BUNDESSOZIALGERICHT

Im Namen des Volkes

Verkündet am
9. Dezember 2004

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 12/04 R

1. ……,

2. ……,

3. ……,

Kläger und Revisionskläger,

Prozessbevollmächtigte: ……,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Hessen,
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt am Main,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

Bewertungsausschuss für die vertragsärztliche Versorgung,
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 8. Dezember 2004 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtliche Richterin Dr. W i e s e und den ehrenamtlichen Richter Dr. K o r s c h a n o w s k i für Recht erkannt:

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 17. September 2003 wird zurückgewiesen.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Die Kläger haben die außergerichtlichen Kosten der Beklagten für das Revisionsverfahren als Gesamtschuldner zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten über eine höhere Vergütung vertragsärztlicher Leistungen.

Die Kläger waren in den hier streitigen Quartalen III und IV/1997 in Gemeinschaftspraxis (zusammen mit zwei weiteren, zwischenzeitlich ausgeschiedenen Radiologen) im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) in B. als Radiologen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie betrieben eine radiologische Praxis mit Nuklearmedizin, Computer- und Kernspintomographen.

Die Vertreterversammlung der Beklagten beschloss im Zuge der Einführung von Praxis- und Zusatzbudgets durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) zum 1. Juli 1997, ab diesem Zeitpunkt für die Verteilung der Gesamtvergütung in ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) Honorargruppen zu bilden, denen bestimmte Anteile der Gesamtvergütung (Honorarkontingente) zugewiesen wurden (Beschluss vom 14. Juni 1997). Innerhalb der Honorargruppe 4, die alle Arztgruppen insoweit erfasste, als ihre Leistungen nicht anderen Honorargruppen zugeordnet waren, wurden die Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner in der Honorar(unter)gruppe 4.16 geführt. Der Honoraranteil, der zur Verteilung an die einzelnen Honorar(unter)gruppen zur Verfügung stand, bestimmte sich nach den Honorarzahlungen für die einzelnen Honorar(unter)gruppen in den Quartalen I/1995 bis IV/1996. Dabei galt für die Honorar(unter)gruppe 4.16 eine besondere Stützungsregelung, die den maximalen Abstand des Verteilungspunktwertes auf höchstens minus 10 vH zum mittleren Verteilungspunktwert der gesamten Honorargruppe 4 begrenzte.

Der HVM sah ferner für Ärzte, die - wie die Radiologen - nicht in die Honorarbegrenzung durch Praxis- und Zusatzbudgets nach dem EBM-Ä einbezogen waren, Honorarbegrenzungsmaßnahmen in Form von fallwert- und fallzahlabhängigen Budgetierungen (Abschnitt II und III der Anlage 3 zu Leitzahl <LZ> 702 HVM) vor, die um eine fallzahlabhängige Bewertung (Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM) ergänzt wurde. Des Weiteren waren kurativ-ambulante computertomographische Leistungen nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl berechnungsfähig; entsprechendes galt für kurativ-ambulante kernspintomographische Leistungen. Außerdem war der Vorstand der Beklagten ermächtigt, Härtefällen, die durch den EBM-Ä und den HVM bedingt waren, auf Antrag abzuhelfen, sowie, im Einzelfall zeitlich begrenzte, von Bestimmungen der Honorarverteilung abweichende Regelungen zu treffen, wenn die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung dies erforderte.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Ab dem Quartal III/1998 wurden die für Radiologen geltenden Bestimmungen des HVM wesentlichen Änderungen unterzogen.

Bei der Beklagten besteht eine Erweiterte Honorarverteilung (EHV). Diese war auf Grund des Gesetzes über die KÄV Hessen (GKVH) vom 22. Dezember 1953 eingerichtet worden. Nach den zur EHV ergangenen Bestimmungen wurde und wird ein Teil der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen einbehalten und im Wege eines Umlageverfahrens an früher an der vertragsärztlichen Versorgung in Hessen beteiligte Ärzte bzw deren Hinterbliebene ausgezahlt.

Die Kläger behandelten im Quartal III/1997 5.752 Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und 957 Privatpatienten. Ihr Fallwert betrug 240,70 DM (Fallwert der Fachgruppe: 216,81 DM). Die Beklagte setzte das Nettohonorar der Kläger (also nach Abzug von Verwaltungs- und Sicherstellungskosten) für das Quartal auf 941.030,06 DM fest (Bescheid vom 25. März 1998). Mit ihrem Widerspruch begehrten sie unter Vorlage einer Gewinn- und Verlustrechnung höheres Honorar. Auf Grund des Korrekturbescheides vom 22. Juni 1998 erhöhte sich das Honorar um 226,16 DM. Auch gegen diesen Bescheid legten die Kläger Widerspruch ein. Sie hätten 1997 Gesamtkosten von 3.499.767,67 DM (davon Kosten für Geräte und Einrichtung 531.788,12 DM, Abschreibungen 429.166,06 DM) und anteilige Sonderbetriebsausgaben der Gesellschaft aus 1996 von 1.838.635,69 DM (davon Abschreibungen in Höhe von 1.222.477,75 DM und Finanzierungskosten von 469.702,51 DM) gehabt. Abzüglich der anteiligen Kosten für Privatpatienten beliefen sich in diesem Quartal die Kosten für die vertragsärztliche Tätigkeit auf 1.147.756,72 DM. Damit ergebe sich ein Verlust in Höhe von 210.648,72 DM. Diesen müsse die Beklagte ausgleichen und ihnen, unter Zugrundelegung eines zureichenden Arztlohns von 180.000 DM pro Arzt und Jahr, für dieses Quartal 255.000 DM Honorar nachzahlen.

Für das Quartal IV/1997 (Fallzahl der klägerischen Praxis: 5.798; Privatpatienten: 963; Fallwert: 237,69 DM; Fallwert der Fachgruppe: 215,20 DM) setzte die Beklagte das Nettohonorar der Kläger auf 985.692,21 DM fest (Bescheid vom 24. Juni 1998). Mit ihrem Widerspruch machten sie unter Vorlage einer Gewinn- und Verlustrechnung geltend, bei Betriebsausgaben von 1.147.756,74 DM betrage der Verlust 165.068,74 DM. Sie begehrten für dieses Quartal insgesamt eine Honorarnachzahlung von 390.068,74 DM.

Die Beklagte wies die Widersprüche zurück.

Die Kläger beantragten zudem in beiden streitigen Quartalen die Gewährung von Härtefall- und Sicherstellungszahlungen. Über diese Anträge wurde noch nicht bestands- bzw rechtskräftig entschieden.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage gegen die Honorarbescheide für die Quartale III und IV/1997 mit Urteil vom 20. Juni 2001 abgewiesen. Die Kläger haben Berufung eingelegt. Das Landessozialgericht (LSG) hat den Bewertungsausschuss beigeladen und die Berufung der Kläger mit Urteil vom 17. September 2003 zurückgewiesen. Die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Sie seien hinreichend bestimmt (§ 33 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch <SGB X>) und ausreichend begründet (§ 35 SGB X); die Beklagte habe auch nicht gegen die Anhörungspflicht nach § 24 SGB X verstoßen. - Die Honorarbescheide beruhten auf Rechtsgrundlagen, die rechtlich nicht zu beanstanden seien. Der HVM sei, soweit er auf die Kläger anzuwenden sei, rechtmäßig. Er sei ordnungsgemäß zu Stande gekommen, insbesondere sei das Benehmen mit den Krankenkassen hergestellt. Bei der Veröffentlichung seien die einschlägigen Satzungsregelungen beachtet worden. Der HVM sei auch nicht deshalb unwirksam, weil der neue Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 (fallzahlabhängige Bewertung) rückwirkend zum 1. Juli 1997 eingefügt worden sei; denn diese Regelung sei bereits in der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 angekündigt worden. - Der HVM verstoße weder gegen das Gebot der Normenklarheit noch gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt. Die Vertreterversammlung der Beklagten sei hinreichend demokratisch legitimiert; die Mitwirkung außerordentlicher Mitglieder sei nicht zu beanstanden. - Weder aus Art 12 Abs 1 Grundgesetz (GG) noch aus den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) lasse sich ein Anspruch auf ein "angemessenes Honorar" oder in abgeschwächter Form auf einen festen Punktwert herleiten. Die fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung könne nur dann geltend gemacht werden, wenn dadurch das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen beeinträchtigt sei. Es bestehe jedoch kein Anlass zu der Annahme, die Versorgung im Bereich der Radiologie könne generell gefährdet sein. - Auch der EBM-Ä sei, soweit für die Honorarfestsetzung der Kläger maßgeblich, nicht zu beanstanden. Die Normgeber des EBM-Ä hätten ihrem weiten, durch die prognostische Situation gegebenen Einschätzungsspielraum Genüge getan. Die Kostenansätze, die sie dem EBM-Ä zu Grunde gelegt hätten, hätten auf einer Reihe von Gutachten und gutachtlichen Stellungnahmen beruht, auf deren Basis die tatsächlichen Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen ermittelt worden seien, und zwar auch für den Bereich der Radiologie. Für die Budgetierungsregelungen des EBM-Ä enthalte § 87 Abs 2a SGB V eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage. - Die Begrenzung der Scan- und der Frequenzzahl halte sich im Rahmen der Regelungsbefugnis des Normgebers. Nicht zu beanstanden sei, dass der EBM-Ä den Behandlungsfall auf ein Quartal und nicht auf den konkreten Leistungsfall beziehe. - Die Honorarbegrenzungsregelungen im HVM seien rechtmäßig. Bei den Maßnahmen nach den Abschnitten I, II und III der Anlage 3 zu LZ 702 HVM handele es sich um Instrumente zur Mengenbegrenzung und zur Stabilisierung der Punktwerte, die auch bei überweisungsgebundenen Leistungen, wie sie von Radiologen erbracht würden, zulässig seien. - Aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit folge nicht, dass ein Vertragsarzt immer die Chance haben müsse, einen Praxisüberschuss aus vertragsärztlicher Tätigkeit in einer Größenordnung zu erzielen, wie sie andere Arztgruppen durchschnittlich erreichten.

Die Honorarbescheide seien auch insoweit nicht zu beanstanden, als von der Verteilungssumme ein Abzug für die EHV in Höhe von 5 vH erfolge. Dieser Abzug sei rechtens. Die landesrecht-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

liche Ermächtigungsgrundlage im Gesetz über die KÄV Hessen werde von Art 4 § 1 des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 bestätigt. - Rechtlich zulässig sei auch, dass die Umsetzung dieser Regelung der Selbstverwaltung überlassen worden sei. - Ebenso wenig griffen die Einwendungen gegen den Abzug von Verwaltungskosten und deren Verwendung durch. Die Beklagte sei nach § 81 Abs 1 Satz 3 Nr 5 SGB V berechtigt, entsprechende Abzüge vorzunehmen. Unbedenklich sei auch die Einrichtung von Bezirksstellen, wie § 81 Abs 2 SGB V zeige. - Schließlich verstießen die gesetzlichen Bestimmungen zur Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung - sowohl was die Einrichtung von Selbstverwaltungskörperschaften betreffe, als auch soweit die Delegation zur Normsetzung an diese Körperschaften in Rede stehe - nicht gegen Verfassungsrecht. - Soweit die Kläger meinten, aus Art 12 Abs 1 GG einen Anspruch auf ein "angemessenes Honorar" in Höhe von 180.000 DM pro Arzt und Jahr zu haben, lasse sich dies nicht aus Verfassungsrecht herleiten. Den Klägern bleibe grundsätzlich ausreichend Spielraum für eine auf Gewinnerzielung gerichtete ärztliche Tätigkeit.

Die Kläger rügen mit ihrer Revision eine Verletzung ihres Rechts auf angemessene Vergütung aus Art 12 Abs 1 GG iVm § 72 Abs 2, § 85 Abs 2 Satz 4, Abs 3 Satz 1, Abs 4 Satz 3 SGB V und § 2 Abs 1 Buchst a der Satzung der Beklagten, auf Schutz des Eigentums (Art 14 Abs 1 GG), des Gebots der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus Art 3 Abs 1 GG, des Rechtsstaatsprinzips (Art 20 Abs 2, Art 28 Abs 1 Satz 1 GG), des Demokratieprinzips (Art 20 Abs 2, Art 28 Abs 1 Satz 1, Art 38 Abs 1 Satz 1 GG), des Anspruchs auf effektiven Rechtsschutz (Art 19 Abs 4 GG) sowie der §§ 103, 128 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Es sei rechtswidrig, dass ihnen die Beklagte in den streitigen Quartalen ein Kostendefizit von 210.648,72 DM und von 165.068,74 DM für ihre vertragsärztliche Praxis nicht erstattet und keinerlei Arztlohn gezahlt habe. Die Beklagte sei verpflichtet, ihnen Nachzahlungen in angemessener, vom Gericht im Einzelnen festzulegender Höhe zu leisten. Denn sie hätten aus Art 12 Abs 1 GG iVm § 72 Abs 2, § 85 Abs 2 Satz 4, Abs 3 Satz 1 und Abs 4 Satz 3 SGB V sowie aus § 2 Abs 1 Buchst a der Satzung der Beklagten Rechtsansprüche auf angemessene Vergütung gegen die Beklagte. Auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) bestünden solche Rechtsansprüche dann, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. - Das Grundrecht auf angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen könne nicht unter dem Gesichtspunkt der Beitragssatzstabilität gesetzlich eingeschränkt werden. Das GG schütze nur ein verfassungskonformes System der gesetzlichen Krankenversicherung. Das gegenwärtige System sei ua wegen rechtswidriger Finanzierung krankenversicherungsfremder Leistungen durch Beiträge der Versicherten verfassungswidrig. - Die vertragsärztliche Vergütung sei nur dann angemessen, wenn die vollen für die vertragsärztliche Tätigkeit entstandenen Kosten erstattet und der Arbeitsaufwand des Vertragsarztes in einer Höhe vergütet werde, die der Vergütung vergleichbarer akademischer Tätigkeiten entspreche. Angemessen sei ein Arztlohn von jährlich 180.000 DM je Arzt. Maßstab hierfür sei das Gehalt eines Oberarztes. - Stattdessen habe, wie das LSG unschwer hätte ermitteln können, die den hessischen Radiologen ab dem Quartal III/1997 gewährte Vergütung im

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Durchschnitt zur Nullgrenze tendiert. Jedenfalls hätten sie - die Kläger – in den Quartalen III und IV/1997 weit unter der Kostengrenze gearbeitet. Vertragsärzten mehrere Quartale lang nicht einmal ihre Kosten zu erstatten und keinerlei Vergütung für ihren Arbeitsaufwand zu gewähren, sei sittenwidrig. Die Bescheide seien deshalb gemäß § 40 Abs 2 Nr 5 SGB X nichtig.

