

## L 4 KA 606/04

Land  
Freistaat Thüringen  
Sozialgericht  
Thüringer LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

4  
1. Instanz  
SG Gotha (FST)  
Aktenzeichen  
S 7 KA 2113/00

Datum  
10.03.2004  
2. Instanz  
Thüringer LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 606/04

Datum  
03.05.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 10. März 2004 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist das Honorar für die Quartale I und II/1999.

Der Kläger ist als Laborarzt bzw. Fachchemiker der Medizin in A. nieder- und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In den streitgegenständlichen Quartalen wurden dem Kläger jeweils mit Honorarbescheid Honorare in Höhe von 435.911,17 DM bzw. 390.256,45 DM berechnet. Zu Grunde gelegt wurden Auszahlungspunkte von 4,49/5,11 Pf. (Quartal I/1999; getrennt nach Primär- und Ersatzkassen) bzw. 4,43/5,04 Pf. (für das Quartal II/1999).

Seitens der Beklagten wurde bei Berechnungen des Honorars § 5 Leitziffer 503 des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zugrunde gelegt. Die insoweit bedeutsamen Passagen lauten:

- "Die Honoraranforderungen für Ersatzkassen und Primärkassen werden nach [§ 85 Abs. 4](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) einer Begrenzung nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen unterworfen. Die Honorarbegrenzungsmaßnahmen beinhalten im Einzelnen Folgendes: Honoraranforderungen, die nach Abzug besonderer Kostensätze nach Leitzahl 505 einen Grenzwert von 190 Prozent des Gesamtdurchschnitts der geprüften Honoraranforderungen überschreiten, werden prozentual abgestaffelt.

Die Abstaffelung wird folgendermaßen vorgenommen:

Überschreitung des Grenzwertes Kürzung des Gesamthonorarvolumens

bis 20 % 10 % des Überschreitungsbetrages über 20 bis 40 % 20 % des weiteren Überschreitungsbetrages über 40 bis 60 % 30 % des weiteren Überschreitungsbetrages über 60 bis 80 % 40 % des weiteren Überschreitungsbetrages über 80 bis 100 % 50 % des weiteren Überschreitungsbetrages über 100 % 60 % des weiteren Überschreitungsbetrages Aus einem vom Vorstand festzulegenden Zeitraum von vier aufeinander folgenden Abrechnungsquartalen werden die durchschnittlichen Gesamthonoraranforderungen (auf der Basis von 10 Pf.) pro Quartal der Honorarumsätze aller zugelassenen Vertragsärzte einschließlich angestellter Ärzte nach [§ 95 Abs. 9 SGB V](#) nach Prüfung berechnet. Das um 90 Prozent erhöhte Durchschnittshonorarvolumen, aufgerundet auf volle 1.000,00 DM, bildet den Grenzwert, bei dessen Überschreitung eine Begrenzung der Honoraranforderung des Arztes vorzunehmen ist. Ein neu errechneter Grenzwert wird jeweils rechtzeitig vor Beginn des betreffenden Quartals veröffentlicht."

Der zu errechnende Grenzwert wurde von der Beklagten ab dem 1. Januar 1996 auf 225.000,00 DM (10 Pf.-Basis) festgelegt. Bei der Berechnung des Grenzwertes, also des Punktes, ab dem eine Abstaffelung des Honorars vorgenommen wurde, wurde ein Basiskostensatz von 40 Prozent und der in § 5 LZ 505 des HVM ausgewiesene besondere Kostenansatz für Laborleistungen des Abschnitts O III des EBM-Ä von 35 Prozent berücksichtigt. Für den Fall, dass die nach LZ 602 des HVM ermittelten Auszahlungspunktwerte im Mittel um mehr als 10 v. H. von einem Punktwert von 8 Pf. abwichen, erhöhten sich nach der Regelung in § 5 LZ 505 des HVM die besonderen Kostensätze für jeweils

5 v. H. der Abweichung von 8 Pf. um jeweils 5 Prozentpunkte.

Ausgehend von diesen Regelungen setzte die Beklagte von den Honoraranforderungen des Klägers für das Quartal I/1999 einen Betrag von 30.075,22 DM und für das Quartal II/1999 einen Betrag von 15.777,11 DM (jeweils auf Basis eines Auszahlungspunktwertes von 10 Pf.) ab.

Ferner erstattete sie im Quartal II/1999 die Kosten für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial in Umsetzung der ab dem 1. April 1999 geltenden Fassung der Nr. 7103 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes - Ärzte (EBM-Ä) nur einmal im Behandlungsfall in Höhe eines Pauschalbetrages von 5,10 DM. Die darüber hinausgehenden Anforderungen des Klägers lehnte sie ab.

Die gegen die jeweiligen Honorarbescheide erhobenen Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheiden vom 10. Juli 2000 (Quartal I/1999) und 4. Januar 2001 (Quartal 2/1999) zurück.

