S 27 KA 3670/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Frankfurt
Sachgebiet	Sonstige Angelegenheiten
Abteilung	27
Kategorie	Gerichtsbescheid
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 27 KA 3670/98
Datum	14.04.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 7 KA 721/00
Datum	16.10.2002

3. Instanz

Datum	09.12.2004
-------	------------

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Beklagte hat 1/4 der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Kläger zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die Quartale III und IV/97.

Die Beklagte führte seit dem Quartal III/92 im Honorarverteilungsmaßstab für den Primärkassenbereich eine arztbezogene Honorarbegrenzung durch, die sie in der Folgezeit mehrfach modifizierte. Unter Einbeziehung des Ersatzkassenbereichs führte sie ab dem Quartal I/95 für beide Kassenbereiche jeweils 7 Honorargruppen ein, wobei die nicht spezifisch aufgeführten Leistungen der Honorargruppe 4 wiederum einer Teilquotierung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 unterworfen wurden. Die Abstufungsregelung nach Anlage 3 verschärfte sie in der Folgezeit mehrfach. Ab dem Quartal III/96 sah der Honorarverteilungsmaßstab einige besondere Honorargruppen mit z.T. festen Punktwerten vor, während alle übrigen Leistungen in einer weiteren Honorargruppe zusammengefasst und einer

zusätzliche arzt-/praxisbezogenen Budgetierung / Quotierung nach Anlage 3 zu LZ 702 unterzogen wurden. Auf der Basis der nach Prüfung anerkannten Honoraranforderungen wurde für diese Leistungen, bezogen auf die Quartale III/94 und III/95, der Teilfallwert des Arztes bzw. der Praxis festgestellt und hieraus ein Mittelwert gebildet. Bei "neuen Praxen" trat an ihre Stelle der jeweilige Wert der Fachgruppe, der der Arzt bzw. die Praxis abrechnungstechnisch zugeordnet war. In den Fällen, in denen aufgrund von Änderungen in der Zusammensetzung einer Gemeinschaftspraxis die Bezugswerte aus den Vergleichsquartalen unterhalb des jeweiligen Teilfallwerts der Fachgruppe lagen, fand der jeweilige Teilfallwert der Fachgruppe Berücksichtigung. Der so festgestellte Mittelwert war um 10 % (20 % für hausärztlich tätige Praxen) von dem auf der Basis der Vergleichsquartale gemittelten (entsprechenden) Teilfallwert der Fachgruppe, der der Arzt bzw. die Praxis (abrechnungstechnisch) zugeordnet war, zu erhöhen. Die diese Grenze überschreitenden Honoraranforderungsteile gingen nicht in die weitere Berechnung des Vergütungsanspruchs des Vertragsarztes bzw. der Praxis ein. In Ausnahmefällen konnte von der Budgetierung / Teilquotierung ganz oder teilweise auf Beschluss des Vorstandes abgesehen werden. Hilfsweise konnte in Ausnahmefällen auch auf die Teilfallwerte der Fachgruppe entsprechend der genannten Regelung zurückgegriffen werden. Ab dem Quartal I/97 galten als Bezugsquartale die Quartale der Jahre 1994/95.

Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 14.06.1997, bekannt gemacht durch Teil 2 der Bekanntmachung vom 24.06.1997, änderte die Beklagte die Grundsätze der Honorarverteilung erneut ab dem Quartal III/97. Sie bildete wieder Honorargruppen (Anlage 1 zu LZ 702: Primärkassen; Anlage 2 zu LZ 702: Ersatzkassen). Neben den Honorargruppen für Laborleistungen (Honorargruppen 1 und 2), Psychotherapeutische Leistungen (Honorargruppe 5) und zwei weiteren u.a. für Wegepauschalen und Dialyse-Sachkosten (Honorargruppen 6 und 7 bzw. 6 und 8; im Ersatzkassenbereich war zunächst noch eine Honorargruppe 7 für bestimmte Leistungen vorgesehen) bildete sie eine Honorargruppe 4 für alle übrigen Leistungen des EBM, soweit nicht bereits von den anderen Honorargruppen erfasst. Diese Honorargruppe 4 unterteilte sie wiederum in 18 Facharzt(unter)gruppen (Honorar(unter)gruppen 4.1 bis 4.18). Für Pathologen und Abrechnungen mit Leistungen im Rahmen der gynäkologischen Einsende-Zytologie bildete sie die Honorar(unter)gruppe 4.15, für Radiologen/Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner die Honorar(unter)gruppe 4.16. Nach Abzug bestimmter Vorableistungen und Verteilung eines entsprechenden Betrags auf der Grundlage des Jahres 1995 an die übrigen Honorargruppen, wobei der feste Punktwert der Honorargruppe 6 zu Lasten der Honorargruppe 4 zu finanzieren war, erfolgte die Aufteilung innerhalb der Honorargruppe 4 nach den Honorarzahlen für die einzelnen Honorar(unter)gruppen in den Quartalen I/95 bis IV/96. Wuch der Verteilungspunktwert in den Honorar(unter)gruppen 4.15 und 4.16 vom mittleren Punktwert für die gesamte Honorargruppe 4 um mehr als 10 % nach unten ab, so waren zur Sicherung des maximalen Punktwertabstandes von 10 % bei diesen Honorar(unter)gruppen Aufwülbungsbeiträge zu Lasten der gesamten Honorargruppe 4 (vorab) zur Verfügung zu stellen. Diese minderten damit anteilig den für alle Honorar(unter)gruppen zur Verfügung stehenden prozentualen

Honoraranteil am Verteilungsbefrag. Für alle übrigen Honorar(unter)gruppen galt diese Regelung bei einer Abweichung um mehr als 15 %. Bei einem Absinken des mittleren Punktwerts der gesamten Honorargruppe 4 unter 6,5 Pfg. war mit den Honorargruppen 1 und 2 unter Aufhebung der für diese sonst geltenden Mindestpunktwertvorgabe ein gemeinsamer Punktwert zu bilden, bei einem Absinken unter 7 Pfg. war der feste Punktwert von 10 Pfg. für die Honorargruppe 3 auf den für die Honorargruppe 5 in Höhe von 8,5 Pfg. anzupassen.

Anlage 3 sah in Abschnitt I eine Budgetierung der Honorarforderungen der Ärzte/Praxen vor, die nicht in die Maßnahmen nach LZ 208, das sind Budgetmaßnahmen, einbezogen waren.

Dies betraf u.a. fachärztlich tätige Internisten und Kinderärzte, Lungenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen und Strahlentherapeuten. Im übrigen entsprach diese Regelung weitgehend der Teilquotierung in den Vorjahresquartalen III/96 bis II/97. Es wurde gleichfalls auf die entsprechenden Quartale der Vorjahre Bezug genommen, für die Quartale ab I/98 allerdings auf 1995 und 1996. Honoraranforderungen über den zugestandenen Fallwert wurden weiterhin nicht, auch nicht teilweise vergütet. Der Zuschlag betrug einheitlich 10 % vom entsprechenden Teilfallwert der Fachgruppe. Abschnitt II sah erstmals eine fallzahlabhängige Quotierung der Honorarforderungen vor. Danach wurde die aktuelle Fallzahl mit der entsprechenden Quartalsfallzahl des Jahres 1995, die um einen Zuschlag von 2 % der Fallzahl der Fachgruppe vermehrt wurde, verglichen. Die über diese Vergleichszahl hinausgehenden Fälle wurden nur zu 50 % vergütet. Hieraus wurde für alle Fälle ein Quotierungsfaktor errechnet.

Durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 29.11.1997, bekannt gemacht durch Teil 2 der Bekanntmachung vom 12.12.1997, änderte die Beklagte die Grundsätze der Honorarverteilung rückwirkend zum 01.07.1997. Für den Primärkassenbereich fügte sie eine neue Honorargruppe ein, die ausgewählte Leistungen des ambulanten Operierens enthielt und ausschließlich für Betriebskrankenkassen galt. Ferner fügte sie eine Regelung bei, wie der Honoraranteil für diese Honorargruppe zu berechnen war. Im Ersatzkassenbereich strich sie die Honorargruppe 7. In der Anlage 3 fügte sie neue Abschnitte I und IV ein, die bisherigen Abschnitte (I und II) wurden, mit wenigen Ergänzungen, als Abschnitte II und III bezeichnet. Im neuen Abschnitt I wurde zusätzlich eine Quotierung aufgrund der Abweichung von der durchschnittlichen Fallzahl durch drei Fallzahlbereiche gebildet. Für alle Fälle bis zu 50 % des Fallzahldurchschnittes der Arztgruppe im jeweiligen Quartal des Jahres 1995 erfolgte eine Anhebung um 10 %, für alle Fälle von mehr als 50 % bis 150 % des regionalen Fallzahldurchschnittes eine Absenkung um 10 %, für alle darüber hinausgehenden Fallzahlen eine Absenkung um 20 %. Für u.a. Laborärzte und Pathologen galt diese Regelung nicht. Aus ihr wurde wiederum für alle Fälle ein weiterer Quotierungsfaktor errechnet. Abschnitt IV fügte zusätzliche Leistungsbudgets ein. Eine weitere geringfügige, rückwirkende Änderung (Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702) erfolgte durch Beschluss vom 20.06.1998, bekannt gemacht als Teil 1 der Bekanntmachung vom 26.06.1998. Ab 01.01.1998 wurde Anlage 3 zu LZ 702 erneut durch Beschluss vom 28.11.1998, bekannt

gemacht als Teil 1 der Bekanntmachung vom 09.12.1998, geändert. Eine wesentliche Änderung trat dann erst für das Quartal III/98 ein.