Die Honorarbescheide verstießen des Weiteren gegen ihren Anspruch auf uneingeschränkte Verteilung der Gesamtvergütung (§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V). Der Abzug für die EHV sei rechtswidrig. Die Grundsätze über die EHV seien nichtig. Es werde bestritten, dass ihr Volltext jemals als Satzung beschlossen, ausgefertigt und genehmigt worden sei. Jedenfalls fehle es an einer wirksamen Veröffentlichung. Denn die Bekanntmachungsregelung in § 28 der Satzung der Beklagten, die eine Veröffentlichung alternativ durch Rundschreiben oder im Hessischen Ärzteblatt zulasse, sei mit dem Rechtsstaatsprinzip nicht vereinbar. - Die Grundsätze der EHV entbehrten auch einer zulänglichen Rechtsgrundlage für die mit den Zwangsabzügen verbundenen Eingriffe in die Grundrechte aus Art 12 Abs 1 und Art 14 Abs 1 GG. § 8 des Gesetzes über die KÄV Hessen reiche als Ermächtigungsgrundlage nicht aus. Die Bestimmung beschränke sich auf eine Ermächtigung zur "wirtschaftlichen Sicherung"; welcher Art diese sein dürfe, bleibe offen. Eine derartige Blankettermächtigung entspreche nicht der Wesentlichkeitslehre. - Die Grundsätze über die EHV seien objektiv unverständlich und verstießen damit gegen das Verfassungsgebot der Normklarheit. - Ferner verletzten sie das Gleichheitsgebot und das Übermaßverbot, weil die Umlage unbegrenzt und nur teilweise durch Kosten korrigiert vom Umsatz erhoben werde und weil die Versorgungsbeiträge und die Versorgungsbezüge nicht in einem auch nur annähernd vertretbaren Verhältnis zueinander stünden. - Das auf einem reinen Umlageverfahren basierende Versorgungssystem der EHV sei spätestens seit Mitte der 1990er Jahre auch objektiv ungeeignet, eine sachgerechte und gleichheitskonforme Versorgung zukünftiger Generationen von Vertragsärzten sicherzustellen. - Ferner sei der Abzug von Verwaltungskosten zu Unrecht erfolgt. Hierfür fehle eine Rechtsgrundlage. § 81 Abs 1 Satz 3 Nr 5 SGB V reiche als Erhebungsgrundlage ebenso wenig aus wie § 5 Abs 1, § 7 Abs 1 Buchst g und § 24 Abs 1 der Satzung der Beklagten. - Zudem verstoße die Erhebung unterschiedlich hoher Verwaltungskosten in den einzelnen Bezirken gegen Art 3 Abs 1 GG. - Die Honorar- und Widerspruchsbescheide seien formell rechtswidrig. Sie seien für die Empfänger objektiv unverständlich und verstießen gegen § 33 Abs 1 SGB X oder jedenfalls gegen § 35 SGB X. Die Berechnung des ausgezahlten Honorars lasse sich aus den entscheidenden Teilen der Honorarbescheide nicht entnehmen. Unverständlich sei insbesondere das Ineinandergreifen der Kürzungsmechanismen, wie sie sich aus den verschiedenen Bescheidbestandteilen ergäben. - Die Widerspruchsentscheidungen verletzten das Gebot rechtlichen Gehörs (§ 24 SGB X), weil der Vorstand ihre - der Kläger - Widerspruchsbegründungen nicht zur Kenntnis genommen habe. Dabei hätte der Vorstand prüfen müssen, ob der von ihnen - den Klägern - reklamierte verfassungsrechtliche Anspruch auf angemessene Vergütung bestehe. In diesem Rahmen hätte er sich eine Meinung darüber bilden müssen, was angemessen sei. Diese Meinungsbildung sei nicht normativ gebunden gewesen, sondern habe dem Vorstand Ermessensspielräume eröffnet. - Die Honorarbescheide beruhten auf fehlerhaften Rechtsquellen. Der EBM-Ä sei rechtswidrig. Seine Bewertungsregelungen griffen tief in die Grundrechte der Vertragsärzte aus Art 12 Abs 1, Art 14 Abs 1 und Art 3

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Abs 1 GG ein und hätten schwer wiegende Auswirkungen auf die Grundrechte der Versicherten aus Art 2 Abs 2 Satz 1 GG. Derart empfindliche Einschränkungen müsse der Gesetz- oder Verordnungsgeber selbst regeln. - Die Budgetierung bestimmter Arztgruppen im EBM-Ä ab dem Quartal III/1997 finde in § 87 SGB V keine Grundlage. Budgets stellten nicht die Bewertung eines Leistungskomplexes dar, sondern dienten ausschließlich der Mangelbewirtschaftung bei einer unzulänglichen Gesamtvergütung. - Die Normgeber des EBM-Ä seien nicht rechtsstaatlich-demokratisch-autonom legitimiert. Weder die Partner der Bundesmantelverträge noch der Bewertungsausschuss seien verfassungskonform beschaffen. - Das Fehlen eines Minderheitenschutzes in den Vertreterversammlungen der KÄVen schlage auch auf die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) durch und mache deren Entscheidungen rechtsstaatlich insuffizient. Außerdem sei die Legitimationskette von den Vertragsärzten bis zu den Gremien der KÄBV homöopathisch verdünnt und damit unzureichend. - Die Krankenkassen seien nicht rechtsstaatlich-demokratisch-autonom verfasst. Ihre Tätigkeit beruhe weit überwiegend auf Friedenswahlen, die keine demokratische Legitimation vermitteln könnten. - Die Ersatzkassenverbände seien als juristische Personen des Privatrechts keine geeigneten Rechtsnormgeber. Die Versicherten seien in den Verwaltungsräten der Krankenkassen nicht vertreten. Eine ununterbrochene demokratische Legitimationskette bestehe nicht, weil die Verwaltungsräte der Landesverbände nicht generell von allen Mitgliedskassen beschickt würden. - Auch der Bewertungsausschuss sei nicht rechtsstaatlich und demokratisch legitimiert, zumal er um unparteiische, nicht weisungsgebundene Mitglieder erweitert werde, wenn es nicht zu einstimmigen Beschlüssen komme. - Rechtswidrig sei auch das Verfahren, nach dem der Bewertungsausschuss tätig werde. Undurchschaubar sei, wer im Vorfeld seiner Entscheidungen mitwirke, ob und welche Gutachten den Entscheidungen zu Grunde gelegt würden, ob überhaupt betriebswirtschaftliche Untersuchungen angestellt würden, welche Vorgaben die Gutachter erhielten, sowie vor allem, welche nicht betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkte seinen Entscheidungen zu Grunde lägen. - Des Weiteren genüge der EBM-Ä nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Verständlichkeit untergesetzlicher Rechtsvorschriften. Das System der Praxis- und Zusatzbudgets bereite den Vertragsärzten unüberwindbare Verständnisschwierigkeiten. - Der EBM-Ä sei ferner rechtswidrig, weil der Bewertungsausschuss vor der Bewertung der radiologischen Leistungen seiner Ermittlungspflicht nicht genügt habe. Dieses rechtswidrige Verhalten könne auch nicht mit einer Anfangs- und Erprobungsregelung gerechtfertigt werden. - Rechtswidrig sei der EBM-Ä auch deshalb, weil er die budgetierten und die nicht-budgetierten Arztgruppen ungleich behandle, wodurch ihnen - den Klägern -, die einer nicht-budgetierten Gruppe angehörten, möglicherweise Nachteile entstanden seien. Das Fehlen von Kostendaten sei kein sachgerechter Grund für diese Ungleichbehandlung. - Die Beschränkung der Scanzahl in Abschnitt Q I. 7 EBM-Ä habe dazu geführt, dass in vielen Fällen Untersuchungen nicht lege artis hätten ausgeführt werden können. In den streitigen Quartalen hätten sie - die Kläger - erheblich mehr Scans aufwenden müssen, als ihnen vergütet worden seien. Die gegenteilige Behauptung des LSG widerspreche ihrem - der Kläger - Vortrag, sei unzutreffend und stehe daher mit § 128 Abs 1 SGG nicht in Einklang. - Die Scanzahlbeschränkung verstoße gegen das im Rechtsstaatsprinzip wurzelnde Sachgerechtigkeitsprinzip. Es wäre fachwissenschaftlich durch-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

aus möglich gewesen, die im Durchschnitt einer radiologischen Praxis erforderliche Zahl von Scans richtig zu ermitteln. - Rechtswidrig sei auch, dass nach Abschnitt Q I. 7 EBM-Ä nur ein Behandlungsfall im Quartal abrechnungsfähig sei. Diese Regelung sei nicht sachgerecht und daher rechtsstaatswidrig. - Ferner seien ihnen - den Klägern - nach der Regelung in A I. (Allgemeine Bestimmungen) Teil A 1. Satz 1 EBM-Ä Leistungen nicht vergütet worden, weil sie nicht vollständig erbracht worden seien. Diese Regelung sei nicht sinnvoll, weil auch in diesem Fall eine Leistung erbracht worden sei.

Die angefochtenen Bescheide seien auch deshalb rechtswidrig, weil gegen den ihnen zu Grunde liegenden HVM durchgreifende rechtliche Bedenken bestünden. Eine Vertreterversammlung, der neben den Vertretern der Vertragsärzte auch außerordentliche Mitglieder angehörten, sei zu wesentlichen Berufsausübungsregelungen nicht hinreichend legitimiert. Darüber hinaus habe die Zusammensetzung der Vertreterversammlung der Beklagten auf die Zusammensetzung der Vertragsärzteschaft keine Rücksicht genommen. Mangels eines Minderheitenschutzes sei die Vertreterversammlung als grundrechtseinschränkender Normgeber ungeeignet. Das habe die Beklagte nunmehr selbst erkannt und insoweit nachgebessert. - Der HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden. Da die Materialien unzugänglich seien, werde bestritten, dass zu den Sitzungen der Vertreterversammlung ordnungsgemäß eingeladen worden sei, dass die Ausfertigungen mit den angeblich gefassten Beschlüssen übereinstimmten, dass das Benehmen mit den Kassenverbänden hergestellt und dass der HVM satzungsgemäß veröffentlicht worden sei. Auf die Überprüfung, ob der HVM wirksam in Kraft gesetzt sei, hätten sie - die Kläger - unter der Geltung des Art 19 Abs 4 Satz 1 GG auch dann Anspruch, wenn sie ihre Zweifel zunächst nicht konkretisieren könnten. - Weiter sei der Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten vom 29. November 1997 rechtswidrig, weil er rückwirkend ab dem Quartal III/1997 einen neuen Abschnitt I in Anlage 3 zu LZ 702 HVM eingefügt habe. Die allgemeine Ankündigung in der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 könne mangels konkreter Angaben ein späteres rückwirkendes Inkraftsetzen nicht rechtfertigen. - Die Rechtsgrundlage des HVM (§ 85 Abs 4 SGB V) habe in ihrer 1997 geltenden Fassung dem Parlaments- und Gesetzesvorbehalt nicht genügt. Die Vorschrift habe keinerlei Vorgaben für den Maßstab der Honorarverteilung enthalten und stehe mit der Rechtsprechung zur verfassungsrechtlichen Wesentlichkeitslehre nicht in Einklang. Die zusätzliche arzt-/praxisbezogene Budgetierung/Quotierung (Anlage 3 zu LZ 702) entbehre einer gesetzlichen Ermächtigung. - Der HVM sei auch deshalb rechtswidrig, weil die Vertreterversammlung bei seinem Erlass keinerlei Informationen über die Kosten- und Ertragslage der hessischen Radiologen gehabt und keine prognostischen Erwägungen über die Auswirkungen der von ihr beschlossenen Regelung angestellt habe. - Der HVM rechtfertige sich ebenfalls nicht als Anfangs- und Erprobungsregelung, denn auch hierfür benötige man Daten. - Des Weiteren verstoße er gegen das Gebot der Normklarkeit. Er enthalte rund 20 Verweisungen auf andere Rechtsnormen und erreiche damit einen Verschachtelungsgrad, der nicht mehr hinnehmbar sei. Zudem übernehme er die weithin unverständliche und unerklärte Diktion des EBM-Ä und füge eigene unerklärte Termini hinzu. - Ferner sei die durch den HVM bewirkte ungleiche Vergütung gleicher radiologischer Leistungen in den verschiedenen Arztgruppen rechtswidrig. Der Umstand, dass ansonsten das vom EBM-Ä und dem Honorarnormgeber gewählte System der Bud-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

getierung und Topfbildung nicht funktioniere, rechtfertige die Ungleichbehandlung nicht. - Die Bildung eines Honorartopfs für Radiologen sei rechtswidrig. Sie widerspreche dem Verzicht auf eine Budgetierung für Radiologen im EBM-Ä. - Die Topfbewirtschaftung sei auch nicht sachgerecht. Es gebe keinen Sinn, Arztgruppen gegeneinander vor Mengenentwicklungen zu schützen. Zudem sei es nicht sachgerecht, Radiologen das Risiko einer Leistungsmengenausweitung anderer Fachkollegen anzulasten, weil sie diese nicht zu verantworten hätten. - Es sei gleichfalls rechtswidrig gewesen, bei der Bemessung des Honorarvolumens für die Radiologen an die Quartale III/1995 und III/1996 anzuknüpfen, weil bereits in diesen nicht bedarfsgerecht honoriert worden sei. - Ein Honorartopf für Nuklearmediziner, konventionelle radiologische Praxen und Großgerätepraxen sei zu undifferenziert. - Die extremen Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte ließen sich mit Art 3 Abs 1 GG nicht vereinbaren. - Die Punktwertabsenkung durch den HVM verfälsche den EBM-Ä und verstoße gegen Art 3 Abs 1 GG. Bei der Festlegung der Punktwerte müsse der Honorarnormgeber darauf achten, dass er die Proportionen der im EBM-Ä vorgegebenen Punktekomponenten (Kostenerstattung und Arztlohn) auch dann wahre, wenn die Punktwerte niedriger, als vom EBM-Ä-Normgeber unterstellt, festgelegt würden. Hiervon könne bei dem vorliegenden HVM nicht die Rede sein. - Schließlich litten auch die Honorarbegrenzungsmaßnahmen in Anlage 3 zu LZ 702 HVM an Sachungerechtigkeiten und Gleichbehandlungsverstößen gegenüber den Radiologen. So sei in Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM insbesondere die Bemessung der Fallzahlbereiche rational nicht nachvollziehbar. Sodann sei die Nicht-Vergütung bestimmter Honoraranteile in Abschnitt II.3 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM rechtswidrig. - Auch verstoße die Herausnahme ua der Laborärzte, Pathologen und ermächtigten Ärzte von den Honorarbeschränkungsmaßnahmen gegen Art 3 Abs 1 GG.