Das Sozialgericht hat die dagegen erhobenen Klagen mit Beschluss vom 10. März 2004 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und mit Urteil vom selben Tage abgewiesen. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass § 5 LZ 503 des HVM mit höherrangigem Recht vereinbar sei. Der Kläger habe keinen Anspruch auf einen höheren als den ausgezahlten Punktwert und die Beklagte sei auch unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht gehalten gewesen, für die Laboratoriumsleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä einen Interventionspunktwert einzuführen. Die Kammer sehe auch aufgrund des ergänzenden Hinweises des Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung, wonach der in Leitzahl 503 HVM festgelegte Grenzwert sich aufgrund der relativ hohen Honorarumsätze der Fachgruppe des Klägers als zu niedrig erweise, keinen Anlass, von ihrer Rechtsprechung abzuweichen. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass überdurchschnittliche Honorarvolumina laborärztlich tätiger Leistungserbringer im Vergleich zu anderen Arztgruppen im Wesentlichen auf wesentlich höheren Betriebskosten beruhten. Diesem Umstand trage die angegriffene Regelung in § 5 LZ 503 des HVM dadurch Rechnung, dass für die Laboratoriumsleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä ein weiterer besonderer Kostensatz nach § 5 LZ 505 des HVM vom 35 v. H und damit insgesamt, das heißt einschließlich des Laborkostensatzes von 40 v. H. ein relativ hoher Betriebskostenanteil vor Ermittlung des abrechnungsfähigen Honorars in Abzug gebracht werde. Dass dies zu einem relativ hohen Schwellenwert führe, was zugleich eine unangemessene wirtschaftliche Belastung in der Fachgruppe der Laborärzte verhindere, belege nach Auffassung der Kammer die Höhe der hieraus resultierenden Honorarkürzungen bei dem Kläger. Ausgehend von einem durchschnittlichen Auszahlungspunktwert von 4,8 Pf. (I/1999) bzw. 4,74 Pf. (II/1999) ergäben sich - trotz einer erheblichen Überschreitung des um 90 v. H. erhöhten Durchschnittshonorars aller Fachgruppen - Kürzungsbeträge von lediglich 3,3 bzw. 2,0 Prozent. Anlass für eine abweichende rechtliche Bewertung zugunsten des Klägers bestehe im Hinblick auf die Vergütung der allgemeinen Laboratoriumsleistungen einerseits und der Leistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä andererseits auch nicht deshalb, weil vorliegend eine Verteilung der Gesamtvergütung nach Fachgruppenkontingenten und nicht einheitlich über alle Fachgruppen hinweg erfolgt sei. Das Bundessozialgericht habe in der vom Kläger zitierten Entscheidung vom 29. September 1993 eine undifferenzierte Vergütung des allgemeinen und des speziellen Labors beanstandet, wenn ein einheitlicher Vergütungstopf für alle Laborleistungen gebildet sei, aus dem sowohl die von den Laborärzten auf Überweisung erbrachten Leistungen, wie auch alle übrigen Laborleistungen aller anderen Arztgruppen mit einem einheitlichen Punktwert vergütet worden seien. Das BSG habe hierin einen Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit gesehen, weil eine derartige Regelung die Unterschiede vernachlässige, die sich zwischen Laborärzten auf der einen und den übrigen, Laboruntersuchungen ausführenden, Ärzten auf der anderen Seite bestünden, weil erstere ausschließlich Auftragsleistungen erbringen, während letztere ihr Leistungsspektrum und ihren Leistungsumfang im Wesentlichen selbst bestimmen könnten. Das ermögliche es, dass im Bereich der Labordiagnostik einzelne Ärzte oder Arztgruppen durch eine medizinisch nicht veranlasste Ausweitung versuchten, durch ökonomisch attraktive Leistungen den eigenen Honoraranteil zu Lasten einer anderen Arztgruppe zu erhöhen, die diese Möglichkeit nicht habe. Bedenken dieser Art kämen vorliegend nicht zum Tragen, denn aus dem Honorarkontingent für die Fachgruppe des Klägers würden sämtliche und nur von den Laborärzten erbrachten Laborleistungen vergütet. Dass eine Vergütung nach Fachgruppenkontingenten, in die auch Laborärzte einbezogen werden könnten, zulässig sei, habe das Bundessozialgericht bereits in seiner Entscheidung von 28. Januar 1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - ausgeführt. Schließlich vermöge die Kammer der Einschätzung des Klägers im Hinblick auf die Rechtmäßigkeit der Regelung nach Nr. 7103 EBM-Ä, soweit diese eine Pauschalerstattung lediglich einmal im Behandlungsfall vorsehe, nicht anzuschließen. Welche rechtlichen Kriterien bei der Beurteilung der Gültigkeit einer kollektiv-vertraglichen Regelung des EBM-Ä maßgeblich seien, sei höchststrichterlich vielfach erörtert worden. Danach entspreche dem System autonomer Festlegungen der Leistungsbewertung durch den Bewertungsausschuss die Anerkennung eines weiten Regelungsspielraumes, der von den Gerichten zu respektieren sei. Hieraus folgend sei es den Gerichten verwehrt, eine im EBM-Ä vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen abweichenden Vorstellungen nicht entspreche, noch seien sie befugt, zu überprüfen, ob der Bewertungsausschuss jeweils die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden habe. Etwas anderen könne nur in den Ausnahmefällen gelten, in denen sich zweifelsfrei feststellen lasse, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfernden Erwägungen habe leiten lassen. Von solchen oder ähnlichen Fällen abgesehen, in denen die Überschreitung der Grenzen normativen Ermessens rechtlich fassbar seien, hätten auch die Gerichte die Regelungen des EBM-Ä als für sie maßgebend hinzunehmen (vgl. BSG vom 20. Januar 1999, in BSG SozR 3.2500 § 87 Nr. 14 S. 53). Hiervon ausgehend sei die von den Partnern der Bundesmantelverträge beschlossene Beschränkung auf die einmalige Abrechnung im Behandlungsfall zulässig im Rahmen des dem Bewertungsausschuss zukommenden Regelungsspielraumes. Die Stellungnahme der kassenärztlichen Bundesvereinigung mache deutlich, dass sich der Bewertungsausschuss von sachgerechten Erwägungen habe leiten lassen, insbesondere um eine höhere Verwaltungspraktikabilität sowie aus gegebenem Anlass eine bessere Kontrolle der Pauschalerstattung zu erreichen. Bis auf eine pauschale Behauptung habe der Kläger nicht dargelegt, dass die angegriffene Regelung im Hinblick auf die vorherrschende Versand- bzw. Transportpraxis in der Fachgruppe des Klägers eine angemessene Kostenerstattung nicht ermögliche.