Die Kläger sind als Fachärzte für Radiologie zur vertragsärztlichen Behandlung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Mit Honorarbescheid vom 25.03.1998 für das Quartal III/97 setzte die Beklagte das Nettohonorar der klägerischen Praxis nach Abzug der Kosten für die Sicherstellung (1.352,76 DM) und weiterer Verwaltungskosten (10.563,25 DM) auf 438.938,49 DM fest. Von den angeforderten CT-Leistungen (Nrn. 5210 und 5211 EBM) mit einem Volumen von 3.402.160 Punkten erkannte sie 3.338.880 Punkte an. Dies ergab eine durchschnittliche Bewertung je Scan (bezogen auf 80 Punkte) von 98,14 %. Ferner nahm die Beklagte eine "Bewertung" der budgetrelevanten Fälle der Arztpraxis im Rahmen der "fallzahlabhängigen" Bewertung nach Anlage 3 Abschnitt I zu LZ 702 HVM mit einem "Bewertungsfaktor" von 96,44 % vor. Bei einem hierfür maßgeblichen Honorarvolumen von 676.211,95 DM und einer budgetrelevanten Fallzahl von 4.242 senkte sich der Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 159,41 DM auf 153,73 DM. Insgesamt verringerte sich das angeforderte Honorarvolumen dadurch um 24.005,52 DM. Hierauf entfielen auf den Primärkassenbereich 14.641,23 DM und den Ersatzkassenbereich 9.364,29 DM.

Hiergegen legten die Kläger am 13.05.1998 Widerspruch ein, mit dem sie eine angemessene Vergütung unter Einschluß der Gewährung von Härtefallzahlungen nach Nr. 703 und/oder Sonderzahlungen nach Nr. 607 HVM beehrten. Unter Hinweis auf eine vorgelegte Gewinn- und Verlustrechnung, die mit einem Überschuß von 30.762,61 DM abschloß, trugen sie vor, ihnen sei für ihre ärztliche Leistung kein ausreichendes Honorar verblieben. Nach Ausgleich der Betriebsausgaben müsse ihnen nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Honorar von 180.000,- DM bzw. für zwei Ärzte von 360.000 DM jährlich verbleiben. Sie hielten daher eine Nachzahlung von 59.237,39 DM für dieses Quartal für angemessen. Zur Anspruchsbegründung verwiesen sie auf [Art. 12 GG](#) und verschiedene Bestimmungen des SGB V. Ferner führten sie zur Rechtswidrigkeit des Honorarbescheids und des HVM aus. Mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 08.07.1998 setzten sie ferner zur Meidung einer Untätigkeitsklage eine Frist bis zum 10.10.1998.

Am 13.10.1998 haben die Kläger zunächst Untätigkeitsklage erhoben.

Mit Honorarbescheid vom 24.06.1998 für das Quartal IV/97 setzte die Beklagte das Nettohonorar der klägerischen Praxis nach Abzug der Kosten für die Sicherstellung (1.503,37 DM) und weiterer Verwaltungskosten (11.741,03 DM) auf 487.875,45 DM fest. Von den angeforderten CT-Leistungen (Nrn. 5210 und 5211 EBM) mit einem Volumen von 3.400.880 Punkten erkannte sie 3.333.600 Punkte an. Dies ergab eine durchschnittliche Bewertung je Scan (bezogen auf 80 Punkte) von 98,0217 % bzw. 78,4 Punkte. Ferner nahm die Beklagte eine "Bewertung" der budgetrelevanten Fälle der Arztpraxis im Rahmen der "fallzahlabhängigen" Bewertung nach Anlage 3 Abschnitt I zu LZ 702 HVM mit einem "Bewertungsfaktor" von 97,27 % vor. Bei einem hierfür maßgeblichen Honorarvolumen von

699.528,24 DM und einer budgetrelevanten Fallzahl von 4.448 senkte sich der Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 157,27 DM auf 152,97 DM. Insgesamt verringerte sich das angeforderte Honorarvolumen dadurch um 19.027,19 DM. Hierauf entfielen auf den Primärkassenbereich 11.716,04 DM und den Ersatzkassenbereich 7.311,15 DM.

Hiergegen legten die Kläger am 16.07.1998 Widerspruch ein. Zur Begründung verwiesen sie auf ihren Vortrag bezüglich des vorherigen Quartals.

Die Beklagte verband beide Verfahren und wies mit Widerspruchsbescheid vom 15.12.1998, den Klägern am 17.12. zugestellt, die Widersprüche zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Honorarbescheide verstießen nicht gegen den Grundsatz der Bestimmtheit, da sie unter Zuziehung der beigefügten Anlagen geeignet seien, die einzelnen Berechnungsschritte nachzuvollziehen. Der HVM genüge dem Gleichbehandlungsgebot. Der Grundsatz auf "angemessene Vergütung" begründe keinen Anspruch eines einzelnen Arztes auf eine höhere Vergütung. Aus der mangelnden Rentabilität einer Arztpraxis oder eines speziellen Behandlungsbereichs ließen sich keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Honorierung ziehen. Die Wirtschaftlichkeit einer Praxis zähle vielmehr zum Berufsrisiko eines freiberuflich tätigen Arztes wie eines jeden Selbständigen. Es sei weder Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, durch Umverteilung allen Kassenärzten eine auskömmliche Praxis zu sichern, noch habe sie eine Fürsorgepflicht, dem Vertragsarzt die Sorge um die Existenz abzunehmen. Es bestehe keine Verpflichtung zur Leistung von Sonder- oder Ausgleichszahlungen. Maßnahmen zur Leistungsbegrenzung und zur Steuerung des Leistungsgeschehens seien zulässig, ebenso eine Teilquotierung. Anhaltspunkt dafür, daß eine zu niedrige Vergütung der ärztlichen Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährde, seien weder dargetan noch sonst ersichtlich.

Mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 22.12.1998 haben die Kläger die Untätigkeitsklage unter Einbeziehung des Quartals IV/97 auf eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage umgestellt. Zur Begründung der Klage tragen sie im wesentlichen vor, die Praxis sei in allen streitbefangenen Quartalen voll ausgelastet gewesen. Sie sei sparsam, wirtschaftlich und unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten geführt worden. Die Honorarbescheide seien nichtig, jedenfalls aber rechtswidrig, weil sie unbestimmt und unverstündlich seien und es ihnen an einer zulässigen Begründung mangle. Der Zusammenhang zwischen den Anlagen und dem festgesetzten Nettohonorar werde nicht ersichtlich wie überhaupt die Berechnung des Nettohonorars unverstündlich sei. Die Honorarbescheide seien ferner rechtswidrig, weil sie die vertragsärztliche Tätigkeit nicht angemessen vergüteten. Vertragsärzte hätten einen verfassungsrechtlich aus [Art. 12 GG](#) gesicherten Rechtsanspruch darauf, daß ihre Leistungen für Versicherte angemessen vergütet werden würden. Die Vergütung müsse die Kosten decken, einen "Arztlohn" enthalten, die Möglichkeit der Gewinnerzielung offenlassen und nicht wesentlich unter den üblichen Vergütungen vergleichbarer Tätigkeiten liegen.