Die Kläger beantragen,

> die Urteile des Hessischen Landessozialgerichts vom 17. September 2003 und des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. Juni 2001 sowie die Honorarbescheide der Beklagten vom 25. März 1998 und vom 22. Juni 1998 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 16. Dezember 1998 und 27. November 2000 sowie den Bescheid der Beklagten vom 26. Mai 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Vergütung ihrer - der Kläger - vertragsärztlichen Leistungen für die Quartale III und IV/1997 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen.

Die Beklagte und der Beigeladene beantragen,

> die Revision zurückzuweisen.

Die Beklagte führt im Einzelnen aus, die Kläger hätten keinen Anspruch auf höhere Vergütung aus Art 12 Abs 1 GG, § 72 Abs 2, § 85 Abs 2 Satz 4, Abs 3 Satz 1, Abs 4 Satz 3 SGB V, § 2 Abs 1 Buchst a der Satzung der Beklagten. Ein derartiger Rechtsanspruch bestehe nicht. Die Rechtsprechung des BSG stelle insoweit auf ein Systemversagen ab, das voraussetze, dass die vertragsärztliche Versorgung überregional nicht mehr sichergestellt sei. Für Einzelfälle enthalte

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

der HVM in LZ 607 (Sicherstellungsgründe) und LZ 803 (Härtefälle) einschlägige Regelungen. Selbst wenn der Schutzbereich des Art 12 Abs 1 GG berührt wäre, folge daraus im Ergebnis jedenfalls kein durchsetzbarer Rechtsanspruch auf eine höhere Vergütung. Dabei sei nicht die Interessenlage Einzelner maßgebend; vielmehr sei eine generalisierende Betrachtungsweise geboten, die auf den betroffenen Wirtschaftszweig insgesamt abstelle. Die Abzweigung für die EHV sei rechtmäßig. Die EHV sei entgegen der Behauptung der Kläger im Quartal III/1997 nicht "marode" gewesen. Die politische Überlegung, die EHV zu schließen, habe darauf beruht, dass ansonsten voraussichtlich der Abzweigungsbetrag aus der Gesamtvergütung altersstrukturbedingt langfristig ansteige. Der EBM-Ä sei rechtmäßig. Insbesondere sei die gemeinsame Normsetzung durch die Verbände der Ärzte und Krankenkassen mit dem Demokratieprinzip vereinbar. Da Rückgriffsmöglichkeiten gegen "weggelaufene" oder nicht erschienene Patienten bestünden, sei eine Regelung, die an eine vollständige Leistungserbringung anknüpfe, nicht zu beanstanden. Der HVM sei rechtmäßig. Die Vertreterversammlung sei rechtsstaatlich legitimiert. Der HVM sei wirksam in Kraft gesetzt worden. Das pauschale Bestreiten der Kläger zur Beschlussfassung, Ausfertigung und Veröffentlichung des HVM sei unbeachtlich.

Der Senat hat den Klägern anheim gestellt, zur Frage der Beurteilung einer dauerhaften Kostenunterdeckung ihrer vertragsärztlichen Leistungen über einen längeren Zeitraum die insoweit maßgeblichen Teile ihrer für die Jahre 1997 bis 1999 erteilten Steuerbescheide vorzulegen. Die Kläger haben davon abgesehen.

Die Beklagte hat angegeben, das an die voll zugelassenen radiologischen Vertragsärzte ausgezahlte Honorar habe in den sechs Quartalen von I/1997 bis II/1998 insgesamt 32.522.000 DM, 32.964.000 DM, 30.352.000 DM, 33.894.000 DM, 35.494.000 DM und 33.396.000 DM betragen. Daraus ergäben sich in diesen Quartalen durchschnittliche Honorare je Vertragsarzt pro Quartal von 187.989 DM, 196.218 DM, 180.669 DM, 198.211 DM, 202.828 DM und 190.838 DM.

Die Beteiligten legen Gutachten der Professoren Dres. Ebsen und Ehlers ua zur Rechtmäßigkeit der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten und zu Problemen berufsständischer Versorgung vor. Der Senat hat vom Hessischen Sozialministerium das Gutachten von Professor Dr. Dr. Merten zur Verfassungsmäßigkeit der gesetzlichen Grundlagen der EHV der KÄV Hessen beigezogen.

Der Senat hat zu dem Verfahren die Verfahrensakten der Parallelverfahren B 6 KA 50/02 R, 28/03 R, 36/03 R, 38/03 R, 40/03 R, 42/03 R, 44/03 R, 4/04 R, 9/04 R, 13/04 R, 29/04 R und 30/04 R beigezogen.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

II

Die Revision der Kläger ist nicht begründet. Zu Recht hat das LSG ihre Berufung gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale III und IV/1997 sind formell und materiell rechtmäßig.

1. Nach § 123 SGG entscheidet das Gericht über die von den Klägern erhobenen Ansprüche, ohne an die Fassung der Anträge gebunden zu sein. Die Kläger bestimmen mit ihrem Begehren den Streitgegenstand des Klageverfahrens und damit den Prüfungsumfang des Gerichts. Danach ist Gegenstand des Verfahrens der von den Klägern erhobene Anspruch gegen die Beklagte auf höhere Vergütung der von ihnen in den Quartalen III und IV/1997 erbrachten und abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen. Dieser Anspruch richtet sich grundsätzlich nach § 85 Abs 4 SGB V iVm dem HVM der Beklagten.

Nicht Gegenstand des Verfahrens sind dagegen Ansprüche auf Sonderzahlungen für die streitigen Quartale, wie sie - in Abweichung von den allgemein für die Honorarverteilung geltenden Regelungen - nach LZ 607 und 803 HVM in Härtefällen und aus Sicherstellungsgründen möglich sind. Denn Gegenstand einer Anfechtungs- und Leistungsklage, hier auf höhere Honorierung vertragsärztlicher Leistungen, kann in zulässiger Weise nur sein, was bereits Gegenstand des Verwaltungsverfahrens war. Dies ist die behördliche Regelung, die im Hinblick auf einen konkreten Lebenssachverhalt angestrebt wird. Über welche Aspekte dabei zu befinden ist, bestimmt sich maßgeblich nach dem auf die Sache anzuwendenden materiellen Recht *(vgl Stelkens/Schmitz, in Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, 6. Aufl 2001, § 9 RdNr 98; Kopp/Ramsauer, VwVfG, 8. Aufl 2003, § 9 RdNr 24 f).* Nach dem HVM der Beklagten hat ihr Vorstand über Sonderzahlungen in Härtefällen *(LZ 803 Abs 3 HVM)* und aus Sicherstellungsgründen *(LZ 607)* eigenständige Entscheidungen in eigenständigen Verwaltungsverfahren zu treffen. Das folgt nicht nur aus dem Antragserfordernis, das LZ 803 Abs 3 HVM für Härtefallzahlungen vorsieht, sondern auch daraus, dass die Entscheidungen über diese Sonderzahlungen eine abschließende Entscheidung über den Honoraranspruch voraussetzen, wie er sich bei Anwendung der allgemein für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften ergibt. Im Hinblick hierauf sind die Bescheide über die entsprechenden Anträge der Kläger nicht gemäß § 86 SGG Bestandteil des Widerspruchsverfahrens bzw gemäß § 96 Abs 1 SGG des Klageverfahrens geworden. Zu Recht gehen die Beteiligten übereinstimmend davon aus, dass Ansprüche auf Sonderzahlungen in Härtefällen (LZ 803 Abs 3 HVM) und aus Sicherstellungsgründen (LZ 607) nicht Gegenstand dieses Verfahrens sind.

2. Die Honorarbescheide verletzen nicht Vorschriften des SGB X.

a) Die Honorarbescheide sind hinreichend bestimmt iS des § 33 Abs 1 SGB X. Diesem Bestimmtheitsgebot entspricht ein Verwaltungsakt nur dann nicht, wenn dessen Verfügungssatz nach seinem Regelungsgehalt in sich nicht widerspruchsfrei ist und der davon Betroffene bei

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Zugrundelegung der Erkenntnismöglichkeiten eines verständigen Empfängers nicht in der Lage ist, sein Verhalten daran auszurichten *(BSGE 89, 90, 100 = SozR 3-2500 § 82 Nr 3 S 13; s auch BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 46 S 384 und BSG SozR 3-4100 § 242q Nr 1 S 2; Engelmann in: von Wulffen <Hrsg>, SGB X, 4. Aufl 2001, § 33 RdNr 3; Krasney in: Kasseler Kommentar, Stand 2003, § 33 SGB X RdNr 3; s auch Kopp/Ramsauer, aaO, § 37 RdNr 5)*. Diesen Anforderungen genügen die angefochtenen Honorarbescheide. Aus ihnen geht klar und unzweideutig hervor, in welcher Höhe die Beklagte den Honoraranspruch der Kläger für die beiden Quartale festgestellt hat. Hiergegen wendet sich die Revision nicht. Sie macht vielmehr geltend, für die Frage der Bestimmtheit sei auf alle diejenigen Bestandteile der angefochtenen Bescheide abzuheben, die ihrerseits Vorgaben für die abschließende Honorarfestsetzung enthielten, wie etwa die Anlagen zu den Honorarbegrenzungsmaßnahmen; aus diesen Teilen der Bescheide lasse sich die Berechnung des ausgezahlten Honorars aber nicht entnehmen. Dem ist nicht zu folgen. Wie das LSG zutreffend ausgeführt hat, gehören zum Verfügungssatz eines Honorarbescheides nicht die einzelnen Rechenschritte, die erforderlich sind, um von der Honoraranforderung des Vertragsarztes zu der Honorarsumme zu gelangen, die er nach den für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften beanspruchen kann. Dies gilt auch dann, wenn bei der Berechnung Honorarbegrenzungsmaßnahmen anzuwenden sind. Auch in diesem Fall ist es im Hinblick auf § 33 Abs 1 SGB X unerheblich, wie verständlich die der festgestellten Honorarsumme zu Grunde liegenden Rechenschritte in dem Honorarbescheid dargestellt sind. Hierbei handelt es sich vielmehr um eine Frage der Begründung des Verwaltungsakts, die an § 35 SGB X zu messen ist.

b) Die Begründungen der angefochtenen Honorarbescheide genügen den Anforderungen des § 35 Abs 1 SGB X. Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind nach Abs 1 Satz 2 aaO dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen (*vgl BSGE 74, 70, 74 f = SozR 3-2500 § 106 Nr 23 S 128 f; BVerwGE 74, 196, 205; BVerwG NVwZ 1986, 374, 375; Engelmann in: von Wulffen, aaO, § 35 RdNr 5; Krasney in: Kasseler Kommentar, § 35 SGB X RdNr 4)*.

Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Leistungen Bescheid zu wissen *(vgl BSGE 74, 70, 75 = SozR 3-2500 § 106 Nr 23 S 129 und BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 11 - zu Bescheiden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung; ebenso BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 46 S 384 f)*. Das erlaubt es den KÄVen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine KÄV im Honorarbescheid alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM ergibt *(BSGE 81, 213, 215 = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 150)*.

Diesen Anforderungen werden die Begründungen der angefochtenen Honorarbescheide gerecht. Denn sie enthalten die für die Berechnung des Honorars maßgeblichen Faktoren: die Honoraranforderung, von der die Beklagte ausgegangen ist, das Ergebnis der durchgeführten Honorarbegrenzungsmaßnahmen, die zu Grunde gelegten Punktwerte und die vorgenommenen Abzüge. Dagegen musste, entgegen der Auffassung der Revision, nicht ausführlich im Einzelnen dargelegt werden, wie die jeweiligen Faktoren, insbesondere die Honorarbegrenzungsmaßnahmen, ineinander greifen. Die Beklagte durfte vielmehr die Begründung ihrer Honorarbescheide daran ausrichten, dass sich diese an einen Personenkreis wenden, der mit den Grundlagen der Honorarberechnung vertraut ist oder jedenfalls in der Lage ist, sich mit ihnen vertraut zu machen.

Doch selbst wenn die Begründungen der angefochtenen Honorarbescheide den Anforderungen des § 35 Abs 1 Satz 2 SGB X nicht entsprechen würden, könnten die Kläger nicht allein deswegen beanspruchen, dass die Bescheide wenigstens insoweit aufgehoben werden, als darin eine weitergehende Vergütung abgelehnt wurde. Denn nach § 42 Satz 1 SGB X (*in der hier anzuwendenden, bis zum Inkrafttreten des 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21. Dezember 2000 <BGBl I 1983> geltenden, noch eingeschränkten Fassung)* rechtfertigen bei rechtsgebundenen Verwaltungsakten bloße Begründungsmängel grundsätzlich nicht deren Aufhebung *(BSGE 87, 8, 11 = SozR 3-4100 § 152 Nr 9 S 29; s auch BSGE 81, 213, 215 = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 150 und BSGE 68, 228, 231 = SozR 3-2200 § 248 Nr 1 S 4)*. Bei der Feststellung des Honoraranspruchs der Kläger nach den allgemein für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften des HVM trifft die KÄV eine solche rechtsgebundene Entscheidung, da ihr insoweit kein Ermessen eingeräumt ist. Aus diesem Grunde brauchten die Begründungen der Honorarbescheide auch nicht den für Ermessensverwaltungsakte geltenden gesteigerten Anforderungen des § 35 Abs 1 Satz 3 SGB X zu entsprechen.

c) Die angefochtenen Honorarbescheide sind auch nicht wegen eines Anhörungsmangels rechtswidrig. § 24 Abs 1 SGB X verlangt eine Anhörung nur, wenn ein Verwaltungsakt erlassen werden soll, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift. Dies ist nicht bei sämtlichen belasten-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

den Verwaltungsakten der Fall, sondern lediglich dann, wenn die bisherige, bereits konkretisierte Rechtsstellung eines Beteiligten durch den beabsichtigten Verwaltungsakt zu dessen Nachteil verändert werden soll. Daher sind nicht anhörungspflichtig solche Verwaltungsakte, die über Bestehen und Umfang eines vom Antragsteller lediglich behaupteten Rechts entscheiden, selbst wenn sie seinem Begehren nicht (vollständig) stattgeben, also eine (teilweise) ablehnende Verwaltungsentscheidung treffen *(BSGE 68, 42, 43 ff = SozR 3-4100 § 139a Nr 1 S 2 f; s auch BSG SozR 1200 § 34 Nr 8 S 36 f; BVerwGE 66, 184, 186; von Wulffen, aaO, § 24 RdNr 3; Bonk/Kallerhoff in: Stelkens/Bonk/Sachs, aaO, § 28 RdNr 26 ff)*. Folglich gilt die Anhörungspflicht nicht für Honorarbescheide, mit denen die KÄV die Höhe der Vergütung erstmals festsetzt, selbst wenn sie dabei hinter der Honoraranforderung des Vertragsarztes zurückbleibt *(BSG SozR 1200 § 34 Nr 8 S 37 f)*. Eine Anhörungspflicht besteht bei Honorarbescheiden vielmehr erst dann, wenn deren begünstigende Regelungen (teilweise) aufgehoben oder ersetzt werden sollen, da in diesem Fall durch Bescheid zuerkannte Rechte wieder entzogen werden *(BSGE 89, 90, 93 = SozR 3-2500 § 82 Nr 3 S 5; s auch BSGE 89, 62, 63 = SozR 3-2500 § 85 Nr 42 S 342 und BSGE 87, 122, 123 = SozR 3-3900 § 22 Nr 2 S 10 f)*. Ferner besteht eine Anhörungspflicht, wenn im Widerspruchsverfahren ein Honorarbescheid zu Ungunsten des Arztes abgeändert werden soll *(BSG SozR 1200 § 34 Nr 8 S 39)*.