Mit der dagegen eingelegten Berufung macht der Kläger geltend, dass die vorgenommenen Honorarkürzungen nach § 5 LZ 503 des HVM rechtswidrig seien. Darüber hinaus werde geltend gemacht, dass die Punktwerte in den streitgegenständlichen Quartalen fehlerhaft bemessen seien. Die Beklagte habe die Unterschiede zwischen den vom Kläger erbrachten Auftragsleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä einerseits und allgemeinen Laboruntersuchungen nach Abschnitt O I und O II EBM-Ä sowie sonstigen nicht auftragsgebundenen ärztlichen Leistungen andererseits nicht berücksichtigt. Die speziellen Laborleistungen des Abschnitts O III seien insbesondere nicht in den Kreis der Leistungen aufgenommen worden, die - wie Leistungen der Pathologen, Neurologen und der Radiologen - nach § 5 LZ 602 a des HVM mit einem Interventionspunktwert gestützt seien. Zumindest hierauf bestehe ein Anspruch. Ferner werde angegriffen, dass die Versandpauschale nach Nr. 7103 EBM-Ä ab dem Quartal II/1999 nicht mehr je Untersuchungsfall, sondern nur noch je Behandlungsfall im

Quartal erstattet würde. Auch diese Reduzierung sei rechtswidrig. Der einheitliche Grenzwert von 225.000,00 DM, auf der Basis eines Punktwertes von 10 Pf., verstoße gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit nach [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG). Daran ändere sich auch nichts dadurch, dass die maßgebende Honoraranforderung um besondere Kostensätze um bis zu 60 v. H. reduziert worden sei. Zum einen betrage der Kostenanteil bei den Laborleistungen zwischen 92 v. H. und 98 v. H. Nach Kürzung des Honorars nach § 5 LZ 503 des HVM würden die Kosten nicht mehr durch das Honorar gedeckt. Selbst durchschnittliche oder unterdurchschnittliche Honoraranforderungen bei Laborärzten hätten dazu geführt, dass die Kürzung nach § 5 LZ 503 des HVM eingesetzt habe. Dem gegenüber habe § 5 LZ 503 des HVM nur beabsichtigt, dass eine Kürzung wegen übermäßiger Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit habe einsetzen sollen, wenn 190 v. H. der durchschnittlichen Honoraranforderungen überschritten worden seien. Die im Vergleich zu anderen Ärzten relativ hohen Honoraranforderungen der Laborärzte hätten ihre Ursache gerade nicht in einer übermäßigen Ausdehnung der Kassenarztpraxis, sondern allein in einem hohen Sachkostenanteil. Ferner sei unerfindlich, weshalb das Sozialgericht die Behauptung der Beklagten, sie habe über einen fiktiven Basiskostenansatz vom 40 v. H. hinaus bei Laborärzten einen besonderen Kostenansatz von weiteren 35 v. H. in Abzug gebracht, übernommen habe. Diesbezüglich fehle die Begründung im Urteil. Tatsache sei, dass die Honoraranforderung nur um Kostenanteile von bis zu 60 v. H. reduziert worden seien. Dies gehe aus dem Blatt, Ermittlungen des individuellen Honorarvolumens nach § 5 LZ 503 des HVM, das sich in der Anlage des Honorarbescheides befinde, ausdrücklich hervor. Die Regelung des § 5 LZ 503 des HVM sei auch deshalb rechtswidrig, weil bei der Gegenüberstellung der Honoraranforderungen für den Grenzwert keine Unterscheidung nach Arztgruppen stattfinde. Eine Unterscheidung ergäbe sich allein aus den in Abzug zu bringenden besonderen Kostensätzen laut § 5 LZ 505 des HVM. Diese Differenzierung sei aber unzureichend. Denn nach Abzug des besonderen Kostensatzes lägen die reduzierten durchschnittlichen Honoraranforderungen der Laborärzte über dem einheitlichen Grenzwert. Das Bundesverfassungsgericht habe in der Entscheidung (vgl. [BVerfGE 33, 171](#), 181, 191) ebenfalls eine Differenzierung nach Arztgruppen gefordert. Im dortigen Fall sei die Kürzungsregelung nachträglich dahingehend geändert worden, dass sowohl nach dem Durchschnittshonorar der jeweiligen Fachgruppe als auch nach der entsprechenden durchschnittlichen Fallzahl differenziert worden sei. Erst wenn das Durchschnittshonorar der Fachgruppe um mehr als 100 v. H. und zusätzlich die durchschnittliche Fallzahl um mehr als 150 v. H. überschritten worden sei, habe eine Honorarkürzung eingesetzt. Erst die zusätzliche Einbeziehung der fachgruppenspezifischen Fallzahlen und Durchschnittshonorare ließen demnach eine verfassungswidrige Differenzierung entfallen. Zu Unrecht meine das Sozialgericht ferner, die Rechtmäßigkeit der Kürzungsregelung in § 5 LZ 503 des HVM werde nicht dadurch in Frage gestellt, dass der Kläger als Laborarzt ausschließlich überweisungsgebundene Leistungen erbringe. Unstreitig könne er wegen der Auftragsgebundenheit der Leistungen grundsätzlich keinen unmittelbaren Einfluss auf Mengenausweitungen nehmen. Die Kürzungsregelung diene nach [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) dem Zweck, eine übermäßige Ausdehnung der Kassenarztpraxis zu verhindern. Die Kürzungsregelung könne daher nur dort wirken, wo der Arzt tatsächlich seinen Leistungsumfang selbst beeinflussen könne. Dies sei bei den Auftragsleistungen nicht oder allenfalls begrenzt der Fall. Die Laborärzte seien vor allem standesrechtlich verpflichtet, die Aufträge anderer Ärzte auszuführen, und zwar auch dann, wenn dies wegen Überschreitung der Grenzwerte eine Kürzung des Honorars bedeute. Zwar habe das BSG im Urteil vom 28. Januar 