Mit den Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sei von einem Arztlohn in Höhe von 180.000, DM auszugehen. Eine einen Gewinn enthaltende Vergütung könne der Gesetzgeber nur vermindern, wenn dies unabweislich erforderlich sei, um schwerwiegende Gefahren für überragend wichtige Gemeinschaftsgüter abzuwenden, da der "Vertragsarzt" heute ein eigener Beruf sei. Auch wenn man von einer Berufsausübungsregelung ausgehe, so reiche sie an eine Berufszulassungsschranke heran. Ein Eingriff müsse durch besonders wichtige Interessen der Allgemeinheit gerechtfertigt sein. Die für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehende Gesamtvergütung könne durch verschiedene Möglichkeiten erhöht werden. Ein subjektiver öffentlich-rechtlicher Leistungsanspruch ergebe sich auch aus [§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 SGB V](#) und aus Richterrecht nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Gegenwärtig drohe allen radiologischen Praxen in Hessen der wirtschaftliche Zusammenbruch. Dies indiziere, daß die vertragsärztliche Vergütung in Hessen generell unauskömmlich sei. Auch begegneten die Rechtsgrundlagen, auf denen die Honorarbescheide beruhten, prinzipiellen rechtlichen Einwendungen. EBM und HVM verstießen gegen das Gebot der Normenklarheit. Der EBM sei in wesentlichen Teilen unverständlich. Der hessische HVM sei der wirrste und unverständlichste unter allen Honorarverteilungsmaßnahmen. Kennzeichnend seien für ihn zahlreiche Verweisungen. Er sei unsystematisch aufgebaut. Wesentliche Einzelteile des HVM seien unverständlich. EBM und HVM verstießen auch gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt. Bei ihnen handele es sich wesentlich um Gesetzgebungsmaterie. Der HVM könne nicht unterhalb der Ebene des Verordnungsgebers geregelt werden. EBM und HVM beruhten zudem nicht auf einem zulässigen gesetzlichen Ermächtigungsgeflecht. Auch sei eine läckenlose gerichtliche Kontrolle erforderlich. Verfassungsrechtliche Mindestanforderung sei aber, daß die Mitglieder des normgebenden Gremiums ihre Bestellung in einer demokratischen Legitimationskette von den Mitgliedern der betreffenden Selbstverwaltungskörperschaften, also den Versicherten und Vertragsärzten, ableiten könnten. Sie dürften deshalb auch keine unzulässigen dynamischen Verweisungen enthalten. Der Bewertungsausschuß sei demokratisch nicht ausreichend legitimiert. Der EBM sei auch nicht als Bestandteil der Bundesmantelverträge eine die Kläger bindende Rechtsquelle. Eine Verbindlichkeit könne auch nicht durch gesetzliche Bestimmung hergestellt werden. Für den HVM bestehe das Problem in seinen dynamischen Verweisungen. EBM und HVM verstießen ferner gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Sach- und Systemgerechtigkeit. Den Punktzahlen im EBM lägen keine betriebswirtschaftlichen Kostenermittlungen zugrunde, die rechtsstaatlichen Mindestanforderungen an Rationalität genügen. Die Unterscheidung in budgetierte und nichtbudgetierte Arztgruppen und die Berechnung der einzelnen Budgets sei rechtswidrig. Für Radiologen/Strahlentherapeuten/Nuklearmediziner schafften die Anlagen 1 und 2 des HVM einen gedeckelten Topf. Nach der Anlage 3 würden die Leistungen nach Ziff. I zusätzlich budgetiert, nach Ziff. II z.T. quotiert. Eine Abstufung bestimmter Leistungen erfolge nach LZ 503. LZ 503 sehe Obergrenzen vor. Mehrere Behandlungen desselben Patienten in ein und demselben Quartal gelten als ein Behandlungsfall und würden nur einmal vergütet. Eine Art

Interventionspunktwert sei erst bei 6,5 Pf. festgelegt worden. Im Ergebnis bewirkten all diese Maßnahmen, daß eine angemessene Vergütung nicht erzielt werde. Vornehmlich dies mache den HVM rechtswidrig. Der gedeckelte Honorartopf führe zu einer faktischen Budgetierung. Im EBM habe man hiervon noch abgesehen, weil die Kostenstruktur nicht bekannt sei. Radiologen arbeiteten ausschließlich auf Überweisung, hätten auf den Umfang ihrer Tätigkeit keinen Einfluß. CT- und MR-Leistungen dürften deshalb nicht nur bis zu einer bestimmten Gesamtpunktzahl für berechnungsfähig erklärt werden. Die Beschickung dieses Bereichstopfes dürfe nicht an das Aufteilungsverhältnis der Gesamtvergütung in den Vorjahren gebunden werden. Der HVM schaffe auch rechtswidrige unterschiedliche Verteilungspunktwerte zwischen den Arztgruppen. Als auf Überweisung tätige Ärzte hätten Radiologen aber auf die Mengendynamik keinen Einfluß. Eine unterschiedliche Mengendynamik einzelner Leistungsbereiche sei auch Ausdruck dafür, daß der jeweilige fachärztliche Aufwand unterschiedlich hoch sein könne. Durch die Bildung von Honoraröpfen werde das im EBM ausgedrückte Wertverhältnis der Leistungen verfälscht. Für das Quartal III/97 z.B. bewirke die Absenkung für die Radiologen einen Ertragsrückgang von 60,2 %, für Frauenärzte hingegen nur von 31,8 % und für Urologen von nur 39,4 %. Noch krasser werde das Ergebnis, wenn man von dem für Radiologen tatsächlich ausgezahlten Punktwert von 6,84 Pf. ausgehe. Der Ertragsrückgang gegenüber 1994 betrage dann 99,9 %. Die Beklagte habe auch nicht die volle Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte verteilt. So habe sie nach Maßgabe der Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung der Beklagten Abzüge vorgenommen. Hierfür fehle es an einer ausreichenden gesetzlichen Ermächtigung. Diese Bestimmungen der Bekl. verstießen auch gegen den Grundsatz der Normenklarheit. Die Höhe der Beiträge sei unverhältnismäßig. Die Bekl. habe ferner rechtswidrig ein Darlehen an ärztliche Stellen vergeben, Aufwandsentschädigungen an ehrenamtliche Richter bei den Sozialgerichten geleistet und überhöhte Verwaltungskostenbeiträge erhoben. Für das Haushaltsjahr 1997 habe sie eine Mio. DM für mögliche Rückzahlungen aufgrund der Urteile des LG Frankfurt/M. bereitgestellt. Auch dieser Betrag werde der Verteilungsmasse entzogen. Die Gerichte seien auch verpflichtet, die dem Honorarbescheid zugrunde liegenden Honorarnormen in vollem Umfang auf ihre Rechtmäßigkeit zu überprüfen. Für die Untätigkeitsklage seien die außergerichtlichen Kosten der Bekl. aufzuerlegen, da sie sich seit der Begründung des Widerspruchs fünf Monate Zeit mit der Widerspruchsbescheidung gelassen habe. Mit einer Flut von Widersprüchen habe die Bekl. rechnen müssen. Neben weiteren Unterlagen haben die Kläger insbesondere ein Gutachten von Frau F. F., Die Bestimmungen des HVM Hessen 3/97 führe zu einer unzulässig niedrigen Vergütung der Leistungen der Radiologen und Nuklearmediziner, Stellungnahme zum Honorarverteilungsmaßstab 3/97 der KV Hessen, im Auftrag der Notgemeinschaft der Radiologen und Nuklearmediziner in Hessen e.V., vom 2. November 1998, eine Überschuldungsrechnung für das 4. Quartal 1997 der G. Treuhand GmbH, Steuerberatungsgesellschaft A-Stadt, vom 08.02.1999 und eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verfaßte Darstellung der von der KBV angewandten Methodik zur orientierenden betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation ärztlicher Leistungen vom 22.12.1994 zur Gerichtsakte gereicht.

Im einzelnen wird auf die Schriftsätze des Prozeßbevollmächtigten vom 12.10., 20.11., 22.12.1998, 08.02., 25.02., 22.06. und 28.06.1999 verwiesen.

Die Kläger beantragen,
die Honorarbescheide vom 25.03.1998 für das Quartal III/97 und 24.06.1998 für das Quartal IV/97, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.12.1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, den aus der Vielzahl der Widerspruchsverfahren resultierenden längeren Bearbeitungszeiten sei man mit entsprechenden organisatorischen Maßnahmen begegnet. Bereits 1994 habe man eine eigene Abteilung "Widerspruchsverfahren" gegründet und diese seitdem personell aufgestockt. Durch die EBM-Änderungen sei die Flut von Widersprüchen in den Jahren 1997 und 1998 nochmals angestiegen, so daß man trotz der angespannten Haushaltslage drei weitere Mitarbeiterinnen mit der Bearbeitung der Widerspruchsverfahren betraut und eine zweite Widerspruchsabteilung eingerichtet habe. Diese habe ab 1.4.1998 ihre Arbeit bei der Bezirksstelle H-Stadt aufgenommen. Ab 1.10.1998 habe man eine gemeinsame Widerspruchsabteilung mit der Bezirksstelle J-Stadt eingerichtet und zwei weitere Assessoren eingestellt. Durch die Aufhebung der rückwirkenden Teilbudgetierung von Gesprächs- und Untersuchungsleistungen hätten die Honorare für die Quartale I und II/96 neu berechnet werden müssen. In der Sache sei die Klage unbegründet. Die einzelnen Berechnungsschritte könnten unter Zuziehung der beigefügten Anlagen nachvollzogen werden. Einzelnen Bestimmungen im SGB V ließe sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen, welches die gesetzgeberischen Vorgaben für die Vergütung der Vertragsärzte so präzise, wie auf abstrakter Ebene möglich, beschrieben. Auch der EBM sei bisher von den Sozialgerichten als rechtmäßig eingestuft worden. Auch die EHV beruhe auf hinreichender gesetzlicher Grundlage. Verteilt werden könne nur das zur Vergütung stehende Honorarvolumen. Die gesamtvertragliche Regelung habe auch 1997 einen Honorarzuwachs im wesentlichen nur in Höhe der Grundlohnsummenentwicklung zugelassen. Zur Stabilisierung des Punktwerts seien mengenbeschränkende Maßnahmen im Honorarverteilungsmaßstab und die Bildung von festen Honorarkontingenten notwendig. Es müsse verhindert werden, daß sich überproportionale Mengenausweitungen in einem Leistungsbereich über den damit wegen der Limitierung der Gesamtvergütung verbundenen Rückgang des Punktwertes auf die Vergütung in anderen Leistungsbereichen auswirkten. Damit solle das Verteilungsrisiko im Interesse aller Vertragsärzte vermindert werden. Durch die individuelle Vergütungsgrenze im HVM könne bei Überschreitung des Grenzwerts die Höhe der Vergütung für die einzelne erbrachte Leistung sinken, was aber zulässig sei. Der Bezug auf das individuelle Budget einer Praxis, das die gesamte Praxistätigkeit enthalte, verschaffe dem Arzt eine gewisse Planungs- und Kalkulationssicherheit. Damit werde auch das Leistungsangebot und eventuelle Besonderheiten berücksichtigt. Demgegenüber sei die Vornahme

einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation als Grundlage für die Verteilung der Gesamtvergütung untauglich, da weder der medizinische Bedarf noch die Leistungskriterien der Praxen im vorhinein individuell festgelegt werden könnten und die Kosteneinflüsse subjektiven Einschätzungen unterliegen. Auch der auf Überweisung tätige Arzt sei nicht ohne Einfluss auf die Leistungsmenge. Der Grundsatz der angemessenen Vergütung habe bloß objektiv-rechtliche Bedeutung. Im übrigen bestehe nur ein Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung. Es sei nicht zu beanstanden, daß nur die vollständig erbrachte Leistung berechnungsfähig sei. Dies gelte auch, wenn der Grund beim Patienten liege. Das Risiko von Leistungsstörungen, die ihre Ursache im Verantwortungsbereich des einzelnen Patienten hätten, treffe alle Ärzte gleichermaßen. Im einzelnen wird auf die Schriftsätze der Bekl. vom 04.11. und 10.06.1999 verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt geklärt ist und die Beteiligten hierzu vorher gehört worden sind ([§ 105](#) Sozialgerichtsgesetz â SGG -). Keine besonderen Schwierigkeiten sieht die Kammer nach Klärung der Rechtsfragen insbesondere durch ihr Urteil vom 02.02.2000 (Az.: [S 27 KA 3759/98](#) verbunden mit S 27 KA 2162/99).

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden. Gegenstand des Verfahrens sind ausschließlich die angefochtenen Bescheide, nicht jedoch die Entscheidungen über die klägerischen Anträge auf Härtefallzahlungen nach LZ 803 HVM und/oder Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM. Hierbei handelt es sich um besondere Anspruchsgrundlagen, die rechtlich vom satzungsgemäßen Honoraranspruch zu unterscheiden sind. Entscheidungen über entsprechende Anträge können verfahrensrechtlich getrennt werden. Sie sind bisher auch nicht rechtshängig geworden.

Die Klage ist aber unbegründet.

Der Honorarbescheid vom 25.03.1998 und der Honorarbescheid vom 24.06.1998 für das Quartal III/97, beide in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 15.12.1998 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Die klägerische Praxis hat für diese Quartale keinen Rechtsanspruch auf Neubescheidung ihres Honoraranspruchs.

Die angefochtenen Bescheide sind formell rechtmäßig.

Die angefochtenen Bescheide sind ausreichend begründet.

Ein schriftlicher Verwaltungsakt ist schriftlich zu begründen. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben (§ 35 Abs. 1 Satz 1 und 2 Sozialgesetzbuch, 10. Buch, Verwaltungsverfahren – SGB X).

Alle streitbefangenen Honorarbescheide lassen in ihren Anlagen, die Bestandteile der Verwaltungsakte sind und im wesentlichen die Begründung beinhalten, die entscheidenden Berechnungsfaktoren erkennen. Die Anzahl- und Summenstatistik legt die Anzahl der einzelnen Positionen aus allen Behandlungsfällen im Quartal nach dem EBM als der Grundlage der ärztlichen Vergütung dar. Hierbei handelt es sich lediglich um eine Zusammenfassung der von der ärztlichen Praxis eingereichten Abrechnungsunterlagen. Soweit der als Antrag aufzufassenden Abrechnung des Arztes nicht gefolgt wird, ergeht durch die Beklagte eine sachlich-rechnerische Berichtigung als Bescheid oder aber als weiteres Begründungselement im Honorarbescheid, was aber vorliegend nicht der Fall ist. Soweit fall- und leistungsbezogene Begrenzungsregelungen im EBM und HVM bestehen, werden diese ebenfalls gesondert berechnet und als Anlage beigefügt, wie z. B. hinsichtlich der Laborbudgetregelung (Abschnitt O I EBM). Soweit keine Vorwegvergütung zu festen Vergütungssätzen erfolgt; was bei der klinischen Praxis der Fall ist, gehen alle Leistungen in die Honorarverteilung nach LZ 702 HVM ein. Zunächst wird die Punktezahl der jeweiligen Einzelposition nach dem EBM mit der Anzahl dieser Leistung in allen Behandlungsfällen des jeweiligen Quartals multipliziert. Für die einzelnen Leistungspositionen lassen sich diese Teilsummen bereits aus der Anzahl- und Summenstatistik ablesen. Die Summe dieser Teilsummen wiederum geht bei den Ärzten, die keiner Teilbudgetierung nach dem EBM (LZ 208 HVM) unterliegen, was bei radiologischen Praxen der Fall ist, in die Quotierung nach der Anlage 3 zu LZ 702 HVM, Abschnitt I ein, soweit sie zur Honorargruppe 4 gehören und es sich nicht um von der Quotierung ausgenommene Leistungen handelt. Dabei wird das sich aus Anzahl und Punktezahl ergebende Punktzahlvolumen rechnerisch, das heißt fiktiv mit einem Wert von 10 Pfennigen bewertet. Zur Verdeutlichung wird dieser im Bescheid als "angefordertes (ambulantes) Honorarvolumen" bezeichnete Betrag hier als Summe 1 bezeichnet. Die Summe 1 wird mit dem sich aus Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 ergebenden Faktor ("Bewertungsfaktor") multipliziert. Dieser Betrag geht ggf. in die weitere Berechnung nach den folgenden Abschnitten der Anlage 3 zu LZ 702 ein, was aber bei der klinischen Praxis nicht der Fall war. Mit Hilfe der zunächst einheitlich berechneten Quotierungsfaktoren kann dann wiederum der rechnerische Kassenbetrag für die beiden Kassenbereiche angegeben werden. Das Ergebnis dieser Berechnungen wird in einer weiteren Anlage angegeben. Soweit die Punktzahlen für die beiden Kassenbereiche nicht in einer gesonderten Aufstellung angegeben werden, sind sie aber errechenbar aus der nach Krankenkassen gegliederten Anzahl- und Summenstatistik.

Insgesamt sieht die Kammer eine Nachprüfbarkeit als gegeben an, da die wesentlichen Angaben und Rechenoperationen sowie Teilergebnisse im Bescheid genannt werden. Die Rechenvorgänge nach den einzelnen Abschnitten der Anlage 3 zu LZ 702 HVM und die hierfür relevanten Ausgangsdaten werden in den Anlagen jeweils genannt. Die einzelnen Rechenschritte sind jedenfalls unter

Beziehung der Satzung als Rechtsgrundlage nach Auffassung der Kammer nachvollziehbar. Soweit die einzelnen Berechnungsschritte nur nach näherer Befassung mit dem Honorarbescheid verstehbar sind, ist dies dem einzelnen Vertragsarzt zumutbar. Die Kammer hält es zwar für möglich und wünschenswert, die Begründung und damit Transparenz eines Honorarbescheids zu erhöhen, sieht aber in den angegriffenen Bescheiden die rechtlich geforderten Mindestvoraussetzungen als noch erfüllt an. Von daher brauchte die Kammer nicht zu entscheiden, inwieweit die Beklagte nach [Â§ 35 Abs. 2 Nr. 3 SGB X](#) von einer Begründung absehen konnte. Selbst bei unzureichender Begründung würde der dann vorliegende Formfehler nach [Â§ 42 Satz 1 SGB X](#) nicht zur Aufhebung der beanstandeten Bescheide führen, da es sich bei der Festsetzung des Honoraranspruch nach der Satzung um eine gebundene Entscheidung handelt (vgl. BSG SozR-32500 [Â§ 85 SGB V](#) Nr. 23, Seite 147, 149 f.).

Ein Verstoß gegen die Anhörungspflicht liegt nicht vor.

Bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, ist diesem Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern (24 SGB X).

Bereits aus dem Wortlaut der genannten Vorschrift ergibt sich, daß eine Pflicht zur Anhörung lediglich in der sog. Eingriffsverwaltung besteht. Hierzu gehören aber Honorarbescheide als Leistungsbescheide nicht (so bereits BSG [SozR 1200 Â§ 34 Nr. 8](#) unter ausführlicher Darlegung der Gesetzesmaterialien und m.w.N.; vgl. ferner [BSGE 68, 42, 44](#); [BVerwGE 66 184](#), 186). Im übrigen hat der Vertragsarzt bereits mit Antragstellung, also der Einreichung seiner Abrechnungsunterlagen, die Möglichkeit zur Stellungnahme. Zudem bezieht sich die Anhörungspflicht allein auf "Tatsachen". Ein rechtliches Gehör, wie es die Prozeduren für Gerichtsverfahren verlangen (z.B. [Â§ 62 SGG](#)), sieht das Verwaltungsverfahrensgesetz (SGB X) nicht vor. Ferner kann die Anhörung bis zum Abschluß des Vorverfahrens nachgeholt werden ([Â§ 41 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 SGB X](#)). Eine solche Anhörung ist im Widerspruchsverfahren zu sehen, da die Honorarbescheide alle für die Entscheidung maßgeblichen Tatsachen enthalten. Bereits von daher liegt kein Verstoß gegen die Anhörungspflicht vor.

Die Honorarbescheide sind auch materiell rechtmäßig.

Die angefochtenen Bescheide sind inhaltlich hinreichend bestimmt ([Â§ 33 Abs. 1 SGB X](#)).

Bereits alle streitbefangenen Ausgangsbescheide bestimmen eindeutig die Höhe des Brutto- und Nettohonorars der klinischen Praxis. Nur hierauf, auf den sog. Verfassungssatz mit der eigentlichen Regelung der Honorarbescheide als Verwaltungsakte i. S. d. [Â§ 31 Satz 1 SGB X](#) ist der Bestimmtheitsgrundsatz zu beziehen. Er läßt klar und unzweideutig erkennen, wie hoch der Honoraranspruch der klinischen Praxis ist. Dies wird im klinischen Vortrag auch eingeräumt. Soweit die Berechnung dieses Honoraranspruchs im einzelnen als unverständlich und unbestimmt gekennzeichnet wird, handelt es sich ausschließlich um eine

Frage der Begründung eines Verwaltungsakts.

Die Beklagte hat das aus EBM und HVM bestehende Regelwerk zur Errechnung des Vergütungsanspruchs der kassenärztlichen Praxis in den streitbefangenen Quartalen zutreffend angewandt. Diesbezüglich wird kassenärzterseits auch kein Rechtsfehler geltend gemacht. Zutreffend berechnet die Beklagte auch jeweils einen für Primär- und Ersatzkassen einheitlichen Quotierungsfaktor, da Anlage 3 zu LZ 702 HVM in den einzelnen Abschnitten von einer einheitlichen Quotierung ausgeht. Eine Trennung nach den einzelnen Kassenbereichen erfolgt erst mit der Bildung der Honorargruppen nach Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM.

Soweit gerügt wird, eine Vergütung von "Behandlungsfällen" nur einmal im Quartal sei sachwidrig, so fehlt es bereits an der Substantiierung, welche Behandlungsfälle in den jeweiligen Verfahren damit gemeint sind.

Der HVM ist rechtmäßig, soweit er hier zur Anwendung kommt.

Soweit Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702 HVM rechtswidrig ist (vgl. Urteil der Kammer vom 02.02.2000 – Az.: [S 27 KA 3759/98](#) verbunden mit S 27 KA 2162/99) wird die kassenärztliche Praxis aber nicht in ihren Rechten verletzt. Für die hier streitbefangenen Quartale ist eine Quotierungsmaßnahme lediglich nach Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM erfolgt. Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702 HVM kann daher die kassenärztliche Praxis in diesen Quartalen nicht beschweren.

Im Übrigen ist der HVM rechtmäßig.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – BSG –, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, sind Honorarverteilungsregelungen einer Kassenärztlichen Vereinigung in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu messen. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistung des Kassenarztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Das Gesetz schließt danach eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge, dass die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden, nicht grundsätzlich aus. Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz der Honorarverteilungsvorschriften darf die Kassenärztliche Vereinigung die Verteilung allerdings nicht frei nach ihrem Ermessen gestalten; sie ist vielmehr an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden. Dieser besagt, dass die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind. Der normsetzenden Körperschaft bleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen

Verpflichtungen gerecht zu werden. Insbesondere ist es zulässig, im Honorarverteilungsmaßstab feste fachgruppenbezogene Honorarkontingente zu bilden, auch wenn das zur Folge haben kann, daß bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in einzelnen ärztlichen Fachgebieten die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet werden (so zuletzt BSG, Urteile vom 03.03.1999 – Az.: [B 6 KA 56/97 R](#) und [15/98 R](#) –; BSG SozR 3-2500 [Ä§ 85 SGB V](#) Nr. 24; [BSGE 81, 213](#), 217 f.). Es liegt in der Logik eines Systems der Vergütung nach erbrachten Einzelleistungen, daß durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das bisherige Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert wird. Deshalb ist es auch außerhalb der Zeiträume eines unmittelbar durch das Gesetz begrenzten Anstiegs der Gesamtvergütung sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Honorarverteilung gedeckt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben und damit prinzipiell zu verhindern, daß Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einflüsse auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen haben (so BSG SozR 3-2500 [Ä§ 85 SGB V](#) Nr. 24).

Ausgehend hiervon sind die angegriffenen Honorarverteilungsregelungen der Beklagten über den bereits dargelegten Umfang hinaus nicht zu beanstanden.

Der HVM ist formell rechtmäßig. Insbesondere hat die Beklagte das Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen hergestellt ([Ä§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Der Honorarverteilungsmaßstab ist auch als Satzung ergangen und durch die genannten Bekanntmachungen veröffentlicht worden.

Der HVM ist auch materiell rechtmäßig.

Der HVM beruht auf einer inhaltlich hinreichend bestimmten Ermächtigungsgrundlage in [Ä§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Der Gesetzgeber hat damit die wesentlichen Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütung vorgegeben. Insbesondere liegt kein Verstoß gegen [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vor.

Honorarverteilungsbestimmungen beeinträchtigen weder unmittelbar noch mittelbar die Freiheit der Berufswahl, sondern greifen in ihrer berufsregelnden Auswirkung lediglich in die Freiheit der Berufsausübung ein. Der staatliche Gesetzgeber darf autonome Berufsverbände zur Ordnung berufsinterner Angelegenheiten ermächtigen, die das Verhältnis der Verbandsmitglieder untereinander betreffen, wobei die Anforderungen an die Bestimmtheit der erforderlichen gesetzlichen Ermächtigung nicht gemäß [Art. 80 Abs. 1 GG](#), sondern unter sinngemäßer Anwendung der vom Bundesverfassungsgericht zu [Art. 12 Abs. 1 GG](#) entwickelten Stufentheorie zu beurteilen sind. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß der Spielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Festsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes recht begrenzt ist, da einerseits der Betrag der zu verteilenden Gesamtvergütung und andererseits die Summe der nach Art und Umfang der ärztlichen Leistungen zu berechnenden, meist auf

der Grundlage von Gebührenordnungen ermittelten Honorarforderungen festliegen und innerhalb dieses Rahmens eine prinzipiell gleichmäßige Verteilung zu erfolgen hat. Dabei bleibt im wesentlichen nur Spielraum für die Festlegung mehr technischer Einzelheiten und für die Begrenzungsmaßnahmen bei einer sog. übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit (so BVerfG, [NJW 1972, 1509](#), 1510 f.).

Diese Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1972 treffen auf den heutigen Rechtszustand weiterhin zu. Das Bundesverfassungsrecht hat ferner im Jahre 1984 bezüglich der weniger inhaltlich bestimmten Ermächtigung des Ordnungsgebers auf Bundesebene zum Erlaß einer Gebührenordnung für die privatärztliche Tätigkeit ausgeführt, zur Klärung von Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung im einzelnen können der Sinnzusammenhang der Norm mit anderen Bestimmungen und das Ziel der gesetzlichen Regelung sowie auch ihre Entstehungsgeschichte herangezogen werden ([BVerfGE 68, 319](#), 333). Dies gilt in noch stärkerem Maße für die Ermächtigung des Satzungsgebers nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Die Begrenzung der zu verteilenden Mittel hat durch gesetzlich vorgegebene Gesamt- oder Teilbudgets bzw. durch starke gesetzliche Reglementierung der das Gesamtbudget aushandelnden Vertragsparteien der sog. gemeinsamen Selbstverwaltung eher zugenommen. Die verstärkte Reglungsdichte auf Satzungsebene ist geradezu Ausdruck des Bemühens, trotz begrenzter Mittelzuweisung und gesetzgeberischer Vorgaben dem Gebot einer prinzipiell gleichmäßigen Verteilung innerhalb der Arztgruppen nachzukommen und Verwerfungen innerhalb der Ärzteschaft durch ein verändertes Abrechnungsverhalten einzelner Ärzte oder Arztgruppen auszugleichen. Hinzu kommt, daß die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage durch die sozialgerichtliche Rechtsprechung hinreichend rechtlich konkretisiert wurde.