Da die angefochtenen Honorarbescheide nicht in diesem Sinne in Rechte der Kläger eingriffen, waren diese vor ihrem Erlass nicht anzuhören. Eine Anhörungspflicht bestand auch nicht vor Erlass der Widerspruchsbescheide, da diese die Honorarbescheide bestätigten, nicht aber zu Ungunsten der Kläger abänderten.

d) Eine Aufhebung der Bescheide bzw der Widerspruchsbescheide kommt auch nicht unter dem allgemeinen Gesichtspunkt, dass eine Behörde jedes Vorbringen der Beteiligten zur Kenntnis nehmen und in ihre Erwägungen einbeziehen muss, in Betracht. Denn selbst wenn insoweit eine Rechtsverletzung vorläge, könnte diese wegen § 42 Satz 1 SGB X (Unbeachtlichkeit von Verfahrensfehlern bei rechtsgebundenen Verwaltungsakten) nicht zur Aufhebung der Bescheide führen; daher hat das LSG über die - im Übrigen nicht näher spezifizierten - Behauptungen der Kläger, der Vorstand der Beklagten habe ihre Widerspruchsbegründungen nicht zur Kenntnis genommen, nicht Beweis erheben müssen. Die Ausnahme des Satzes 2 des § 42 SGB X greift insoweit nicht ein; sie betrifft nur speziell die Anhörung iS des § 24 SGB X.

3. Die Honorarbescheide sind auch materiell rechtmäßig. Der ihnen zu Grunde liegende HVM und/oder seine Auslegung und Anwendung verletzen entgegen der Ansicht der Revision nicht Bundesrecht. Dabei beschränkt sich die gerichtliche Überprüfung der Rechtmäßigkeit auf diejenigen Vorschriften des HVM, deren Anwendung dem angefochtenen Honorarbescheid zu Grunde liegt. Soweit Rügen der Kläger Vorschriften betreffen, die für die Festsetzung des klägerischen Honorars ohne Bedeutung sind, hat kein Anlass bestanden, diesen nachzugehen.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

a) Die gesetzliche Ermächtigung für den Erlass des HVM in § 85 Abs 4 SGB V (*in der hier maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes <GSG> vom 21. Dezember 1992, BGBl I 2266)* wird entgegen der Auffassung der Revision dem Parlamentsvorbehalt und dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot gerecht.

Der Parlamentsvorbehalt besagt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), dass staatliches Handeln in grundlegenden Bereichen durch Parlamentsgesetz legitimiert sein muss. Der parlamentarische Gesetzgeber ist verpflichtet, alle wesentlichen Entscheidungen in ihren Grundzügen selbst zu treffen, und darf dies nicht anderen Normgebern oder der Exekutive überlassen. Wann es danach einer Regelung durch Parlamentsgesetz bedarf und wie weit die parlamentsgesetzlichen Vorgaben ins Einzelne gehen müssen, lässt sich nur mit Blick auf den jeweiligen Sachbereich und auf die Eigenart des betroffenen Regelungsgegenstandes beurteilen. Die verfassungsrechtlichen Wertungskriterien sind dabei den tragenden Prinzipien des Grundgesetzes, insbesondere den darin verbürgten Grundrechten zu entnehmen. Als wesentlich sind Regelungen zu verstehen, die für die Verwirklichung der Grundrechte erhebliche Bedeutung haben *(vgl BVerfGE 83, 130, 142; 95, 267, 307 f; 98, 218, 251; 108, 282, 311 f, jeweils mwN).* Der Umfang des parlamentarischen Regelungsvorbehalts richtet sich nach der Intensität, mit der die Grundrechte des Regelungsadressaten durch die jeweilige Maßnahme betroffen sind *(vgl BVerfGE 98, 218, 252 mwN; ebenso zB BSGE 70, 285, 292, 306 f = SozR 3-2500 § 122 Nr 3 S 11, 26, ohne Weiterführung der insoweit strengeren Maßstäbe von BSGE 67, 256, 266 f = SozR 3-2500 § 92 Nr 1 S 12 f).* Deshalb müssen gesetzliche Bestimmungen, die Grundregeln für die Berufsausübung von Ärzten und Einrichtungen enthalten und somit für deren Grundrechte aus Art 12 Abs 1 GG von Bedeutung sind *(dazu gehören auch Vergütungsregelungen: s BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, mwN; ebenso BVerfG, stRspr, zB BVerfGE 88, 145, 159; 101, 331, 346 f; 110, 226, 251; BVerfG <Kammer>, NJW 2002, 2091 f; BVerfG <Kammer>, SozR 4-1500 § 54 Nr 4 RdNr 18 = NJW 2005, 273 = MedR 2004, 680, 681; Beschluss vom 25. Oktober 2004 - 1 BvR 1437/02, RdNr 19)*, erkennen lassen, mit welcher Tendenz und nach welchen Grundsätzen die nähere Ausgestaltung durch die zur weiteren Rechtsetzung ermächtigten Selbstverwaltungsorgane zu erfolgen hat *(zu Satzungsregelungen s BVerfGE 33, 125, 158 ff; BVerfGE 33, 171, 183 ff = SozR Nr 12 zu Art 12 GG; BVerfGE 76, 171, 184 f; BSGE 73, 131, 136 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 24)*.

Das Bestimmtheitsgebot besagt, dass die Rechtsvorschriften so gefasst sein müssen, dass der Betroffene seine Normunterworfenheit und die Rechtslage konkret erkennen kann. Er muss sein Verhalten danach ausrichten können *(vgl BVerfGE 108, 52, 75 mwN)*. Dabei dürfen die Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit jedoch nicht übersteigert werden. Müsste jeder Tatbestand mit exakt erfassbaren Merkmalen bis ins Letzte beschrieben sein, dann wären die Normen sehr starr und/oder rein kasuistisch und könnten deshalb der Vielgestaltigkeit des Lebens und den Besonderheiten des Einzelfalls nicht mehr gerecht werden *(vgl BayVerfGH NZS 2004, 264, 265)*. Die Regelungen müssen lediglich so genau gefasst sein, wie dies nach der Eigenart

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

des zu ordnenden Lebenssachverhalts und mit Rücksicht auf den Normzweck gerechtfertigt ist *(vgl BVerfGE 110, 371, 396 mwN)*. Eine Auslegungsbedürftigkeit macht eine Norm nicht unbestimmt. Dem Bestimmtheitserfordernis ist vielmehr genügt, wenn Auslegungsprobleme mit herkömmlichen juristischen Methoden bewältigt werden können (vgl BVerfGE 82, 209, 224 ff; 110, 370, 396 f mwN). So können unbestimmte Rechtsbegriffe verwendet werden, sofern sie der Konkretisierung durch Auslegung zugänglich sind *(vgl zB BVerfGE 82, 209, 224 bis 227 zu Begriffen wie Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Kostengünstigkeit)*.

Diesen Erfordernissen entspricht die Regelung des § 85 Abs 4 SGB V. Sie räumt den KÄVen keine zu weit gehende Gestaltungsfreiheit für die Ausgestaltung der Honorarverteilung ein und ist insbesondere in ihren Regelungsvorgaben hinreichend bestimmt. So muss sich die Honorarverteilung an Art und Umfang der Leistungen orientieren *(aaO Satz 3)*. Des Weiteren soll eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet werden *(aaO Satz 4)*. Ferner kann eine unterschiedliche Verteilung nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten erfolgen *(aaO Satz 5)*. Zudem wird der Normsetzungsspielraum des Satzungsgebers durch den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG herzuleiten ist, begrenzt. Diese Rahmenvorgaben reichen, wie die Rechtsprechung des BSG aufgezeigt hat, als Konkretisierung des § 85 Abs 4 SGB V aus *(hierzu zuletzt BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen)*. Aus ihnen folgt mit hinreichender Deutlichkeit, mit welcher Tendenz und nach welchen Grundsätzen die zur weiteren Rechtsetzung ermächtigten Selbstverwaltungsorgane nähere Regelungen zu treffen haben. Das Ziel ist, eine ordnungsgemäße - dh ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche - vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die Honorarverteilung muss dafür Sorge tragen, dass in allen ärztlichen Bereichen ausreichender finanzieller Anreiz besteht, vertragsärztlich tätig zu werden *(s zB BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, aaO)*. Jede Arztgruppe muss die Chance haben, eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Vergütung zu erhalten *(vgl dazu BSGE 90, 111, 116 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 49 S 420 mwN)*. Dabei darf die KÄV die in § 71 Abs 1 und § 85 Abs 3 bis 3c SGB V normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen für die verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereiche umsetzen, indem sie im HVM Honorarbegrenzungen normiert *(vgl zB BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 409)*. Vor dem Hintergrund dieser Konkretisierungen geht auch das BVerfG in stRspr von der Verfassungsmäßigkeit des § 85 Abs 4 SGB V aus *(BVerfGE 33, 171, 182 = SozR Nr 12 zu Art 12 GG zum früheren § 368f RVO; ebenso zu § 85 Abs 4 SGB V zB BVerfG <Kammer>, Beschlüsse vom 30. März 2001 - 1 BvR 1491/99 - NZS 2001, 486, und vom 1. Juli 2004 - 1 BvR 1079/04 - zu BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 6)*.

b) Die Einwendungen, die die Revision gegen die Rechtmäßigkeit des HVM wegen der gesetzlichen Vorgaben über die Zusammensetzung der Vertreterversammlung der Beklagten erhebt, greifen nicht durch. Begründete Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der insoweit maßgeblichen Norm des § 80 Abs 1 Satz 1 und 2 SGB V bestehen nicht. Sie bestimmt, dass die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der KÄVen getrennt aus ihrer Mitte in unmittelbarer und

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlung wählen, wobei die außerordentlichen Mitglieder höchstens mit einem Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung vertreten sein dürfen.

Der Gesetzgeber hat bei der Regelung der Organisationsform und der Ausübung der Hoheitsgewalt sowie bei der Schaffung von Organisationsformen der Selbstverwaltung außerhalb der unmittelbaren Staatsverwaltung eine weite Gestaltungsfreiheit *(BVerfGE 107, 59, insbes S 91, aber auch S 90 bis 94, 98 f)*. Eine "ununterbrochene Legitimationskette" von den Normunterworfenen hin zum Normgeber bzw den Repräsentanten im Normsetzungsgremium ist nicht erforderlich *(BVerfGE aaO S 87, 91, 94; weiter gehend noch BSGE 82, 41, 46 f = SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 15 f)*. Erforderlich sind lediglich ausreichende Vorkehrungen dafür, dass die Interessen der Betroffenen angemessen berücksichtigt werden *(BVerfGE aaO S 93, 100)*. Dafür müssen die betroffenen Gruppen im Selbstverwaltungsgremium vertreten sein *(BVerfG, Beschluss vom 13. Juli 2004 - 1 BvR 1298/94, RdNr 153)*. Ein Gebot strikter formaler Gleichheit besteht dabei nicht *(vgl BVerfGE 41, 1, 12; 54, 363, 388 f mwN - dagegen strenger im Bereich parlamentarischer Repräsentation)*. Nicht alle betroffenen einzelnen (Unter-)Gruppen müssen notwendigerweise mitrepräsentiert sein *(so BVerfGE 70, 324, 364, sogar im Falle parlamentarischer Gremien)*. Unschädlich ist auch, wenn in dem Gremium Nichtbetroffene vertreten sind, was zur Einbeziehung weiteren Sachverstandes sinnvoll sein kann; dabei müssen die Betroffenen aber die Mehrheit bilden *(vgl BVerfGE 93, 37, 67 f, 72; 107, 59, 88, 99)*.

Nach diesen Grundsätzen ist insbesondere die Einbeziehung auch solcher Ärzte, die in das Arztregister eingetragen, aber nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, nicht zu beanstanden. Deren Legitimation erwächst daraus, dass die Arztregistereintragung grundsätzlich Vorstufe und Voraussetzung für die Zulassung ist *(§ 95 Abs 2 iVm § 95a SGB V, - im Einzelnen und zur historischen Entwicklung s BSG SozR 3-2500 § 95a Nr 2 S 8 f; - geändert durch § 77 Abs 3 SGB V idF des GMG vom 14. November 2003, BGBl I 2190, mit Wirkung zum 1. Januar 2005)*. Ihre Einflussmöglichkeiten sind dadurch beschränkt, dass ihre Zahl in der Vertreterversammlung auf ein Fünftel der Vertreter begrenzt ist *(§ 77 Abs 3 Satz 2 iVm § 80 Abs 1 Satz 1 und 2 SGB V)*. Da nicht jede betroffene einzelne (Unter-)Gruppe in der Vertreterversammlung vertreten sein muss *(s oben mit Hinweis auf BVerfGE 70, 324, 364)*, ist es unschädlich, wenn in ihr zB kein Radiologe Mitglied ist. Nur zu Gunsten der Psychotherapeuten besteht seit dem 1. Januar 1999 eine Sonderregelung; diese wählen seit diesem Zeitpunkt ihre Vertreter gesondert, allerdings mit einer Begrenzung auf höchstens ein Zehntel der Mitglieder der Vertreterversammlung *(s § 80 Abs 1a SGB V idF des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998, BGBl I 1311)*.