1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - festgestellt, die Laborärzte könnten einen gewissen Einfluss auf die Leistungsmenge je Behandlungsfall ausüben. Das BSG habe daraus aber nur gefolgert, dass es nicht unzulässig sei, für Laborärzte wie für andere Arztgruppen gesonderte Honorarkontingente zu bilden. Es habe lediglich eine völlige Freistellung der Laborärzte von mengengesteuerten Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab nicht für erforderlich gehalten. Mit einer Kürzungsregelung wie im vorliegenden Fall habe sich das BSG gerade nicht befassen müssen. Ebenso wenig habe das BSG einen Zweifel daran geäußert, dass der Laborarzt an die ihm erteilten Aufträge gebunden sei und die Anzahl der Behandlungsfälle nicht beeinflussen könne. Die Kürzungsregelung des § 5 LZ 503 des HVM mit dem einheitlichen Grenzwert sei somit weder geeignet noch angemessen, um eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit der Laborärzte entgegenzuwirken. Sie verstoße sowohl gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit als auch gegen den Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit. Die Kürzungsregelung des § 5 LZ 503 des HVM sei auch deshalb rechtswidrig, weil sie nicht durch [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) als Ermächtigungsgrundlage gedeckt sei. § 5 LZ 503 des HVM bewirke bei Laborärzten lediglich eine Kürzung des Honorars. Sie setze bereits unterhalb der durchschnittlichen Honoraranforderungen der Laborärzte ein. Die Regelung knüpfe bei den Laborärzten gerade nicht an eine übermäßige Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit an, was nach [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) als Begrenzungszweck allein zulässig wäre. Zusätzlich würden die Laborärzte durch die doppelte Kürzung des Honorars sowohl durch § 5 LZ 503 des HVM als auch durch den EBM-Ä unverhältnismäßig belastet. Laut Kapitel O Ziffer 12 des EBM-Ä 1997 unterlägen die dort genannten Laborleistungen des Abschnittes O III einer Abstufung. Die Laborleistungen seien nur bis zu einer bestimmten Menge mit der normalen Punktzahl abrechenbar. Die darüber hinaus gehenden Leistungen würden mit einer erheblich geringeren Punktzahl bewertet und zwar je nach Einzelleistung mit ca. 35 bis 40 v. H. weniger. Zusätzlich zu dieser Abstufung nach dem EBM-Ä werde die Vergütung durch § 5 LZ 503 des HVM einer weiteren Kürzung unterzogen. Rechtswidrig sei auch, dass die in § 5 LZ 602a des HVM vorgesehenen Interventionspunkte nicht für Laborleistungen gelten. Richtig sei, dass das Gebot der Leistungsgerechtigkeit weder einen Anspruch auf einen höheren als den im HVM vorgesehenen Punktwert für überweisungsgebundene Laborleistungen gebe, noch, dass überweisungsgebundene Leistungen mit demselben Punktwert wie die Leistungen anderer Ärzte oder etwa mit einem festen Punktwert vergütet werden. Eine angemessene Berücksichtigung der Unterschiede zwischen der Tätigkeit von überweisungsgebundenen und anderen ärztlichen Leistungen sei dennoch geboten. Das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sei verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen werde, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten oder Arztgruppen keine Unterschiede von solchem Gewicht bestünden, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt sei. Laborärzte, Pathologen oder Radiologen erbrächten ihre Leistungen nach § 12 Abs. 4 BMV-Ä nur auf Überweisung. Für O III-Laborleistungen sei aber kein Interventionspunkt nach § 5 LZ 602a des HVM vorgesehen worden. Hingegen würden Leistungen der Pathologen (histologische und zytologische Leistungen) und der Radiologen (Strahlendiagnostik und Computertomografie, Magnet-Resonanz-Tomografie sowie Strahlentherapie) mindestens mit einem Interventionspunktwert vergütet. Alle diese Leistungen würden wie auch die O III-Laborleistungen in § 5 LZ 505 des HVM aufgeführt, um die besonders hohen Kosten dieser Leistungen bei § 5 LZ 503 des HVM angemessen zu berücksichtigen. Wegen ihrer Kostenstruktur und der Überweisungsbindung seien diese Leistungen wesentlich gleich. Die Beklagte sei somit verpflichtet, die O III-Laborleistungen mit einem Interventionspunkt entsprechend demjenigen für die Leistungen der Pathologen und der Radiologen nach § 5 LZ 602a des HVM zu vergüten. Ausnahmsweise rechtfertige das Gebot einer angemessenen Vergütung nach [§ 72 Abs. 2](#) des SGB V ein subjektives Recht auf höhere Vergütung. Im vorliegenden Fall decke die Vergütung bei den abgesunkenen Punktwerten die Kosten des gesamten Berufszweiges der Laborärzte nicht mehr ab. Gerade aus diesem Grunde habe die KV Hessen die Anwendung der Kürzungsregelung nach § 5 LZ 503 des HVM ab dem Quartal IV/96 für Laborärzte ausgesetzt. Hinsichtlich der Versandpauschale nach Nr. 7103 des EBM-Ä sei darauf hinzuweisen, dass er 7 % der Einsendungen (647 von 8.989 Einsendungen) nicht habe abrechnen können. Es sei ihm nicht zuzumuten, die Versandkosten selbst zu tragen. Zudem habe er keinen Einfluss darauf, den Umfang der Laborleistungen und die Anzahl der Einsendungen zu beeinflussen. Daher könne die Beschränkung der Versandkostenpauschale auf den Behandlungsfall keine mengensteuernde Wirkung entfalten.