Im übrigen räumt der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen damit eine weitgehende Gestaltungsfreiheit ein, weil niemand besser darüber entscheiden kann, wie die Gesamtvergütung unter Beachtung der Leitgesichtspunkte des Gesetzes und unter Berücksichtigung der örtlichen Besonderheiten des Selbstverwaltungsbereichs sachgemäß unter die Leistungserbringer zu verteilen ist ([BSGE 22, 218](#), 224). Dies gilt auch für die Einführung honorarbegrenzender Maßnahmen, da die kassenärztlichen Vereinigungen eine relativ verlässliche Übersicht darüber haben, bei welchen Arztgruppen die Folgen eines Punktwerteverfalls gesundheits- und honorarpolitisch unerwünscht sind und zur Gefährdung zahlreicher im Grunde wirtschaftlich arbeitender und für die wirtschaftliche Versorgung insgesamt notwendiger Praxen führen kann ([BSGE 81, 86](#), 101).

Ein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot liegt nicht vor.

Rückwirkende Änderungen eines HVM unterliegen geringere Anforderungen an ihre Zulässigkeit als etwa Änderungen des EBM, da der HVM nicht an die Leistungserbringung, sondern allein an die Verteilung der Gesamtvergütung anknüpft. Von ihm geht in sehr viel geringerem Maße eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes aus. Die Höhe des

Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter, insbesondere die Höhe der Gesamtvergütung und Umfang und Art der von allen Ärzten abgerechneten Leistungen stehen regelmäßig erst längere Zeit nach Quartalsabschluss fest (Vgl. [BSGE 81, 86](#), 89 ff.). Die rückwirkende Einführung von Honorarverteilungsregelungen zur sachgerechten Verteilung von Mindereinnahmen ist zulässig, da diese Regelungen nicht schon in abgewickelte Tatbestände eingreifen. Der Vertragsarzt hat mit der Leistungserbringung noch keinen feststehenden Vergütungsanspruch, sondern nur einen von der Höhe der gezahlten Gesamtvergütung abhängigen Anspruch auf Berücksichtigung dieser Leistungen bei der Verteilung der Gesamtvergütung erworben (Vgl. BSG, Urteil vom 19.12.1984 – [6 RKA 8/83](#) –, [MedR 1985, 283](#) ff.; [BSGE 81, 86](#)). Eine kurzfristige Inkraftsetzung eines neuen HVM, insbesondere einer Honorarbegrenzungsregelung ist jedenfalls dann unbedenklich, wenn sich die Änderung nicht auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken konnte ([BSGE 77, 288](#), 291) oder mangels eines empfindlichen Eingriffs in das Recht der freien Berufsausübung die Grenze des Zumutbaren nicht überschritten hat (BSG SozR 2200 – § 368 f Nr. 15).

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe ist der Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 29.11.1997 nicht zu beanstanden. Dies gilt insbesondere auch für die Einführung eines neuen Abschnitts I zur Anlage 3 der LZ 702. Die Einführung einer Quotierung aufgrund der Abweichung von der durchschnittlichen Fallzahl ist letztlich unabhängig vom Behandlungsverhalten des Arztes. Sie bezweckt allenfalls indirekt, weniger Patienten zu behandeln. Vornehmlich dient diese Bestimmung, wie bereits ausgeführt, dazu, einen beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleineren Praxen zu schaffen. Sie führt damit einen weiteren Gesichtspunkt ein, der zu keinen wesentlichen Verschiebungen der Honorarverteilung führt. Ihre rückwirkende Einführung ist daher unter dem Gesichtspunkt des Rückwirkungsverbots nicht zu beanstanden. Dies gilt auch für die übrigen Änderungen, die alle nur geringe Auswirkungen auf die Honorarverteilung haben.

Der Verweis im HVM auf den EBM ist zulässig, insbesondere ist eine Rechtswidrigkeit des EBM nicht erkennbar.

Die Übernahme des EBM in den HVM der Beklagten (LZ 202 Abs. 1 HVM) ist nicht zu beanstanden.

Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausdrücktes Verhältnis zueinander ([§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Zwar hat der Gesetzgeber eine Bindung an den HVM nicht vorgeschrieben, jedoch kann dem Satzungsgeber der Beklagten nicht verwehrt werden, auf die vom Gesetzgeber so vorgesehene originäre Bewertungskompetenz des Bewertungsausschusses zurückzugreifen. Die Entscheidung des Satzungsgebers besteht dann darin, daß grundsätzlich die Vergütung nach der leistungsproportionalen Bewertung vorzunehmen ist. Wie diese Leistungsproportionen zu bewerten sind, ist aber nach der gesetzgeberischen Vorgabe Aufgabe des Bewertungsausschusses. Von daher kann der Satzungsgeber

Az.: [B 6 KA 56/97 R](#) und 15/98 R -; [BSGE 77, 288](#), 294). Gleichfalls nicht zu beanstanden ist die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Honorargruppen nach Abschnitt II der Anlage 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM.

Die Kammer hält auch die Budgetierung / Teilquotierung der Honorarforderungen nach der Anlage 3 zu LZ 702 HVM für rechtmäßig, soweit nicht ihre Rechtswidrigkeit zuvor festgestellt wurde.

Die Quotierungsmaßnahme nach Abschnitt I dient einem beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen innerhalb einer Fachgruppe, gemessen an der Zahl der Behandlungsfälle. Sie verändert nicht wesentlich die Vergütung nach Art und Umfang der Leistungen. Eine Ungleichbehandlung kann in dieser Regelung nicht gesehen werden. Es ist auch sachlich gerechtfertigt, da Pathologen von dieser Maßnahme ausgenommen sind. Insbesondere liegt hierin keine Benachteiligung der radiologischen Praxen. Bereits in der Vorlage A 10/97 zu TOP 2.2 der Abgeordnetenversammlung am 05.04.1997 wird darauf hingewiesen, daß sich durch die auch der Kammer bekannte Verschärfung der Qualitätssicherungsmaßnahmen auf dem Gebiet der Zytologie die Leistungserbringung der gynäkologischen Zytologie von den Gynäkologen auf die Pathologen verschoben hat. Aus diesem Grund sind nach dem nicht anzuzweifelnden Vortrag der Beklagten vermehrt Sicherstellungsprobleme aufgetreten, die es notwendig gemacht hätten, die Pathologen aus der fallzahlabhängigen Bewertung herauszunehmen.

Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 begrenzt demgegenüber praxisindividuelle Leistungsausweitungen, indem er für den Teilfallwert einen Vergleich mit früheren Quartalen herbeiführt und bei entsprechenden Steigerungen eine Quotierung der Honoraranforderung vorsieht. Ausgangslage für die Maßnahme nach Abschnitt II ist hierbei der nach Abschnitt I quotierte Punktwert. Der Fallwert ist "vor Durchführung der Maßnahmen nach Abschnitt II" zu korrigieren bzw. gehen die "nach vorstehender Maßnahme" also nach der Maßnahme nach Abschnitt I eine "neu bewertete/teilquotierte Honorarforderung" in die weitere Berechnung des Honoraranspruches der Arztpraxis ein. Nur dann, wenn die Quote nach Abschnitt I 100 % beträgt, also eine Fallzahl genau in der Größe der Vergleichsgruppe vorliegt, geht der aktuelle Teilfallwert in der angeforderten Höhe in die Maßnahme nach Abschnitt II ein. Ist die Fallzahl geringer, geht ein erhöhter, über 100 % liegender Teilfallwert in die Maßnahme nach Abschnitt II ein, ist die Fallzahl geringer, geht ein verminderter Fallwert ein. Denkbar ist der Fall, daß eine Praxis deshalb einer Quotierung nach Abschnitt II unterworfen wird, weil sie eine unterdurchschnittliche Fallzahl hat, obwohl ihr Teilfallwert im Vergleich zu den Vorjahresquartalen gleich geblieben, in Extremfällen sogar gefallen ist. Dieses Ergebnis ist zwar widersprüchlich zur Steuerungsfunktion des Abschnitts II. Dennoch sieht die Kammer darin keinen Widerspruch zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Soweit nämlich Maßnahmen nach Abschnitt I (begünstigend) und II (belastend) durchgeführt werden, nivellieren sich diese Maßnahmen im Ergebnis. Die begünstigende Quotierung nach Abschnitt I wird dann insoweit durch die deshalb stärker ausfallende Quotierung nach Abschnitt II wieder aufgehoben. Im Ergebnis wird nur die Praxis begünstigt, die mit einer

geringeren Fallzahl ihren Umsatz nicht durch Fallwerterhöhungen gesteigert hat. Dies hält die Kammer für noch sachgerecht.