Unbegründet ist ferner der Einwand, in der Selbstverwaltungseinheit KÄV dürften nicht verschiedene (Unter-)Gruppen mit nicht gleichgerichteten, sondern eher gegensätzlichen Interessen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

zusammengefasst werden *(vgl dazu Schmidt-Aßmann, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S 74)*. Zwar sind in der Tat vor allem im Honorarbereich die Interessen der verschiedenen Gruppen insofern gegeneinander gerichtet, als auf Grund der - gemäß § 71 Abs 1 und § 85 Abs 3 bis 3c SGB V - beschränkten Erhöhungen der Gesamtvergütungen ein Mehr an Honorar für eine Arztgruppe regelmäßig ein Weniger für andere bedeutet. Dies steht indessen der Zusammenfassung aller vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungserbringer in einer Selbstverwaltungskörperschaft nicht entgegen, vermeidet vielmehr eine - auch organisatorisch problematische - weit gehende Aufsplitterung der Leistungserbringer in zahlreiche verschiedene Körperschaften. Zudem ist die Honorarverteilung nur eine von vielen Aufgaben, die den KÄVen zugewiesen sind. Weitere Aufgabenbereiche sind insbesondere die Sicherstellung und Gewährleistung einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Versorgung sowie die Interessenvertretung und Öffentlichkeitsarbeit gegenüber Krankenkassen und politischen Institutionen *(zu diesen Aufgaben s zB BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; SozR 4-2500 § 75 Nr 2 RdNr 13; Schiller in Schnapp/Wigge <Hrsg>, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2002, § 5 a II <S 97 ff>; Clemens in: von Wulffen/Krasney <Hrsg>, Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, S 373, 394 bis 396)*. Deshalb konnte der Gesetzgeber den Gesichtspunkt, dass bei der Honorarverteilung Interessengegensätze bestehen, als nachrangig ansehen und trotzdem - wegen der übrigen wichtigen gemeinschaftlichen Aufgaben mit weniger gegensätzlicher Interessenausrichtung - die verschiedenen Gruppen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungserbringer in einer KÄV zusammenbinden. So hat auch das BVerfG klargestellt, dass der Gesetzgeber nicht gehindert ist, einen einheitlichen Selbstverwaltungsträger für teilweise konkurrierende Interessen zu bilden *(vgl BVerfGE 10, 89, 103)*.

c) Den von der Revision gegen den HVM geltend gemachten Einwendungen, dieser sei nicht wirksam zu Stande gekommen, ist nicht zu folgen.

Ihre Rügen betreffen die Korrektheit der Ladungen zu den Sitzungen der Vertreterversammlungen, die Herstellung des Benehmens mit den Verbänden der Krankenkassen *(s § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V)* und die Ausfertigung der gefassten Beschlüsse. Sie greifen nicht durch, weil die Kläger ihre Zweifel nicht näher konkretisiert haben. Zwar darf von den Beteiligten kein Vortrag erwartet werden, den sie mangels Kenntnis der Entscheidungsgrundlagen nicht liefern können. Wird zB der Mangel an überprüfbaren Unterlagen gerügt, so widerspräche es fairer Verfahrensgestaltung und dem Gebot effektiven Rechtsschutzes, vom Rechtsmittelführer weiteren Vortrag zu verlangen *(BVerfG <Kammer>, NVwZ 2004, 1112, 1113 f)*. Aber ein rechtskundig vertretener Kläger, der die Herstellung des Benehmens und/oder eine korrekte Ausfertigung bestreiten will, muss sich zumindest mit dem einschlägigen Publikationsorgan, in dem der Honorarverteilungsmaßstab und seine Änderungen regelmäßig veröffentlicht werden, und dem darin amtlich publizierten Inhalt befassen *(vgl hier zB Hessisches Ärzteblatt 1992, 373 ff, und 1993, 201 f, mit Bekanntmachung der Fassungen des HVM, die dem Urteil BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 § 85 Nr 26 zu Grunde lagen)*. Im Hessischen Ärzteblatt wird aus Anlass der Veröffentlichung von Änderun-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

gen des HVM - jedenfalls gelegentlich - auch festgehalten, ob bzw dass die Landesverbände der Krankenkassen das Benehmen für hergestellt erklärt haben *(so zB Hessisches Ärzteblatt 1992, 377)*. Mit solchen Hinweisen müsste sich ein Kläger, der die Herstellung des Benehmens mit den Verbänden der Krankenkassen und/oder die korrekte Wiedergabe der gefassten Beschlüsse in den Ausfertigungen anzweifelt, auseinander setzen. Dem gegenüber haben die Kläger weder dargelegt, dass im Hessischen Ärzteblatt zwar die Bekanntmachung stehe, ein Hinweis auf das Benehmen aber fehle, noch ausgeführt, dass die Bekanntmachung überhaupt nicht in einem ihnen zugänglichen Publikationsblatt erfolgt sei. Damit fehlt das Mindestmaß dessen, was von rechtskundig vertretenen Klägern zu erwarten ist *(vgl ähnlich BVerwGE 116, 188, 196 f zu Kalkulationsgrundlagen bei Abgabensatzungen; BVerwGE 108, 71, 75 f zum Außerkrafttreten von Bebauungsplänen wegen Funktionslosigkeit)*. Ohne die Forderung eines Minimums an Vorbringen von rechtskundig Vertretenen ergäbe sich für die Gerichte die Verpflichtung zu "Ermittlungen ins Blaue hinein". Die Pflicht zur Sachverhaltsaufklärung von Amts wegen (§ 103 SGG) bedeutet nicht, dass die Gerichte auf bloße von einem Beteiligten geäußerte allgemeine Zweifel hin in Ermittlungen eintreten müssten; eine Überprüfung ist nur insoweit erforderlich, als substantiierte Einwände erhoben worden sind *(vgl BVerwGE 116, 188, 197 am Ende)*. Eine solche Pflicht folgt auch nicht aus Art 19 Abs 4 Satz 1 GG. Dementsprechend bedarf es hier keiner weiter gehenden Erörterung der Einwendungen der Kläger im Zusammenhang mit der Ausfertigung der HVM-Beschlüsse *(zu Funktion und Erforderlichkeit der Ausfertigung s zB BVerwGE 88, 204, 206, 209; BVerwG VersR 2002, 553, 554; BGHZ 126, 16, 19 f; Wigge, NWVBl 1997, 241, 242; Ziegler, DVBl 1987, 280, 281)* und ebenso wenig ihrer Einwände gegen die Korrektheit der Ladungen zu den Sitzungen der Vertreterversammlungen und gegen die Benehmensherstellung.

Ungeachtet dessen ist zur Frage der Benehmensherstellung darauf hinzuweisen, dass das SG dazu Unterlagen - in einem Parallelverfahren *(jetzt Revisionsverfahren B 6 KA 29/04 R)* - im Zusammenhang mit den Änderungen des HVM vom 29. November 1997 *(Einführung einer fallzahlabhängigen Bewertung in Anlage 3 zu LZ 702 HVM)* beigezogen hat, die gemäß den Erklärungen der Beteiligten in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat auch Gegenstand des vorliegenden Verfahrens geworden sind. Wie der daraus erkennbare Schriftverkehr ergibt, erfolgte die in § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V vorgeschriebene Benehmensherstellung. Die Krankenkassen-Verbände wurden über die (beabsichtigte) Änderung des HVM informiert und ihnen wurde die Möglichkeit zur (nachträglichen) Stellungnahme eingeräumt. Daraufhin erklärten zwar nur einige Krankenkassen-Verbände ausdrücklich das Benehmen, die übrigen Verbände äußerten sich nicht. Trotzdem war das Benehmen hergestellt; denn dafür reicht es aus, dass die Krankenkassen-Verbände über eine beabsichtigte oder beschlossene HVM-Regelung informiert werden und sich nicht innerhalb der gesetzten bzw einer angemessenen Zeit äußern *(vgl die Rechtsprechung des Senats, s zB BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 31 S 235 mwN)*.

d) Im Zusammenhang mit der Veröffentlichung des HVM ist es entgegen der Ansicht der Revision nicht zu beanstanden, dass die Bekanntmachungsregelung in § 28 der Satzung der Be-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

klagten eine Veröffentlichung alternativ durch Rundschreiben oder im Hessischen Ärzteblatt zulässt. Dadurch wird Bundesrecht nicht verletzt. Das Rechtsstaatsprinzip (Art 20 Abs 3 GG) gebietet es, dass förmlich gesetzte Rechtsnormen verkündet werden *(BVerfGE 65, 283, 291; 90, 60, 85; BSGE 81, 86, 90 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 85)*. Diese müssen der Öffentlichkeit so zugänglich gemacht werden, dass die Betroffenen sich verlässlich Kenntnis von ihrem Inhalt verschaffen können *(vgl BVerfGE 65, 283, 291 mwN)*. Konkrete weitere Gebote für die Ausgestaltung des Verkündungsvorganges ergeben sich aus dem Rechtsstaatsprinzip nicht *(vgl BVerfGE 65, 283, 291; 90, 60, 85; s auch BVerwG NVwZ-RR 1993, 262, 263)*. Eine Regelung, die eine alternative Art der Veröffentlichung vorsieht, entspricht den rechtsstaatlichen Anforderungen dann, wenn beide gleichermaßen geeignet sind, den Betroffenen zuverlässig Kenntnis vom Inhalt der Rechtsnorm zu verschaffen. Soweit im Kommunalrecht die Auffassung vertreten wird, eine Regelung, die verschiedene Bekanntmachungsarten uneingeschränkt nebeneinander stellt und dem zuständigen Organ die freie Wahl der Bekanntmachungsart lässt, sei rechtsungültig *(so VGH Mannheim ESVGH 19, 25, 27; VGH Kassel ESVGH 27, 80, 86 f; dagegen indessen OVG Münster OVGE 21, 311, 313 f; OVG Lüneburg OVGE 25, 386, 387 f, und DVBl 1970, 424, 425 f)*, beruht dies auf kommunalrechtlichen Regelungen, ergibt sich aber nicht allgemein aus dem Rechtsstaatsprinzip. Um ihre rechtsstaatliche Funktion erfüllen zu können, reichen Bekanntmachungen alternativ in zwei Medien jedenfalls dann aus, wenn diese beide regelmäßig den Rechtsunterworfenen übersandt werden *(so auch OVG Greifswald, NVwZ-RR 1996, 227, 228)* oder die Betroffenen sich ohne Weiteres von beiden Medien verlässlich Kenntnis verschaffen können. Dies war hier der Fall. Die Möglichkeit der Kenntnisnahme bestand unabhängig davon, dass sich die Rundschreiben der KÄV nur an die jeweils bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte richteten. Denn es ist davon auszugehen, dass die Mitteilungsblätter der KÄVen auch jedem weiteren interessierten Arzt, jedenfalls wenn er im Arztregister eingetragen ist, zugänglich sind. Dies ist die Grundlage der Rechtsprechung des BSG, das keine Bedenken gegen Bekanntmachungen von HVM durch Rundschreiben der KÄV erhoben hat *(s zB BSGE 77, 288, 290 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 66)*.

e) Der HVM genügt entgegen der Auffassung der Revision auch den aus dem Rechtsstaatsprinzip folgenden Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit von Rechtsnormen *(zu den Voraussetzungen s oben unter 3a)*.

In den beanstandeten Verweisungen des HVM auf andere Rechtsnormen liegt kein Verstoß gegen das Gebot der Normenklarheit. Rechtsnormen dürfen aufeinander aufbauen und aufeinander verweisen, wenn dabei die Maßgaben ausreichender Klarheit und Bestimmtheit, ausreichender Publikation, der Vereinbarkeit mit dem Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip sowie mit der bundesstaatlichen Ordnung eingehalten werden *(stRspr; s dazu zusammenfassend Clemens, AöR Bd 111 - 1986 -, 63, 83 ff)*. Dementsprechend sind Verweisungen als solche nicht rechtswidrig. Die Kläger haben sich weder damit auseinander gesetzt, ob die von ihnen beanstandeten Regelungen überhaupt Verweisungen im eigentlichen Sinn sind *(hierzu Clemens*

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

aaO, 67 ff), noch konkrete Beanstandungen mit Blick auf die genannten Maßgaben erhoben, sodass nähere Ausführungen nicht veranlasst sind.

Bedenken ergeben sich auch nicht aus ihrer Rüge, der HVM übernehme unerklärte Begriffe des EBM-Ä und füge eigene unerklärte Begriffe hinzu. Ein Normgeber ist nicht zu Legaldefinitionen aller von ihm verwendeten Begriffe verpflichtet. Rechtsstaatlichen Anforderungen ist Genüge getan, wenn die Begriffe durch Auslegung konkretisiert werden können *(s oben unter 3a mit Hinweis auf BVerfGE 82, 209, 224 ff; 110, 370, 396 f)*. Darlegungen, dass diese Mindestanforderungen nicht erfüllt seien, sind dem Revisionsvorbringen nicht zu entnehmen. Dafür ist auch nichts ersichtlich.

Auch die Komplexität der Regelungen begründet keinen Verstoß gegen das Gebot der Normenklarheit. Honorarverteilungsmaßstäbe müssen die Komplexität der von ihnen zu regelnden Verhältnisse berücksichtigen und gelegentlich auch durch generalklauselartige Ermächtigungen des Vorstandes zu Einzelfall- und Härtefall-Entscheidungen Raum für sachgerechte Lösungen atypischer Fälle geben. Dementsprechend dürfen bei komplexen Regelungen die Anforderungen an ihre Klarheit und Eindeutigkeit nicht überspannt werden *(vgl dazu zB BVerfGE 106, 275, 308 = SozR 3-2500 § 35 Nr 2 S 25, und BayVerfGH NZS 2004, 264, 265)*.

f) Entgegen der Auffassung der Revision ist der HVM nicht deshalb rechtswidrig, weil die Vertreterversammlung bei seinem Erlass möglicherweise keine umfassenden Informationen über die Kosten- und Ertragslage der Radiologen hatte.