Der Kläger beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 10. März 2004 aufzuheben; 2. die Honorarbescheide für die Quartale I und II/1999 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 10. Juli 2000 und 4. Januar 2001 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, das Honorar ohne Anwendung der Leitzahl 503 HVM erneut festzustellen sowie die Laborleistungen gemäß Kap. O III EBM mit einem Interventionspunktwert entsprechend der Leitzahl 602a HVM zu vergüten; ferner im Quartal II/1999 die Versandpauschale gemäß Nr. 7103 EBM je Untersuchungsfall zu vergüten;

hilfsweise die Beklagte zu verurteilen, das Honorar des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut festzustellen;

3. hilfsweise die Revision an das Bundessozialgericht zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Nach § 5 LZ 503 des HVM würden Honoraranforderungen, die nach Abzug besonderer Kostensätze nach § 5 LZ 505 des HVM einen Grenzwert von 190 v. H. des Gesamtdurchschnitts der geprüften Honoraranforderungen überschritten, prozentual abgestaffelt. Aus einem Zeitraum von vier aufeinander folgenden Abrechnungsquartalen seien die durchschnittlichen Gesamthonoraranforderungen der Vertragsärzte pro Quartal über alle Fachgebiete auf der Basis von 10 Pf. pro Punkt ermittelt worden. Das um 90 v. H. erhöhte Durchschnittshonorarvolumen, aufgerundet auf volle 1.000,00 DM bilde den Grenzwert, bei dessen Überschreitung eine Begrenzung der Honoraranforderung des Arztes vorzunehmen sei. Der Grenzwert habe ab dem 1. Januar 1996 225.000,00 DM betragen. In diesem Grenzwert sei ein fiktiver Basiskostenansatz von 40 v. H. enthalten gewesen. Die Festlegung dieses Basissatzes sei im Hinblick auf die Abgeltung der allgemeinen, in jeder Praxis anfallenden Kosten, erfolgt. Darüber hinaus würden die über das übliche Maß hinausgehenden, und damit besonderen Kosten, über § 5 LZ 505 des HVM Praxis individuell berücksichtigt. Bei Überschreitung des Grenzwertes würden die Honoraranforderungen zunächst um besondere Kosten im von § 5 LZ 505 des HVM bereinigt. Die besonderen Kosten der Laborleistungen nach Abschnitt O III des EBM-Ä seien hierbei zunächst mit 30 v. H. berücksichtigt worden. Die Regelung es § 5 LZ 505 des HVM habe des Weiteren vorgesehen, dass bei einem Abweichen der ermittelten Auszahlungspunktwerte der Fachgruppenkontingente im Mittel um mehr als 10 v. H. von einem Punktwert von 10 Pf. sich die besonderen Kostensätze für jeweils 5 v. H. Abweichung von 8 Pf. im umgekehrten Verhältnis um jeweils 5 v. H. Punkte verändern. Dies bedeute, dass sich bei einem niedrigen Punktwert die Kostensätze der zu berücksichtigenden besonderen Kostensätze erhöhten. Dies sei auch im Falle des Klägers erfolgt. Danach seien für die Quartale I/1999 und II/1999 besondere Kostensätze im Bereich O III des EBM-Ä von jeweils 60 v. H. ermittelt worden. Damit erhöhten sich die im HVM angegebenen Kostensätze um jeweils 25 v. H. In Bezug auf die Kostensätze im Bereich O I und O II seien besondere Kostensätze in Höhe von jeweils 55 v. H. errechnet worden. Soweit nunmehr die um die Kostenteile bereinigten Honoraranforderungen den Grenzbetrag überschritten hätten, seien die Überschreibungsbeträge stufenweise zunächst mit 10 v. H., in den weiteren Stufen mit 20 v. H. bis maximal 60 v. H. gekürzt worden. Die sich daraus ergebenden Begrenzungsbeträge seien mit dem durchschnittlichen Auszahlungspunktwert quotiert und von der Honorarforderung abgezogen worden. Die Regelungen nach § 5 LZ 503 und 505 des HVM seien rechtmäßig. Ermächtigungsgrundlage sei [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#). Danach solle der Verteilungsmaßstab sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet werde. Zur Erreichung dieses Zweckes sei die Regelung des § 5 LZ 503 des HVM geeignet und erforderlich. Die Bestimmung diene dem Interesse des Gemeinwohls, soweit damit verhindert werden solle, dass der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt aufgrund einer Überbeschäftigung für die Versorgung und ärztliche Betreuung der Kassenpatienten nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehe bzw. im Hinblick auf Laborärzte eine entsprechende Qualität der Leistungserbringung gewährleistet werden solle. Die Regelung sei auch nicht deshalb rechtswidrig, weil sie einen Grenzwert enthalte, welche für alle Fachgruppen einheitlich anzuwenden sei. Hierbei werde Bezug genommen auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 6. Mai 1988, Az.: 6 RKA 29/87. Der Grenzwert mit 190 v. H. sei auch angemessen hoch festgesetzt. § 5 LZ 503 und 505 des HVM seien auch nicht hinsichtlich der festgelegten besonderen Kostensätze zu beanstanden. Insofern sei es unzutreffend, dass - wie der Kläger wiederholt behaupte - selbst durchschnittliche bis unterdurchschnittliche Honoraranforderungen bei Laborärzten zu Kürzungen nach § 5 LZ 503 des HVM geführt hätten. Es erscheine darüber hinaus unreell, wenn der Kläger behaupte, dass die Kosten nach der Kürzung des Honorars nicht mehr gedeckt seien. Dem unstreitig im Bereich der Laborleistungen anfallenden hohen Kostenanteil sei dadurch Rechnung getragen, dass im Rahmen der Bereinigung des zu berücksichtigenden Honorars auch entsprechend höhere Kostenanteile, über den Basiskostenansatz von 40 v. H. hinausgehend, Berücksichtigung fänden. Unabhängig davon könne es nicht auf eine individuelle Kostensituation ankommen. Auf die Behauptung einer nicht kostendeckenden Honorierung bestimmter Leistungen könne es schon deshalb nicht ankommen, weil die Kostendeckung von einer Vielzahl von Faktoren abhängt, von denen einige auch vom Kläger selbst zu beeinflussen seien. Es sei auch nicht gerechtfertigt, die Fachgruppe des Klägers von den Begrenzungsregelungen des HVM auszunehmen, weil diese Fachgruppe in der Regel überweisungsgebundene Leistungen erbringe. Hierbei werde Bezug genommen auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. Januar 1998 (Az.: [B 6 KA 96/96 R](#)). Das Bundessozialgericht habe es als zulässig angesehen, dass unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilung der relevante Unterschied zwischen der Tätigkeit der Laborärzte und derjenigen anderen Vertragsärzte nicht von solchem Gewicht sei, dass er eine völlige Freistellung der Ärzte für Laboratoriumsmedizin von mengensteuernden Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab gebiete. Es sei auch nicht richtig, dass der Kläger durch die Abstufungsregelungen des EBM-Ä sowie durch die Kürzungsmaßnahmen nach § 5 LZ 503 des HVM unzumutbar doppelt belastet werde. Dazu sei anzumerken, dass es sich um zwei unterschiedliche Ebenen der Honorarbegrenzung handele. Während der EBM-Ä als Normsetzungsvertrag verbindlich für die Beklagte umzusetzen sei, werde sie auf HVM-Ebene im Rahmen ihres Gestaltungsspielraumes befugt, weitergehende Honorarbegrenzungsregelungen zu treffen, um ihre Aufgabe, ausreichende Punktwerte bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Geldbeträgen zu gewährleisten, auch nachzukommen. Die streitgegenständlichen Honorarbescheide seien auch nicht deshalb rechtswidrig, weil sie in Bezug auf die Höhe des Auszahlungspunktwertes nicht zwischen den Laborleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä und den allgemeinen Laborleistungen nach Abschnitt O I und O II EBM-Ä differenziert hätten. Insbesondere habe der Kläger keinen Anspruch auf einen Interventionspunktwert nach § 5 LZ 602a/605a HVM für O III-Leistungen. Grundsätzlich habe ein Vertragsarzt keinen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert, weder darauf, dass sie mit dem gleichen Punktwert wie Grundleistungen oder ebenso wie die Leistungen anderer Ärzte vergütet würden, noch darauf, dass alle auf Überweisung erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet werden müssten (Urteil des BSG vom 9. September 1998, Az.: [B 6 KA 55/97 R](#)). Bei der Zuerkennung von Interventionspunktwerten habe sich die Beklagte in erster Linie an die Empfehlung des Bewertungsausschusses im Rahmen der "Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom

13. Juni 1996 gehalten. Bestandteil dieser Vereinbarung sei ein Katalog von Leistungen gewesen, für die die Vereinbarung von Mindestpunktwerten empfohlen worden sei. Dieser Katalog enthalte keine Laborleistungen. Zwar sei dieser Katalog nicht abschließend, die Nichtbewertung der O III-Leistungen mit einem Interventionspunktwert widerspreche dennoch nicht dem Gebot der Verteilungsgerechtigkeit. Denn zwischen den in § 5 LZ 602a/605a des HVM mit Interventionspunktwerten gestützten Leistungen sowie den O III-Leistungen im Laborbereich bestünden Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht, dass eine Ungleichbehandlung in der Weise, dass die O III-Leistungen ohne die Festlegung eines Interventionspunktwertes vergütet würden, gerechtfertigt sei. Sinn und Zweck der Festlegung von Interventionspunkten sei die Garantie eines Mindestpunktwertes und damit einer Vergütungsuntergrenze für Leistungen bzw. Leistungskomplexe, die eine kostenintensive apparative Diagnostik erfordern. Dadurch solle sichergestellt werden, dass diese Leistungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung kostendeckend erbracht werden könnten. Es möge vorliegend unstrittig sein, dass die O III-Leistungen zu den kostenintensiven Leistungen gehören. Andererseits gebe es im Bereich der O III-Leistungen Rationalisierungsmöglichkeiten, welche bei anderen Leistungen, die mit einem Interventionspunktwert versehen seien, so nicht gegeben seien. Grund dafür sei schon allein der fehlende Arzt-Patient-Kontakt. Zudem sei es nicht so, dass die Fachgruppe der Laborärzte keinen Spielraum bezüglich Art und Umfang der zu erbringenden O III-Leistungen habe. Dass ein solcher Spielraum im Bereich der O III-Leistungen bestehe, werde mit der zum 1. Juli 1999 eingeführten Laborreform quasi bestätigt. Denn gerade auch in diesem Bereich habe der Gesetzgeber mit der Einführung von Abstufungs- und Höchstwertregelungen auf ein rationelleres Leistungsverhalten hinwirken wollen. Dass die O III-Leistungen aber als kostenintensive Leistungen anerkannt seien, zeige die Berücksichtigung der entsprechenden besonderen Kosten in Höhe von grundsätzlich 35 v. H. im Rahmen des § 5 LZ 505 des HVM. Diese Tatsache lasse jedoch nicht den Schluss zu, dass die O III-Leistungen auch mit einem Interventionspunktwert vergütet werden müssten. Bei einem Interventionspunktwert für die betreffenden Leistungen wäre eine Leistungssteigerung nicht ausgeschlossen. Sinn und Zweck des § 5 LZ 503 des HVM liefe dann auch deshalb ins Leere, weil die O III-Leistungen bei der Fachgruppe des Klägers in der Regel den weitaus größten Anteil am Gesamtleistungsvolumen ausmachten. Ein Anspruch auf höhere Leistungen ergebe sich auch nicht aus dem Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 26. Februar 2003 (S 12 KA 279/99). Ein Anspruch auf eine höhere Vergütung des Klägers ergebe sich schließlich auch nicht aus dem objektiv-rechtlichen Gebot der angemessenen Vergütung. Daraus könne kein subjektives Recht hergeleitet werden. Vorliegend seien keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Fachgruppe des Klägers als Folge der Vergütung der Laborleistungen generell nicht in der Lage sei, bei einer mit vollem persönlichen Einsatz unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit eine existenzfähige Praxis zu führen. Hinsichtlich der Änderungen der Mehrfachabrechnung der Versandpauschale nach Nr. 7103 des EBM-Ä sei von Bedeutung, dass diese eindeutige EBM-Regelung für die Kassenärztliche Vereinigung verbindlich umzusetzen sei.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird verwiesen auf den Inhalt der Gerichts- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft ([§§ 143, 144](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -). Auch die übrigen Zulässigkeitsvoraussetzungen liegen vor.

Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Die erstinstanzliche Entscheidung ist nicht zu beanstanden. Zu Recht ist das Sozialgericht zu dem Ergebnis gelangt, dass die angefochtenen Bescheide der Beklagten rechtmäßig sind. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Berechnung seines Honorars für die streitgegenständlichen Quartale unter Außerachtlassung der Honorarbegrenzungsmaßnahmen des HVM oder des Interventionspunktwert nach § 5 LZ 602a des HVM für die O III-Leistungen. Auch die Honorierung der Versandpauschale nur einmal pro Quartal und Patient ist nicht zu beanstanden.

Zur Begründung wird nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) verwiesen auf die zutreffenden Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung.

Zum umfangreichen Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren, gerade im Hinblick auf seine Kritik zur Berechnung des abzustaffelnden Honorars und der besonderen Kostensätze wird auf Folgendes hingewiesen: Die Beklagte hat in Ausführung der Vorgaben im HVM nach Abzug allgemeiner Kostensätze einen Grenzwert errechnet und nach Berücksichtigung des besonderen Kostensatzes (§ 5 LZ 505 des HVM) eine prozentuale Abstufung des Honorars vorgenommen, wenn danach noch 190 v. H. des Gesamtdurchschnitts der geprüften Honoraranforderungen überschritten wurde. An der rechnerisch korrekten Umsetzung hat der Senat keinerlei Zweifel. Für die streitgegenständlichen Quartale sind besondere Kostensätze im Bereich der O III- Leistungen des EBM-Ä von jeweils 55 bzw. 60 v. H. ermittelt worden. Damit erhöhten sich die im HVM angegebenen Kostensätze um jeweils 20 bzw. 25 v. H. In Bezug auf die Kostensätze im Bereich O I und O II sind besondere Kostensätze in Höhe von jeweils 55 bzw. 60 v. H. errechnet worden.

Die Regelungen nach § 5 (Leitzahlen 503 und 505) des HVM sind rechtmäßig. Ermächtigungsgrundlage ist, wie bereits das Sozialgericht ausgeführt hat, [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#). Danach soll der Verteilungsmaßstab sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Zur Erreichung dieses Zweckes ist die Regelung des § 5 LZ 503 des HVM geeignet, erforderlich und verhältnismäßig, auch wenn der Kläger dies nach wie vor negiert.

Die Beklagte muss im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages honorarbegrenzende Maßnahmen durchzuführen, damit gewährleistet werden kann, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ihrer vertragsärztlichen Verpflichtung auch tatsächlich nachkommen können. Geschieht dies seitens der Beklagten nicht, kommt sie ihrem gesetzlichen Auftrag nicht nach und macht sich angreifbar.

Bei einem festgeschriebenen Honorartopf ist es unumgänglich, bestimmte Kriterien für die Honorarverteilung aufzustellen und einem nachvollziehbar vorhandenen Interesse der Vertragsärzte, durch Mengenausweitung ihre wirtschaftliche Lage zu verbessern, entgegenzusteuern. Dabei ist eine besondere Schwierigkeit darin zu sehen, unterschiedliche Arztgruppen so zu behandeln, dass es einen fairen Interessenausgleich untereinander gibt. Dies ist mit der hier streitgegenständlichen Regelung geschehen. Die Kürzungen dürfen auch als moderat angesehen werden und berücksichtigen die individuelle Situation sowohl der Arztgruppe als auch des einzelnen Vertragsarztes.

Nicht nachvollziehbar ist die Berechnung auf klägerischer Seite zur Höhe der Praxiskosten von 92 bis 98 Prozent des Gesamthonorars. Dies erscheint nicht nur maßlos überbetrieben, sondern lässt die Vermutung zu, dass die Kostenseite nicht dem Gesamteinkommen gegenübergestellt worden zu sein scheint, sondern nur dem vertragsärztlichen Honorar, das jedoch nur einen Teil des Einkommens

auszumachen scheint, wenn man der Internetdarstellung glauben kann (vgl. [www.mzla.de/index.htm](http://www.mzla.de/index.htm)). Der Kläger, der mit weiteren Laborärzten (zwei davon sind Kläger in Parallelfällen) die Medizinische Zentrallabor A. GmbH & CoKG betreibt, ist natürlich in der Lage, gezielt Synergieeffekte zu nutzen und seine Kostensituation günstig zu beeinflussen. Würde er tatsächlich die von ihm angegebenen hohen Praxiskosten haben, dann wäre eine Fortsetzung der vertragsärztlichen Tätigkeit wegen Unwirtschaftlichkeit nicht zu erwarten.

Die streitgegenständliche Regelung ist auch nicht deshalb rechtswidrig, weil sie einen Grenzwert enthält, der für alle Fachgruppen einheitlich anzuwenden ist. Dies ist rechtmäßig (vg. BSG Urteil vom 6. Mai 1988, Az.: 6 RKA 29/87), zumal die besondere Kostensituation darüber hinaus berücksichtigt wird. Dem im Bereich der Laborleistungen anfallenden hohen Kostenanteil ist dadurch Rechnung getragen, dass im Rahmen der Bereinigung des zu berücksichtigenden Honorars auch entsprechend höhere Kostenanteile, über den Basiskostenansatz hinausgehend, Berücksichtigung finden. Unabhängig davon kann es nicht auf die individuelle Kostensituation ankommen, die der Kläger aber auf jeden Fall günstig zu beeinflussen in der Lage sein wird.