Im Übrigen hat die Kammer wiederholt die Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 HVM ähnlichen Regelungen in den Honorarverteilungsmaßstäben der Beklagten zu den Vorläuferquartalen III/96 bis II/97 für rechtmäßig befunden. Die Kammer hat im Urteil vom 02.02.2000 (Az.: [S 27 KA 3759/98](#) verbunden mit S 27 KA 2162/99) insoweit an ihrer bisherigen Rechtsprechung festgehalten (vgl. Urteil v. 16.12.1998, Aktenzeichen S 27 KA 575/98, verbunden mit S-27 KA -576/98; zuletzt mit Urteilen v. 01.12.1999, Aktenzeichen [S 27 KA 550/98](#) und [S 27 KA 1872/98](#)). Letztlich kann diese Frage hier dahinstehen, da die klägerische Praxis durch Maßnahmen nach Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 nicht betroffen wird.

EBM und HVM verstoßen nicht gegen das Gebot der Normenklarheit.

Aus der Komplexität, Kompliziertheit und dem Ineinandergreifen verschiedener Regelungsebenen folgt nicht bereits die Rechtsunwirksamkeit der Regelungsmaterie. Dies ist kein besonderes Kennzeichen allein des Rechts der Vertragsärzte.

Hinsichtlich des EBM ist bereits ausgeführt worden, daß er dem Gebot der Normenklarheit hinreichend genügt. Im Übrigen ist der klägerische Vortrag insoweit unsubstantiiert, als er verschiedene Bestimmungen des EBM aufführt, aber nicht darlegt, inwieweit es für den Honoraranspruch der klägerischen Praxis hierauf ankommt. Ein solcher Zusammenhang war der Kammer auch nicht ersichtlich. In seiner Allgemeinheit verfehlt ist auch die klägerische Behauptung, die ärztlichen Adressaten des HVM würden infolge eines "Verweisungswirrwarrs" nicht die maßgeblichen Regelungen erkennen können. Dies trifft insbesondere nicht für die im Vergleich zu anderen Arztgruppen eher einfache Regulationsstruktur des Honoraranspruchs der radiologischen Praxen zu. In den Ausführungen zur Begründung der angefochtenen Verwaltungsakte hat die Kammer bereits die Normstruktur dargelegt, aus der sich der Honoraranspruch einer radiologischen Praxis ergibt. Im Übrigen sind Verweisungen grundsätzlich zulässig. Aus dem klägerischen Vortrag wird ferner nicht ersichtlich, weshalb ihm die Berechnung seines Honoraranspruchs nicht anhand des HVM nachvollziehbar sein sollte. Ein abstraktes Normenkontrollverfahren war hier jedenfalls nicht durchzuführen und ist auch vom Sozialgerichtsgesetz nicht vorgesehen. Bereits von daher kann hier dahinstehen, ob ein inhaltliches Unverständnis aus einem angeblich unsystematischen Aufbau und unklaren Einzelbestimmungen folgt.

Ein Verstoß gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit liegt auch deshalb nicht vor, weil nach der klägerischen Behauptung keine angemessene Vergütung erzielt wird.

Kein Vertragsarzt hat einen 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 werden, noch darauf, daß alle auf Überweisung erbrachten Leistungen mit einem festen

Punktwert verglichen werden (so BSG, Urteil vom 03.03.1999 – Az.: [B 6 KA 56/97 R](#) -, S. 7 m.w.N.). Das BSG sieht Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung im Regelfall erst dann, wenn der Punktwert der aus einem Honorartopf verglichenen Leistungen auf Dauer um 15 % oder mehr niedriger ist als der Punktwert der sonstigen Leistung (s. ebd., S. 8). Das BSG hat bisher praxisindividuelle Punktwerte einer radiologischen Praxis von 7,796 und 7,777 Pfennigen, die damit um 8,1 % bzw. 6,3 % vom allgemeinen Punktwert abwichen (ebd.), und von 6,7 Pfennigen (BSG, Urteil vom 03.03.1999 – Az.: [B 6 KA 8/98](#) -) nicht beanstandet. Es hat hierzu weiter ausgeführt, zwar könne das dem Gleichheitssatz innewohnende Differenzierungsgebot verletzt sein, wenn die Honorierung aller ärztlichen Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führen, die etwa wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen die Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht ausweiten könnten. Maßgebend hierfür sei aber nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe im Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Eine solche Konstellation, die insbesondere auf die Situation der Psychotherapeuten zutreffe, liege allerdings bei der Erbringung radiologischer Leistungen nicht vor. Bei ihnen finde eine Mengenausweitung statt. Auch zeige die durchschnittliche Honorarentwicklung bis 1997, daß die Facharztgruppe der Radiologen sich durchaus im Bereich der von anderen Arztgruppen mit Gebietsbezeichnung erzielten Überschüsse bewege und damit deutlich über den von allgemein- und praktischen Ärzten erzielten Gewinnen gelegen habe (BSG, Urteil vom 03.03.1999 – Az.: [B 6 KA 8/98](#) -, S. 8 f.).

Im Quartal III/97 wurde die Honoraruntergruppe 4.16 "Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner" mit 6,40 (Primärkassen) und 7,50 Pfennigen (Ersatzkassen) und im Quartal IV/97 mit 6,90 bzw. 7,85 Pfennigen verglichen. Bei allen Punktwerten der Honorargruppe 4.16 handelte es sich um die Punktwerte nach den Stützungsmaßnahmen aufgrund der Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 des HVM der Beklagten. Im Ergebnis lagen sie somit lediglich um 10 % unterhalb des Punktwerts, der sich für alle Honorargruppen der Gruppe 4 ergeben würde. Ausgehend von der dargelegten Rechtsprechung des BSG sind diese Punktwerte nicht zu beanstanden.

Abzustellen ist auch auf diese von der Beklagten ausgewiesenen Punktwerte. Der Abzug eines Verwaltungskostenanteils geschieht auf anderer gesetzlicher (vgl. [Â§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#)) und satzungsrechtlicher (vgl. Â§ 24 der Hauptsatzung der Beklagten) Grundlage und ist daher aus rechtlicher Sicht von der Frage der Honorarverteilung nach [Â§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu unterscheiden. Es kann daher hier dahingestellt bleiben, ob die Festsetzung der Höhe allein durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung und der Bekanntgabe des Inhalts, nicht des Beschlusses selbst als notwendiger, förmlicher Satzung erforderlich ist, wenn die Kammer auch zu dieser Auffassung neigt. Streitgegenstand ist nicht die Feststellung des konkreten Verwaltungskostenbeitrags. Jedenfalls besteht eine hinreichende gesetzliche und satzungsrechtliche Grundlage dafür, daß der zur Honorarverteilung anstehende Betrag durch Beiträge zu den Verwaltungskosten

vermindert wird.

Soweit die Punktwerte aufgrund der Quotierungsmaßnahmen nach Anlage 3 zu LZ 702 zwischen den einzelnen Praxen schwanken, ist dies Folge der von der Satzungsautonomie der Beklagten gedeckten Entscheidung und führt nicht zu einer unzulässigen Gleichbehandlung. Soweit durch die Teilquotierung nicht jede abgerechnete Leistung in vollem Umfang in die Vergütung einfließt, ergibt sich trotz gleichem Verteilungspunkt看wert ein kalkulatorisch unterschiedlicher Punkt看wert für jede einzelne Praxis im gleichen Quartal dieselbe Leistung. Dies ist jedoch keine Besonderheit der radiologischen Praxen, sondern betrifft auch sämtliche Praxen, die der EBM-Budgetierung unterliegen. Hier ist, abhängig vom jeweiligen individuellen Budgetierungsgrad und dem Anteil bestimmter Leistungen, der sich ergebende Punkt看wert bei einer Gegenüberstellung des ausgezahlten Honorars mit der vor der Budgetierung und sonstigen regulierenden Maßnahmen abgerechneten Punktzahl ein im Einzelfall sehr unterschiedliches Ergebnis.

Soweit im klägerseits vorgelegten Gutachten der Frau F. F. auf den höheren Unkostenanteil der Fachgruppe der Radiologen im Vergleich zu den übrigen Ärzten hingewiesen und damit die These aufgestellt wird, dass diese Fachgruppe ein Punktwerteverfall überproportional treffe, so vermochte sich dem die Kammer nicht grundweg zu verschließen. Allerdings fehlt auch hierbei der konkrete Nachweis, dass eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht wirtschaftlich geführt werden könne. Entscheidender ist aber, dass gerade hierbei die steigende Mengenausweitung, die gerade zum Absinken des Punkt看werts geführt hat, außer Betracht bleibt. Die Bildung der Honoraruntergruppen führt gerade dazu, dass der relative Fachgruppenanteil erhalten bleibt. Soweit Stützungen vorgenommen werden, was in allen streitbefangenen Quartalen der Fall war, wird der relative Fachgruppenanteil sogar erhöht. Desweiteren trifft der sinkende Punkt看wert auch alle übrigen Ärzte. Maßgebender Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit ist aber hier nur das Verhältnis einer Arztgruppe zu den übrigen Arztgruppen.