Die Ermittlung entsprechender objektiver Daten hätte eine umfassende Offenlegung der gesamten Einnahme- und Ausgabesituation aller im Bezirk der Beklagten niedergelassenen Radiologen vorausgesetzt. Eine Bereitschaft der Ärzte, entsprechende Daten offen zu legen, besteht indessen nur in sehr eingeschränktem Umfang, wie bereits das Verhalten der Kläger in diesem und in verschiedenen Parallelverfahren belegt. Darüber hinaus ist zweifelhaft, ob überhaupt eine Offenlegungspflicht bestünde. Ungeachtet dessen ist bei Rechtsnormen grundsätzlich nur entscheidend, ob die Regelungen objektiv sachlich gerechtfertigt sind. Ihnen müssen objektiv ausreichende Erwägungen zu Grunde liegen, und die zur Erreichung der verfolgten Ziele gewählten Mittel müssen angemessen sein. Auf die Überlegungen des Normgebers im Einzelnen kommt es nicht an. Ihn trifft grundsätzlich keine Begründungspflicht *(BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris; ebenso BSGE 89, 259, 266 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 194 f; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 1 RdNr 23)*. Der Normgeber hat - wenngleich bei Rechtsnormen, denen Prognoseerwägungen zu Grunde liegen, Ermittlungen sinnvoll sein dürften - grundsätzlich auch keine Ermittlungspflicht. Für die normsetzende Tätigkeit besteht eine Regelung wie § 20 SGB X, dessen Anwendbarkeit ein Verwaltungsverfahren iS des § 8 SGB X voraussetzt, nicht. Den Normgeber des HVM trifft allerdings im Falle eines Honorartopfes, dem nur wenige Leistungserbringer zugeordnet sind, unter bestimmten Voraussetzungen eine verstärkte Beobachtungs- und Reaktionspflicht *(vgl BSG, Urteil vom 20. Oktober*

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

2004 - B 6 KA 30/03 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, zur Strahlentherapie in einem kleinen KÄV-Bezirk). Eine derartige Konstellation liegt hier indessen nicht vor.

g) Die Änderung des HVM durch Beschluss vom 29. November 1997, durch den mit Wirkung vom 1. Juli 1997 eine fallzahlabhängige Fallbewertung in den HVM eingeführt wurde *(neuer Abschnitt I in Anlage 3 zu LZ 702)*, ist nicht wegen unzulässiger Rückwirkung rechtswidrig. Es handelte sich lediglich um eine unechte Rückwirkung, die den rechtlichen Anforderungen entsprach.

Eine unechte Rückwirkung liegt dann vor, wenn eine Rechtsnorm auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt, indem sie Rechtspositionen nachträglich entwertet, eine echte nur dann, wenn eine Rechtsnorm nachträglich ändernd in abgewickelte, der Vergangenheit angehörende Sachverhalte eingreift *(vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 4 RdNr 10 mit BVerfG-Angaben)*. In dem für die Beurteilung maßgeblichen Zeitpunkt der Veröffentlichung *(vgl BSG aaO RdNr 10 und BSGE 81, 86, 90 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 85)* der Änderung des HVM lag noch kein abgewickelter Sachverhalt vor. Denn die Honorarabrechnungen für das Quartal III/1997 waren noch nicht erfolgt. Ein konkreter Honoraranspruch ergibt sich erst nach Prüfung aller von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen und der darauf basierenden Errechnung der Verteilungspunktwerte *(dazu BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 4 RdNr 12; s auch BSGE 92, 10 = SozR aaO Nr 5, jeweils RdNr 16)*. Bestimmungen des HVM enthalten nur in seltenen Fällen abschließende Festlegungen für die Honorarverteilung, zB dann, wenn sie Mindestpunktwerte festlegen *(BSG aaO Nr 4 RdNr 14)*. Dann ist die Rechtslage vergleichbar mit Regelungen des EBM-Ä, die Punktzahlen für die einzelnen Leistungen - oder bei Budgetregelungen für Gruppen von Leistungen maximale Gesamtpunktzahlen - festsetzen und somit eine feststehende Grundlage für die Honorierung bilden *(vgl BSG aaO Nr 4 RdNr 13)*. Eine solche Konstellation bestand - bei der rückwirkenden Einführung einer fallzahlabhängigen Bewertung *(Anlage 3 Abschnitt I zu LZ 702 HVM)* - hier nicht.

Die damit gegebene unechte Rückwirkung ist bei Vorhandensein ausreichender Gemeinwohlgründe im Verhältnis zum Vertrauensschutz der Betroffenen rechtmäßig. Dh, das schutzwürdige Vertrauen der Betroffenen auf den Fortbestand der bisherigen Rechtslage darf nicht schwerer wiegen als die öffentlichen Interessen, die der Normgeber bei der Veränderung der Rechtslage verfolgt hat *(vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 4 RdNr 12 mit Hinweis auf BVerfGE 101, 239, 263; 103, 392, 403 = SozR 3-2500 § 240 Nr 39; ebenso BVerfGE 109, 96, 122 = SozR 4-5868 § 1 Nr 2 RdNr 65)*. So liegt es hier, denn ein schutzwürdiges Vertrauen der von der rückwirkenden Änderung des HVM betroffenen Vertragsärzte konnte überhaupt noch nicht entstehen. Der HVM hatte bereits in der Fassung des Beschlusses vom 14. Juni 1997 - bekannt gegeben mit Rundschreiben vom 24. Juni 1997 *(in Fußnote 6 zur Anlage 3 zu LZ 702)* - angekündigt, dass die Honorarforderungen der nicht in die Praxis- und Zusatzbudgets nach dem EBM-Ä einbezogenen Ärzte nunmehr einer fallzahlabhängigen Bewertung zu unterziehen seien; Einzelheiten sollten noch bekannt gegeben werden. Hiernach mussten die betroffenen Ärzte, ohne dass es detail-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

lierter Ankündigung bedurfte, mit weiteren individuellen Honorarbegrenzungsmaßnahmen rechnen *(zu einer ähnlichen Konstellation s BSGE 77, 288, 290 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 66)*.

Im Übrigen wäre die umstrittene Änderung des HVM selbst dann nicht rechtswidrig, wenn darin eine echte Rückwirkung zu sehen wäre. Auch echte Rückwirkungen können - ausnahmsweise - rechtmäßig sein, zB dann, wenn der Rechtsunterworfene - wie hier auf Grund einer Mitteilung vor dem späteren Rückbezugszeitpunkt - nicht mit dem Fortbestand der bisherigen Regelung rechnen konnte *(vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 4 RdNr 15 und BSGE 81, 86, 96 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 91 f - jeweils mit BVerfG-Angaben -; s auch BSGE 77, 288, 290 = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 66)*.

h) Die weiteren Beanstandungen der Revision gegen den Regelungsinhalt des HVM greifen ebenfalls nicht durch. Weder die Bildung eines Honorartopfes für Radiologen *(Anlagen 1 und 2 zu LZ 702)* noch die individuelle Budgetierung *(Anlage 3 zu LZ 702)* sind zu beanstanden.

Der Senat hat wiederholt ausgesprochen, dass die KÄVen bei der Ausformung des HVM einen Gestaltungsspielraum haben, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist *(zusammenfassend: Urteile vom 10. Dezember 2003 - BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 6 - und vom 10. März 2004 - BSGE 92, 233 = SozR aaO Nr 9, jeweils RdNr 7; ebenso zuletzt Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen)*. Zu beachten sind dabei allerdings insbesondere das in § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie der aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen *(vgl BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 aaO mwN)*. Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf *(aaO)*. In ständiger Rechtsprechung hat der Senat die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen als rechtmäßig angesehen *(aaO mit Hinweis auf BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 408 f mwN)*. Dabei können Arztgruppen, die - wie zB diagnostisch und strahlentherapeutisch tätige Radiologen und Nuklearmediziner - gewisse Ähnlichkeiten aufweisen, getrennt geführt oder zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst werden *(in letzterem Sinne Anlage 1 Abschnitt I und Anlage 2 Abschnitt I zu LZ 702 HVM mit jeweils der Honoraruntergruppe 4.16)*. Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die in § 85 Abs 3 bis 3c SGB V normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern *(BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, aaO)*. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können *(BSG aaO mwN)*. Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind,

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

die überweisungsgebunden sind. Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind *(aaO, jeweils mwN)*. Die Zuordnung zu einem Honorarkontingent wird auch nicht ohne Weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge - im Gefolge medizinisch-technischer Fortschritte mit der Entwicklung aussagekräftigerer und schonenderer Diagnose- und Behandlungsverfahren - ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt *(BSG aaO)*. Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden *(BSG aaO, mit Hinweis auf BSG SozR aaO S 409 mwN und BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 14)*.

In der Bildung von Honorartöpfen liegt ebenfalls kein rechtswidriges Abweichen des HVM vom EBM-Ä *(vgl BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 125 f)*. Zwar ist die KÄV im Rahmen der ihr nach § 85 Abs 4 Satz 4 SGB V obliegenden Honorarverteilung an höherrangiges Recht und damit auch an die Bestimmungen des EBM-Ä gebunden. Der HVM einer KÄV darf sich daher nicht in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM-Ä setzen *(BSGE 86, 16, 25 = SozR aaO Nr 23 S 124; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 7 RdNr 6)*. Doch verstößt die Bildung von Honorartöpfen nicht gegen die Bewertungsvorgaben des EBM-Ä, wenn bzw weil sie nicht auf eine Korrektur der im EBM-Ä erfolgten Festlegungen gerichtet ist, sondern nur - an diese anknüpfend - aus Gründen der Honorarverteilung bestimmte Vorgaben für den sich ergebenden Auszahlungspunktwert macht *(vgl BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 126)*. Auch die fehlende Einbeziehung der Radiologen in die Praxisbudgets des EBM-Ä begründet kein Verbot, für diese Fachgruppe im HVM einen Honorartopf zu schaffen und eine individuelle Budgetierung vorzunehmen *(vgl BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 409 zur Topfbildung bei sog freien Leistungen)*. Die zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets *(Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997, Deutsches Ärzteblatt <DÄ> 1996, A-3364 ff; 1997, A-864 ff)* haben grundsätzlich nichts an der Berechtigung der KÄVen geändert, im HVM auch mengensteuernde Regelungen zu treffen, um so eine gerechte Honorarverteilung zu erreichen und zugleich ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gerecht zu werden *(vgl hierzu BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 125)*.

Dies kann in Bereichen mit erheblichem Mengenzuwachs dazu führen, dass normativ hohe Punktzahlen im EBM-Ä weiter bestehen, aber die aus dem HVM resultierenden Auszahlungspunktwerte sinken - dies uU auch im Vergleich zu anderen Leistungen mit an sich vergleichbar hohen EBM-Ä-Punktzahlen - und dass sich bei kostenintensiven Leistungen trotz eines mit Mengensteigerungen typischerweise einhergehenden Rationalisierungseffektes der relative Kostenanteil erhöht. Das ist hinzunehmen, solange es gerechtfertigt ist, an der Bildung des Honorartopfes und an dem ihm zugeordneten Honorarvolumen für diesen Bereich festzuhalten *(dazu - auch im Zusammenhang mit Leistungen, die überweisungsgebunden und keiner Mengenausweitung durch ihre Erbringer zugänglich ist - s oben unter 3h)*. Insoweit besteht allerdings eine verstärkte Beobachtungspflicht der KÄV, sofern dem Honorartopf nur eine geringe Zahl von

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Leistungserbringern - aber mit einem relevanten Leistungsbereich - zugeordnet und der betroffene Bereich in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist *(s dazu Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, zum strahlentherapeutischen Bereich in einem kleinen KÄV-Bezirk)*. Anhaltspunkte dafür, dass vorliegend eine derartige Situation gegeben sein könnte, lassen sich den Feststellungen des LSG nicht entnehmen und haben die Kläger auch nicht vorgebracht.

Nicht zu beanstanden ist schließlich auch die Bildung individueller Budgets im HVM. Dies hat der Senat in seinem Urteil vom 10. Dezember 2003 *(B 6 KA 54/02 R = BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5)* im Einzelnen dargelegt. Sie können sowohl nach Abrechnungswerten des Fachgruppendurchschnitts als auch nach eigenen Abrechnungsergebnissen des jeweiligen Arztes in vergangenen Zeiträumen bemessen werden *(vgl BSG aaO, jeweils RdNr 10 mwN)* und als Punktwert- oder als Punktzahl-Begrenzungen ausgestaltet sein *(zur funktionellen Austauschbarkeit s BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 410 f)*. Sie sind nicht nur in Form von Fallwertgrenzen, sondern grundsätzlich auch in Form von Fallzahlgrenzen zulässig *(vgl BSGE 92, 233 = SozR 4-2500 § 85 Nr 9, jeweils RdNr 7 f, 13 bis 16)*. Die Rechtsprechung hat jedoch bestimmte Anforderungen an die Ausgestaltung individueller Budgets gestellt. Insbesondere muss jeder Arzt die Möglichkeit haben, durch Erhöhung der Zahl der behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen *(vgl BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 19 bis 21, und BSGE 92, 233 = SozR aaO Nr 9, jeweils RdNr 18 bis 20)*. Deshalb sind Ausnahmeregelungen für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen, insbesondere für Praxen in der Aufbauphase, erforderlich *(BSG aaO)*. Überdies muss der HVM eine allgemeine Härteklausel enthalten, auf deren Grundlage der Vorstand der KÄV in besonderen Fällen Ausnahmen von den Fallwert- und/oder Fallzahl-Begrenzungen bewilligen kann *(hierzu s BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 10 RdNr 16 mit Bezugnahme auf BSGE 92, 10 = SozR aaO Nr 5, jeweils RdNr 15)*. Spiegelbildlich zum Erfordernis von Wachstumsmöglichkeiten für unterdurchschnittliche Praxen können die überdurchschnittlichen stärker begrenzt werden, indem diesen die Zuwachsmöglichkeiten beschränkt oder Zuwächse überhaupt verwehrt werden *(vgl hierzu BSGE 92, 10 = SozR aaO Nr 5, jeweils RdNr 21, und BSG SozR aaO Nr 6, jeweils RdNr 17 bis 20)*. Dabei tendiert die Rechtsprechung dazu, Honorarbeschränkungen für Fallwertsteigerungen in großzügigerem Umfang als rechtmäßig anzusehen als Honorarbeschränkungen bei reinen Fallzahlsteigerungen *(vgl dazu BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 6 RdNr 20)*.