Es ist auch nicht gerechtfertigt, die Fachgruppe des Klägers von den Begrenzungsregelungen des HVM auszunehmen, weil diese Fachgruppe in der Regel überweisungsgebundene Leistungen erbringt. Dies hat bereits das Bundessozialgericht entschieden (vgl. Urteil vom 28. Januar 1998, Az.: [B 6 KA 96/96 R](#)). Das Bundessozialgericht hat es in dieser Entscheidung als zulässig angesehen, dass unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilung der relevante Unterschied zwischen der Tätigkeit der Laborärzte und derjenigen anderer Vertragsärzte nicht von solchem Gewicht ist, dass er eine völlige Freistellung der Ärzte für Laboratoriumsmedizin von mengensteuernden Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab gebietet. Solange der Überweiser bei seinen Überweisungen keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt, hat es der Auftragnehmer in der Hand, entweder die komplette Leistungsbreite auszuschöpfen oder bei gezieltem Überweisungsauftrag durch Nachfrage den Leistungsumfang zu erweitern.

An diesem Punkt wird auch deutlich, dass es durchaus Sinn macht, Begrenzungen schon im EBM-Ä (Abstaffelung von Punktwerten bei einer bestimmten Anzahl von Leistungen) einzubringen, auch wenn der Kläger dies als unzulässig erachtet. Insbesondere würde es, wenn diese im EBM-Ä fehlten, zwangsnotwendig zu höheren Kürzungen durch den HVM kommen müssen. Aus diesem Grund ist es nicht richtig, dass der Kläger durch die Abstaffelungsregelungen des EBM-Ä sowie durch die Kürzungsmaßnahmen nach § 5 LZ 503 des HVM unzumutbar doppelt belastet wird. Zudem handelt es sich um zwei unterschiedliche Ebenen der Honorarbegrenzung. Während der EBM-Ä als Normsetzungsvertrag verbindlich für die Beklagte umzusetzen ist, wird sie auf HVM-Ebene im Rahmen ihres Gestaltungsspielraumes befugt, weitergehende Honorarbegrenzungsregelungen zu treffen, um ihrer Aufgabe, ausreichende Punktwerte bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Geldbeträgen zu gewährleisten, auch nachzukommen.

Die streitgegenständlichen Honorarbescheide sind auch nicht deshalb rechtswidrig, weil sie in Bezug auf die Höhe des Auszahlungspunktwertes nicht zwischen den Laborleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä und den allgemeinen Laborleistungen nach Abschnitt O I und O II EBM-Ä differenzieren. Insbesondere hat der Kläger keinen Anspruch auf einen Interventionspunktwert nach § 5 LZ 602a/605a HVM für O III-Leistungen. Grundsätzlich hat ein Vertragsarzt keinen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert, weder darauf, dass sie mit dem gleichen Punktwert wie Grundleistungen oder ebenso wie die Leistungen anderer Ärzte vergütet würden, noch darauf, dass alle auf Überweisung erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet werden müssen (Urteil des BSG vom 9. September 1998, Az.: [B 6 KA 55/97 R](#)). Bei der Zuerkennung von Interventionspunktwerten hat sich die Beklagte in erster Linie an die Empfehlung des Bewertungsausschusses im Rahmen der "Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 13. Juni 1996 gehalten. Bestandteil dieser Vereinbarung ist ein Katalog von Leistungen gewesen, für die die Vereinbarung von Mindestpunktwerten empfohlen wurde. Dieser Katalog enthält keine Laborleistungen, was dafür spricht, dass diese erfahrungsgemäß nicht der Stützung bedürfen, auch wenn dies der einzelne Vertragsarzt so nicht akzeptieren will.

Die Nichtbewertung der O III-Leistungen mit einem Interventionspunktwert widerspricht auch nicht dem Gebot der Verteilungsgerechtigkeit. Denn zwischen den in § 5 LZ 602a/605a des HVM mit Interventionspunktwerten gestützten Leistungen sowie den O III-Leistungen im Laborbereich bestehen Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht, dass eine Ungleichbehandlung in der Weise, dass die O III-Leistungen ohne die Festlegung eines Interventionspunktwertes vergütet würden, gerechtfertigt sei. Sinn und Zweck der Festlegung von Interventionspunkten ist die Garantie eines Mindestpunktwertes und damit einer Vergütungsuntergrenze für Leistungen bzw. Leistungskomplexe, die eine kostenintensive apparative Diagnostik erfordern. Dadurch soll sichergestellt werden, dass diese Leistungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung kostendeckend erbracht werden können. Zwar gehören auch die O III-Leistungen zu den kostenintensiven Leistungen, andererseits gibt es im Bereich der O III-Leistungen aber einen weiten Spielraum und enorme Synergieeffekte, auch wenn die klägerische Seite dies negiert.

Zudem ist der Beklagten beizutreten, dass bei einem Interventionspunktwert für die betreffenden Leistungen eine Leistungssteigerung nicht ausgeschlossen wäre. Sinn und Zweck des § 5 LZ 503 des HVM liefe dann auch deshalb ins Leere, weil die O III-Leistungen bei der Fachgruppe des Klägers in der Regel den weitaus größten Anteil am Gesamtleistungsvolumen ausmachen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 2 SGG](#) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-ÄndG vom 17. August 2001 ([BGBl. I, 2144](#)) am 2. Januar 2002 geltenden alten Fassung. Diese kommt hier noch zur Anwendung, weil es sich vorliegend um ein Verfahren nach [§ 197a SGG](#) neue Fassung handelt, das noch vor Inkrafttreten des 6. SGG-ÄndG rechtshängig geworden ist (Art 17 Abs. 1 Satz 2 6. SGG-ÄndG; vgl. BSG Urteile vom 11. April 2002 [B 3 KR 25/01 R](#) und vom 30. Januar 2002 [B 6 KA 12/01 R](#) SozR 3 2500 § 116 Nr. 24).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2007-06-25