Die Beklagte ist ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht wenigstens für die streitbefangenen Quartale nachgekommen, als sie eine Untergrenze für die Honoraruntergruppe der klägerischen Praxis festgesetzt hat. Mit 10 % unterhalb des allgemeinen Punkt看werts der Honorargruppe 4 hat sie diese Stützungsmaßnahme zu einem früheren Zeitpunkt vorgesehen als für die meisten übrigen Honorargruppen. Damit berücksichtigt sie, dass die Ärzte dieser Honoraruntergruppe nur auf Überweisung tätig werden können.

Nicht zu folgen vermochte die Kammer auch dem klägerischen Vortrag, die Beklagte habe rechtswidrig Abzüge von der Verteilungsmasse vorgenommen. Für die Abzüge zur Deckung der Verwaltungskosten besteht, wie bereits dargelegt, eine ausreichend gesetzliche Grundlage. Die Entscheidung obliegt der Abgeordnetenversammlung. Es sind auch wegen der Höhe keine Gesichtspunkte ersichtlich, dass diese von ihrer Entscheidungsbefugnis in rechtswidriger Weise Gebrauch gemacht hätte. Die Abzüge aus der Erweiterten Honorarverteilung (EHV), die auf ausreichender gesetzlicher Grundlage steht (vgl. § 8 Gesetz über

die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.1953, HessGVBl. 1953, 206), sind nach der hierzu ergangenen Satzung der Beklagten grundsätzlich rechtmäßig, wie in der Vergangenheit bereits mehrfach von den Sozialgerichten entschieden wurde (s. Hess. LSG, Urteil vom 31.03.1982 – Az.: L 7 Ka 703/79 –; vgl. auch BSG, Urteil vom 11.12.1985 – Az.: [6 RKa 14/84](#) –). Bei den rechtswidrigen Aufwendungen für die Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Richter bei den Sozialgerichten, die von der Beklagten regelmäßig in den streitbefangenen Quartalen noch geleistet wurden, handelt es sich um die Verwendung der Mittel für die Verwaltung. Eine Kontrolle hierüber obliegt in erster Linie der Abgeordnetenversammlung als Haushaltsgesetzgeber der Beklagten. Ein subjektives Recht des einzelnen Arztes auf rechtmäßige und/oder sparsame Verwendung der Haushaltsmittel besteht nicht, auch nicht indirekt über den Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung. Gleiches gilt für die vorgetragene Darlehensgewährung. Soweit die Beklagte Rückstellungen wegen erwarteter Regresse vorgenommen hat, ist dies ebenfalls nicht zu beanstanden. Die Bildung von Rückstellungen hierfür oder möglicher Korrekturen der Honorarverteilung dient auch der ordnungsgemäßen Haushaltsführung. Anhaltspunkte dafür, daß die Beklagte sich hierbei nicht innerhalb des Zulässigen halten sollte, sind der Kammer nicht ersichtlich und werden Klägerseits auch nicht substantiiert vorgetragen.

Ein Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung liegt nicht vor.

Das aus [Â§ 72 Abs. 2 SGB V](#) herleitbare Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen kann einen Anspruch auf höhere Vergütung nicht begründen. Dem Gebot kommt nach Wortlaut und Systematik der Regelungen objektiv-rechtliche Bedeutung in dem Sinne zu, daß den Vertragsparteien der kassenärztlichen Versorgung aufgegeben wird, bei deren Ausgestaltung auch die angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen zu berücksichtigen.

Aber auch soweit man mit dem BSG ([BSGE 75, 187](#), 189 ff.; BSG SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1; dagegen Engelhard, in: Hauck/Haines, SGB V, Â§ 85, Rn. 203; s.a. Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, C 72-33, Â§ 85, Rn. 203 m.w.N.) eine Verletzung individueller Rechte annehmen wollte, wenn die maßgeblichen untergesetzlichen Normen gegen das Gebot der angemessenen Vergütung verstoßen, liegt ein Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung nicht vor.

Nach dem BSG ist ein solches subjektives Recht dann gegeben, wenn die Vorschriften ausnahmsweise beim Hinzutreten besonderer, das Gebot der angemessenen Vergütung qualifizierender und individualisierender Umstände auch dem Schutz individueller Rechte zu dienen bestimmt sein können. Dies komme nur in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. Nur in diesem eingeschränkten Umfang können sich Ärzte nach dem BSG zu ihren Gunsten auf einen Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung berufen (so [BSGE 75, 187](#), 191).

Anhaltspunkte dafür, daß der den angefochtenen Honorarbescheiden zugrundeliegende HVM der Beklagten in diesem Sinne gegen das Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen verletze, sind klägerseits weder substantiiert dargetan worden noch ersichtlich. Hiergegen sprechen bereits die von ihnen in den streitigen Quartalen aus den Behandlungen von Primär- und Ersatzkassenpatienten erzielten Umsätze. Mögliche Reserven der Krankenkassen, eine mögliche Erhöhung des Gesamtbudgets, eine Erhöhung der Zuzahlungsbeiträge der Versicherten oder andere Möglichkeiten der Erhöhung des Verteilungsbetrags waren in die Überlegungen der Kammer nicht einzubeziehen. Hierbei handelt es sich um rechtspolitische Überlegungen. Auf ihre Verwirklichung besteht jedenfalls kein subjektiver Anspruch eines einzelnen Arztes. Die Kammer sieht auch keine Bedrohung des ärztlichen Versorgungssystems. Nach der dargelegten Rechtsprechung des BSG ist auf das "kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes" abzustellen, somit nicht auf die individuelle Situation eines einzelnen Arztes oder einer Facharztgruppe. Von daher ist die Zahl der Kläger aus einer Facharztgruppe für die rechtliche Bewertung unerheblich. Im übrigen ist der Honorarumsatz der einzelnen Praxen nicht einheitlich und ist der Kammer auch nicht ersichtlich, daß die radiologische Versorgungssituation am Zusammenbrechen wäre.

Hieraus folgt auch, daß ein Anspruch des einzelnen Arztes auf ein garantiertes Arzteinkommen nicht besteht: Soweit solche Überlegungen in die Berechnungen des EBM einfließen, dienen sie der Rationalität und Nachvollziehbarkeit der Bewertung einzelner Leistungen. Durch sie können aber keine rechtlichen Mindest- oder Garantieansprüche festgeschrieben werden. Hinzu kommt, daß das individuelle Arzteinkommen von zusätzlichen Faktoren wie Patientenzulauf, Praxiskosten, Arbeitseinsatz u.a.m. abhängt. Insoweit trägt der einzelne Vertragsarzt im Rahmen seiner freiberuflichen Tätigkeit auch ein eigenes wirtschaftliches Risiko.

Dennoch hat die Kammer nicht übersehen, daß der praxisindividuelle Punktwert der klägerischen Praxis z.T. noch unterhalb der genannten Werte liegt. Die Kammer verkennt nicht, daß hierin individuelle Härten liegen können. Maßstab für ihre Entscheidung konnte jedoch nicht die besondere Situation der klägerischen Praxis sein, sondern nur die Situation der gesamten Fachgruppe. Die Kammer ging ferner davon aus, daß aus Rechtsgründen, insbesondere aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit und eines eventuellen Anspruchs auf ein angemessenes Honorar der Erhalt bestehender Praxisstrukturen nicht zwingend ist. Die geringen Punktwerte sind letztlich Folge des durch die Vertragsparteien der Gesamtverträge wenigstens zu beachtenden Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, wie ihn der Gesetzgeber vorgegeben hat.

Nach allem war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Hierbei war auch zu berücksichtigen, daß die zunächst erhobene Untätigkeitsklage für das Quartal III/97 begründet war. Entgegen der Auffassung der Beklagten lag für die Verzögerung der Entscheidung über die Widersprüche der klägerischen

Praxis innerhalb der Frist von drei Monaten kein zureichender Grund vor ([Â§ 88 Abs. 2 SGG](#)). Die von der Beklagten geltend gemachte besondere Belastung besteht nach Kenntnis der Kammer bereits seit lnggerem und mu daher als allgemeine Belastung verstanden werden. Verzgerungen in der gesetzlich vorgegebenen Bearbeitungszeit knnen deshalb nicht allein zu Lasten eines Klgers gehen. Zu bercksichtigen war aber auch, da der Streitwert einer Untrtigkeitsklage nur etwa ein Drittel des Werts des eigentlichen Streitgegenstandes betrgt.

Erstellt am: 28.10.2020

Zuletzt verndert am: 23.12.2024