Auf der Grundlage dieser Maßstäbe erweisen sich die von den Klägern beanstandeten Regelungen des HVM der Beklagten als rechtmäßig. Dies gilt insbesondere für die Grundstruktur des HVM mit seiner Anknüpfung an die Verhältnisse früherer Quartale bei der Bildung von Honorarkontingenten *(dazu BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, mit Hinweis auf BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 409 mwN und BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 14)*. Das gilt aber auch für die von den

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Klägern beanstandeten drei Begrenzungsregelungen in den Abschnitten I, II und III der Anlage 3 zu LZ 702 HVM *(s die Bekanntmachung der KÄV Hessen vom 12. Dezember 1997)*.

Nach der Regelung in Abschnitt I der Anlage 3 *(fallzahlabhängige Fallbewertung - Abschnitt eingefügt durch Änderung vom 29. November 1997 mit Rückwirkung zum 1. Juli 1997 - die bisherigen Abschnitte I und II wurden dadurch zu II und III)* führte eine unterdurchschnittliche Fallzahl zu einer Erhöhung der Fallwerte und eine überdurchschnittliche Fallzahl zu einer Absenkung - unter Belassung der Möglichkeit eines Fallzahlzuwachses -. Dieses System ist nicht zu beanstanden. Die Anforderungen der Urteile vom 10. März 2004 *(BSGE 92, 233 = SozR 4-2500 § 85 Nr 9, jeweils RdNr 7 f, 13 bis 16, und BSG SozR aaO Nr 10 RdNr 6 f, 12 bis 15)* sind eingehalten. Die Absenkung der Fallwerte bei überdurchschnittlicher Fallzahl war auf höchstens 20 vH begrenzt *(s dazu das erstgenannte Urteil in RdNr 16)*; höhere Begrenzungen zu Gunsten von Stützungsmaßnahmen für unterdurchschnittliche Praxen sind in weitem Maße unbedenklich *(vgl hierzu BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 21, und BSG SozR aaO Nr 6 RdNr 17 bis 20)*.

Die Regelung in Abschnitt II *(fallwertabhängige Budgetierung)* enthielt eine Begrenzung der Honorierung von Fallwerten in Abhängigkeit sowohl von früheren eigenen Fallwerten als auch von den Durchschnittsfallwerten der Fachgruppe. Anhand der eigenen früheren Abrechnungen für die Quartale III/1995 bis III/1996 wurde ein durchschnittlicher (Teil-)Fallwert errechnet und um 10 % des entsprechenden Mittelwertes der Fachgruppe erhöht. Nur bis zu dieser Grenze wurde der Fallwert bei der Honorierung berücksichtigt. Dies konnte dazu führen, dass eine aus geringen Fallzahlen resultierende Begünstigung durch die fallzahlabhängige Fallbewertung *(Abschnitt I)* sich im Falle früherer geringer Fallwerte nicht honorarerhöhend auswirkte. Die sich ergebende Honorarkappung war aber als solche - und auch in der Kumulation mit der fallzahlabhängigen Quotierung *(dazu siehe unten)* - nicht zu beanstanden. Ihre Wirkungen waren nämlich vergleichbar mit denen eines Individualbudgets, wie es dem Senatsurteil vom 10. Dezember 2003 *(B 6 KA 54/02 R = BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 6 ff)* zu Grunde lag und das im Grundsatz rechtmäßig war *(BSG aaO RdNr 10 ff)*.

Die Regelung in Abschnitt III *(fallzahlabhängige Quotierung)* begrenzte die Honorierung für Fallwerte nach Maßgabe des Anstiegs der Fallzahl im Vergleich zur früheren eigenen des entsprechenden Quartals des Jahres 1995. Bis zu dieser früheren Fallzahl zuzüglich 2 % der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe wurden die Fallwerte voll anerkannt. Soweit die Fallzahl darüber hinausging, wurde der Fallwert noch zur Hälfte bei der Honorierung berücksichtigt. Hierin lag vom Regelungsmechanismus her eine Vergütungsbegrenzung für Fallwerte, faktisch aber eine Vergütungsbegrenzung für den Fall von Fallzahlsteigerungen. Insgesamt entsprach die Regelung den Anforderungen gemäß dem Urteil vom 10. März 2004 *(B 6 KA 3/03 R = BSGE 92, 233 = SozR 4-2500 § 85 Nr 9, jeweils RdNr 7 f, 11 bis 13)*. Ein laufender Zuwachs war zwar nicht vorgesehen (die Überschreitungstoleranz bezogen auf das entsprechende Quartal des Jahres 1995 blieb bei 2 % der damaligen durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe), andererseits

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

knüpfte die Zuwachsquote von nur 2 % an einen nur kurz zurückliegenden Zeitraum *(1995)* an. Ob diese Anknüpfung mit starrer Zuwachsquote bei größer werdendem zeitlichem Abstand - ab einem späteren Zeitraum als den hier streitigen Quartalen III/1997 und IV/1997 - zu beanstanden wäre, ist hier nicht zu entscheiden. Zu berücksichtigen ist schließlich, dass ab dem Zuwachs um 2 % keine volle Kappung des Honorars erfolgte, sondern dieses für die darüber hinaus gehende Fallzahl noch zur Hälfte gewährt wurde. Das hält der Senat für ausreichend.

Auch die Wechselwirkungen zwischen den drei genannten Regelungsmechanismen begründen nicht deren Rechtswidrigkeit. Die erstgenannte Regelung *(fallzahlabhängige Fallbewertung)* mit ihrer unterschiedlichen Fallbewertung bei Praxen mit hohen und solchen mit geringeren Fallzahlen bewirkte ohnehin keine strikte Honorarbegrenzung. Ein weiter gehender Eingriff lag in der zweitgenannten Regelung mit ihrer Begrenzung ähnlich wie durch ein Individualbudget, und ebenso in der drittgenannten mit der Honorierungshalbierung ab Überschreitung der nur einmalig 2 %igen Fallzahlzuwachstoleranz. Indessen waren diese Mechanismen so unterschiedlich, dass daraus resultierende Honorarbegrenzungen je nach der konkreten Sachlage verstärkt oder abgeschwächt wurden. Eine wechselseitige Verstärkung der verschiedenen Begrenzungen konnte, wie sich aus obigen Ausführungen ergibt, nur im Falle zugleich hoher Fallzahlen, hohen Fallzahlzuwachses und früher geringer Fallwerte eintreten. Dass dies für die Kläger konkrete Bedeutung gehabt haben könnte - und dies in erheblichem Ausmaß -, ist nicht ersichtlich und auch nicht vorgetragen, sodass dazu keine Stellungnahme erforderlich ist.

Es bedarf weiterhin nicht der Prüfung, ob für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen ausreichende Ausnahmeregelungen bestehen, die ihnen ein Wachstum bis zum durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe ermöglichten *(vgl BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 19 bis 21, und BSGE 92, 233 = SozR aaO Nr 9, jeweils RdNr 18 bis 20)*. Ob der HVM solche Regelungen in ausreichender Weise enthielt, ist im Berufungsurteil nicht festgestellt. Das ist vorliegend auch nicht zu erörtern; denn die Kläger haben nicht geltend gemacht, dass das für sie Bedeutung gehabt haben könnte. Wenn eine konkrete nachteilige Betroffenheit nicht feststellbar ist, kann ein etwaiges Regelungsdefizit keine Rechtsverletzung zu Lasten der Kläger ergeben *(in diesem Sinne BSG SozR 4-2500 § 95 Nr 6 RdNr 6, Nr 9 RdNr 22, Nr 10 RdNr 18)*.

4. Der EBM-Ä ist, soweit er für den Honoraranspruch der Kläger Bedeutung hat, gleichfalls rechtmäßig. Die gerichtliche Überprüfung beschränkt sich ebenso wie beim HVM auf jene Regelungen, die die Vergütung der von den Klägern in den streitigen Quartalen erbrachten und abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen betreffen.

a) Die Ermächtigungsgrundlage für den EBM-Ä in § 87 Abs 2 und Abs 2a SGB V *(in der ab dem 1. Juli 1997 geltenden Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 <BGBl I 1520>)* genügt den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts *(allgemein zu diesen oben unter 3a)*. Der Gesetzgeber hat alle mit Blick auf die Eigenart des zu regelnden Sachbereichs und die Intensität der Grundrechtsbetroffenheit wesentlichen Entscheidungen selbst getroffen. Funktion

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

des EBM-Ä ist es, den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander zu bestimmen *(§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V)*. Damit sind die Festlegungen des EBM-Ä für die berufliche Tätigkeit der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen und somit für deren Grundrechte aus Art 12 Abs 1 GG von Relevanz. Trotz dieser Grundrechtsrelevanz ist die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge, die im Bewertungsausschuss den EBM-Ä vereinbaren *(§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V)*, verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber hat die für die erstmalige Vereinbarung des EBM-Ä und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt *(vgl BSG SozR 3-2200 § 368g Nr 2 S 4 f; Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 87 RdNr 42)*. § 87 Abs 2 SGB V gibt in Satz 1 mit der Beschreibung und der (verhältnismäßigen) Bewertung der abrechenbaren Leistungen die Art der im EBM-Ä zu treffenden Regelungen und in Satz 2 mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen der wirtschaftlichen Leistungserbringung bestimmte inhaltliche Ziele vor. Darüber hinaus gelten für die Ausgestaltung des EBM-Ä die allgemeinen Grundsätze der §§ 70, 71 SGB V sowie des § 72 Abs 2 SGB V. Danach dient der EBM-Ä bestimmten qualitativen und ökonomischen Zielen. Die vertragsärztliche Gebührenordnung leistet einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten *(§ 70 Abs 1 Satz 1, Abs 2, § 72 Abs 2 SGB V)* sowie zur wirtschaftlichen Erbringung der zu einer derartigen Versorgung zählenden Leistungen *(§ 70 Abs 1 Satz 2, § 72 Abs 2 SGB V)*. Zugleich muss der EBM-Ä aber auch so vereinbart werden, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden *(§ 72 Abs 2 SGB V)*. Bereits diesen Gestaltungsvorgaben lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen *(vgl BSGE 78, 70, 83 = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 zur hinreichenden Bestimmtheit der Normsetzungsermächtigung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen)*. Darüber hinaus sind durch das GSG und das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 in § 87 Abs 2a und 2b SGB V eine Reihe konkreter inhaltlicher Vorgaben eingeführt worden. So sind nach § 87 Abs 2a Satz 1 und 2 SGB V die im EBM-Ä aufgeführten ärztlichen Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen; Einzelleistungen sind nur noch zulässig, soweit dies medizinisch notwendig ist. Während dahinter das Bestreben steht, der Zergliederung in eine ständig zunehmende Zahl von Vergütungspositionen entgegenzuwirken *(vgl Engelhard in: Hauck/Noftz, aaO, K § 87 RdNr 75)*, nehmen die anderen Vorgaben des § 87 Abs 2a SGB V den EBM-Ä für die Verwirklichung bestimmter Steuerungsziele in Anspruch. Letzteres gilt insbesondere für die ausdrückliche Ermächtigung zur Schaffung von Abstaffelungen in § 87 Abs 2a Satz 7 SGB V sowie von Obergrenzen für abrechenbare Leistungen in § 87 Abs 2a Satz 8 SGB V. Hierdurch wurden die gesetzlichen Vorgaben für die Gestaltung des EBM-Ä weiter ausgebaut und präzisiert.

Das SGB V enthält damit deutlich mehr Vorgaben für die Vereinbarung des EBM-Ä als die Bundesärzteordnung (BÄO) in ihrer entsprechenden Verordnungsermächtigung für das ärztliche und zahnärztliche Gebührenrecht *(Gebührenordnung für Ärzte <GOÄ> bzw Zahnärzte <GOZ>)*. § 11

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Satz 1 BÄO bezeichnet als Regelungsgegenstand die "Entgelte für ärztliche Tätigkeit". Weiter wird bestimmt, dass in der Gebührenordnung "Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen" sind und dass bei der Festsetzung den "berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen" ist *(§ 11 Satz 2 und 3 BÄO)*. Nach der Rechtsprechung des BVerfG lassen sich aus dieser Vorschrift mit hinreichender Deutlichkeit Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung erkennen *(BVerfGE 68, 319, 333)*.

Dieser Blick auf die Ermächtigung zum Erlass der privatärztlichen Gebührenordnungen macht deutlich, dass die Eigenart des zu regelnden Sachbereichs oder die berührten grundrechtlichen Schutzbereiche es dem Gesetzgeber nicht gebieten, alle Einzelheiten des Leistungsgeschehens selbst zu regeln *(vgl Engelmann, NZS 2000, 76, 78 f)*. Eine solche Forderung lässt sich auch nicht aus der Grundrechtsbetroffenheit der Vertragsärzte ableiten, da diese bei Beschreibung und Bewertung der abrechenbaren vertragsärztlichen Leistungen in aller Regel nicht besonders intensiv ist. Anders verhält es sich bei statusrelevanten Regelungen im EBM-Ä *(zur Abgrenzung vgl BSGE 78, 91, 93 = SozR 3-5540 § 25 Nr 2 S 5 und Clemens in: Umbach/Clemens <Hrsg>, Grundgesetz, 2002, Anhang zu Art 12, RdNr 122 f mwN)*. Diese bedürfen einer über die Generalermächtigung in § 87 Abs 2 bzw Abs 2a Satz 1 und 2 SGB V hinausgehenden ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung *(vgl Clemens, aaO, RdNr 121, 124 ff; zu den Normsetzungsbefugnissen der Partner der BMVe bei statusrelevanten Regelungen BSGE 82, 55, 59 = SozR 3-2500 § 135 Nr 9 S 42; BSG SozR 3-2500 § 72 Nr 8 S 19)*. Die für den streitbefangenen Honoraranspruch der Kläger maßgeblichen Bestimmungen des EBM-Ä weisen aber keine derartige Statusrelevanz auf *(vgl die Beispiele bei Clemens, aaO, RdNr 143, 161 ff, 172 ff)*.

b) Die Bestimmungen des EBM-Ä beruhen auf einem Regelungskonzept der Normsetzung durch vertragliche Vereinbarung, das mit der Verfassung, insbesondere dem Demokratieprinzip, vereinbar ist.

