestellt hat.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2012-12-16