Bei den Bewertungsmaßstäben handelt es sich um Normsetzung durch Vertrag *(vgl BSGE 89, 259, 263 = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 191; s auch BSGE 81, 86, 89 = SozR aaO Nr 18 S 84; BSGE 83, 218, 219 f = SozR aaO Nr 21 S 108 f; BSGE 88, 126, 133 = SozR aaO Nr 29 S 152 f; Engelmann, NZS 2000, 1, 7)*. Normgeber des EBM-Ä sind die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die KÄBV. Sie vereinbaren nach § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V durch den Bewertungsausschuss einen für alle Kassenarten einheitlichen Bewertungsmaßstab *(BSGE 81, 86, 89 = SozR aaO Nr 18 S 84; s auch BSGE 78, 191, 196 = SozR 3-2200 § 368i Nr 1 S 7)*. Der Bewertungsausschuss ist - ungeachtet seiner Verselbstständigung - ein Vertragsorgan, durch das die Partner der Bundesmantelverträge den EBM-Ä vereinbaren *(vgl BSGE 73, 131, 133 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 20; BSGE 90, 61, 64 = SozR 3-2500 § 87 Nr 35 S 203; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 3 RdNr 6)*. Sein Handeln wird den Partnern der Bundesmantelverträge als eigenes zugerechnet *(vgl BSGE 89, 259, 263 = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 191; s auch BSGE 73, 131, 133 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 20 f)*. Als bloßes Vertragsorgan ist der Bewertungsausschuss bei

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

der Schaffung von Bestimmungen des EBM-Ä nicht selbst Träger von Rechten und Pflichten *(BSGE 90, 61, 64 = SozR 3-2500 § 87 Nr 35 S 203 f)*. Die von der Revision gegen die Rechtmäßigkeit dieses Regelungskonzepts vorgebrachten Einwände überzeugen nicht.

Das Gesetz sieht im Vertragsarztrecht verschiedene Formen der Kooperation von Krankenkassen und KÄVen bei der Normsetzung vor. Diese reichen von der einseitigen Normsetzung mit Benehmenspflichten *(§ 85 Abs 4 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung)* über die einvernehmliche Normsetzung durch Vertrag *(§ 82 Abs 1, § 83 SGB V)* bis hin zur Normsetzung durch Mehrheitsbeschluss *(§ 92 SGB V)*. In diesem Spektrum gehört der Bewertungsmaßstab schon wegen des für sein Zustandekommen vorgeschriebenen Einvernehmens *(vgl § 87 Abs 4 Satz 1 SGB V)* zu den Verträgen. Dass er durch einen Ausschuss vereinbart wird, ändert daran nichts. Dadurch ist die Kooperation in diesem Bereich zwar stärker institutionalisiert als bei den anderen Verträgen. Entscheidend bleibt aber, dass im (einfachen) Bewertungsausschuss nur einvernehmliche Entscheidungen möglich sind. Um Entscheidungsblockaden aufzulösen, sieht das Gesetz eine Erweiterung des Bewertungsausschusses um unparteiische Mitglieder vor *(§ 87 Abs 4 SGB V)*. Der auf diese Weise erweiterte Bewertungsausschuss ist zu Mehrheitsbeschlüssen in der Lage *(§ 87 Abs 5 SGB V)* und nimmt dabei die Funktionen eines Schiedsamts wahr *(BSGE 90, 61, 62 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 35 S 202 f)*. Auch wenn einfacher und erweiterter Bewertungsausschuss einen einheitlichen Ausschuss darstellen, der seine Entscheidungen lediglich in verschiedener Zusammensetzung nach unterschiedlichen Regeln (Einstimmigkeitsprinzip, Mehrheitsentscheidungen) fällt *(BSGE 78, 191, 192 = SozR 3-2200 § 368i Nr 1 S 3)*, ändert dies nichts daran, dass es sich bei dem Bewertungsmaßstab um eine vertragliche Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KÄBV handelt *(vgl § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V)*.

Für die funktionale Selbstverwaltung gelten - wie bereits oben angesprochen *(unter 3b)* - nicht dieselben Legitimationsanforderungen wie für die unmittelbare Staatsverwaltung oder die kommunale Selbstverwaltung. Eine personelle Legitimation durch eine ununterbrochene Legitimationskette ist in der funktionalen Selbstverwaltung nicht erforderlich. Ihre Legitimation leitet sich vielmehr daraus ab, dass die beteiligten Körperschaften durch Gesetz errichtet worden sind und dass ihnen durch Gesetz ausdrücklich die Aufgabe der Rechtsetzung mit Außenwirkung zugewiesen worden ist *(BVerfGE 107, 59, 91 f)*. Die Bindungswirkung dieses untergesetzlichen Rechts für Dritte wie Versicherte, Krankenkassen, ärztliche Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser war schon bisher in der Rechtsprechung anerkannt *(zum Normcharakter des EBM-Ä s zB BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris)* und wird nunmehr zusätzlich durch zB § 91 Abs 9 SGB V *(eingefügt durch das GMG vom 14. November 2003)* für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses ausdrücklich klargestellt. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang erforderlich, dass die Ausgestaltung der funktionalen Selbstverwaltung mit dem Grundgedanken autonomer interessengerechter Selbstverwaltung und effektiver öffentlicher Aufgabenwahrnehmung vereinbar ist. Es muss daher dafür gesorgt sein, dass die Interessen der Betroffenen in den Organisationsstrukturen angemes-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

sen berücksichtigt und nicht Interessen Einzelner bevorzugt werden. Ferner müssen die Organe der Selbstverwaltungseinheiten nach demokratischen Grundsätzen gebildet werden. Im Übrigen stehen die Auswahl der auf die Organisationseinheiten zu übertragenden Aufgaben und die Regelung der Strukturen und Entscheidungsprozesse, in denen diese bewältigt werden, weitgehend im Ermessen des Gesetzgebers.

Die Normsetzung durch vertragliche Vereinbarung lässt sich gleichfalls sinnvoll in das demokratische Prinzip des Grundgesetzes einordnen. Allerdings weicht das System kollektivvertraglicher Normsetzung, auf dem das Vertragsarztrecht aufbaut, in wesentlichen Punkten von der autonomen Rechtsetzung ab, die mitgliedschaftlich strukturierten Körperschaften zur eigenverantwortlichen Regelung der sie selbst betreffenden Angelegenheiten eröffnet ist. Denn beim Abschluss der Vereinbarungen über die vertragsärztliche Versorgung sind die KÄVen und die Krankenkassen-Verbände gezwungen, einen Interessenausgleich mit der jeweils anderen Seite zu finden, können also gerade nicht autonom über die eigenen Belange entscheiden *(BSGE 81, 73, 82 = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 57)*. Freilich wird man der Funktion solcher vertraglichen Vereinbarungen nicht gerecht, wenn man in ihnen allein ein Instrument der Fremdbestimmung sieht *(so aber Ebsen in: Schulin <Hrsg>, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1: Krankenversicherungsrecht, 1994, § 7 RdNr 119)*. Wie das Privatrecht zeigt, sind Verträge keineswegs mit dem Autonomiegedanken unvereinbar. Auch im Bereich der funktionalen Selbstverwaltung bedeutet die vertragliche Kooperation nicht primär Verlust von, sondern Gewinn an Autonomie, wenn sie Bereiche betrifft, die die Interessen der Mitglieder eines Selbstverwaltungsträgers berühren, von diesem aber nicht einseitig geregelt werden können, weil auch die Interessen der Mitglieder eines anderen Selbstverwaltungsträgers berührt sind *(vgl Wahl, Kooperationsstrukturen im Vertragsarztrecht, 2001, S 444)*. Vertragliche Vereinbarungen sind deshalb ein Instrument, das es ermöglicht, alle von einer Regelung betroffenen Interessen angemessen zu berücksichtigen, ohne deren Träger in eine Selbstverwaltungseinheit einbinden zu müssen. Die gemeinsame autonome Regelung von Angelegenheiten in einem Bereich, in dem sich die Interessen der Mitglieder von Krankenkassen und KÄVen überschneiden, war Grund dafür, hier von „gemeinsamer Selbstverwaltung“ zu sprechen *(zum Begriff s nur Axer in: von Wulffen/Krasney <Hrsg>, Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, S 339 ff)*. Dass in diesem Überschneidungsbereich Interessengegensätze bestehen, ist kein zwingendes Argument gegen eine Regelung durch vertragliche Vereinbarungen. Denn der Vertrag ist ein Instrument des Interessenausgleichs.

Die Normsetzung durch Vertrag entspricht im Übrigen den Funktionsnotwendigkeiten des bestehenden Krankenversicherungssystems. Sie hat ihren Grund im Naturalleistungsprinzip *(§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V)* auf der einen und im Grundsatz der Leistungserbringung durch Dritte *(§ 2 Abs 2 Satz 2 SGB V)* auf der anderen Seite, mithin in zwei Prinzipien, die das deutsche Krankenversicherungsrecht seit jeher geprägt haben. Müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die notwendigen medizinischen Leistungen als solche zur Verfügung stellen, ohne auf eigenes medizinisches Personal zurückgreifen zu können, so sind sie auf die Mitwirkung selbstständiger

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Leistungserbringer angewiesen. Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Versicherten sind dann vertragliche Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern unerlässlich. Werden diese Beziehungen nicht durch Einzelverträge zwischen der einzelnen Krankenkasse und dem einzelnen Leistungserbringer geregelt, sondern durch Kollektivverträge der entsprechenden Verbände - wie dies zwischen Ärzten und Krankenkassen seit langem der Fall ist -, kommt das vertragliche Zusammenwirken ohne die Zuweisung von Normsetzungsbefugnissen an die Vertragspartner nicht aus *(BSGE 81, 73, 83 = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 59)*. Das Regelungskonzept der Rechtsetzung durch Normenverträge ist vom BSG stets gebilligt worden *(vgl nur BSGE 71, 42, 48 = SozR 3-2500 § 87 Nr 4 S 15; BSGE 81, 73, 83 f = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 59; BSGE 82, 41, 47 = SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 16 f)*. Auch das BVerfG hat bisher in keiner der zahlreichen Entscheidungen, die sich mit der Anwendung vereinbarter Normen des Vertragsarztrechts befassen, Zweifel an der Zulässigkeit vertraglicher Rechtsetzung auch nur angedeutet *(vgl zuletzt BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris -, und BVerfG <Kammer> SozR 3-5557 Allg Nr 1, jeweils zum EBM-Ä; BVerfG <Kammer> SozR 4-2500 § 135 Nr 2 = NVwZ 2004, 1347 = MedR 2004, 608 zur Kernspintomographie-Vereinbarung; BVerfG <Vorprüfungsausschuss> SozR 2200 § 368g Nr 3 zu einem Gesamtvertrag über die Vergütung von Zahnersatz; vgl auch BVerfGE 68, 193, 215 zu Zahntechniker-Vergütungsvereinbarungen; BVerfGE 70, 1, 25 ff = SozR 2200 § 376d Nr 1 S 8 ff zu Vereinbarungen über die Preise für Heil- und Hilfsmittel)*. Ganz im Gegenteil hat es speziell zum EBM-Ä ausgeführt, dass dessen Leistungsbeschreibungen dem Gemeinwohlbelang der Funktionsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung dienten. Sie seien geeignet und erforderlich, eine gleichmäßige Vergütung der Vertragsärzte sicherzustellen *(BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris)*.

Lässt sich die Rechtsetzung durch Normenverträge im Grundsatz mit dem demokratischen Prinzip des Grundgesetzes vereinbaren, so bedeutet dies nicht, dass damit jedwede gesetzliche Ausgestaltung vertraglicher Kooperation gerechtfertigt wäre. Voraussetzung dafür ist vielmehr, dass in den Kooperationsstrukturen die betroffenen Interessen angemessen berücksichtigt und nicht einzelne Interessen bevorzugt werden. Nicht nur die Struktur der vertraglichen Kooperation selbst, sondern auch die der daran beteiligten Organisationseinheiten hat dem zu genügen.

Die Partner der Bundesmantelverträge, die durch den Bewertungsausschuss den EBM-Ä vereinbaren, verfügen über eine ausreichende demokratische Legitimation. Die KÄBV ist zur Normsetzung nicht weniger legitimiert als die einzelnen KÄVen *(zu diesen s oben unter 3b)*. Auch greift der Einwand der Revision, die Legitimationskette sei zu sehr verdünnt, nicht durch. Abgesehen davon, dass für die funktionale Selbstverwaltung nicht dieselben Legitimationsanforderungen wie für die unmittelbare Staatsverwaltung und die kommunale Selbstverwaltung gelten und daher Abweichungen von dem Erfordernis lückenloser personeller demokratischer Legitimation aller Entscheidungsbefugten möglich sind *(BVerfGE 107, 59, 91 f)*, besteht bei den Ärzten eine diesem Erfordernis genügende Legitimationskette *(vgl BSGE 82, 41, 46 f = SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 16; BSG SozR 3-5520 § 24 Nr 3 S 11)*.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
Google play JLaw – für Android
Available on the App Store JLaw – für iOS

Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sind gleichfalls hinreichend demokratisch legitimiert. Soweit die Revision die sog Friedenswahlen bei den Krankenkassen, die Beteiligung der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten und eine nicht gewährleistete Vertretung aller Mitgliedskassen in den Verwaltungsräten der Landesverbände rügt, handelt es sich um Einwände gegen die Wahl der Repräsentativorgane der Krankenkassen bzw ihrer Verbände. Hierdurch wird aber die Gültigkeit des Handelns der Krankenkassen nicht in Zweifel gezogen. Denn die Unwirksamkeit der Bestellung von Organen stellt bis zur Rechtskraft der Entscheidung hierüber deren Maßnahmen und Beschlüsse nicht in Frage *(vgl BVerwGE 108, 169, 177 f; BVerwG NVwZ 2003, 995, 996)*. Auch für den Verwaltungsrat der Krankenkassen gilt, dass die Rechtmäßigkeit seiner Wahl in einem eigenen Wahlanfechtungsverfahren zu klären ist *(§ 57 Viertes Buch Sozialgesetzbuch <SGB IV>)*. Erst die rechtskräftige Entscheidung, dass die Wahl rechtswidrig war, berührt die Wirksamkeit der nach diesem Zeitpunkt gefassten Beschlüsse des Verwaltungsrats. Das Wahlanfechtungsverfahren ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft und hat allein die Entscheidung über die Gültigkeit der Wahl zum Inhalt. Es liefe der Eigenständigkeit des Wahlanfechtungsverfahrens zuwider, diese Frage inzident im Rahmen eines anderen Streitverfahrens zu klären *(vgl BVerwGE 108, 169, 176)*. Hiervon abgesehen ist es mit den im Rechtsstaatsprinzip verankerten Grundsätzen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit unvereinbar, wenn die Maßnahmen und Beschlüsse eines Organs, die bis zur Rechtskraft einer Entscheidung über die Gültigkeit seiner Wahl getroffen bzw gefasst worden sind, in ihrem Rechtsbestand und in ihrer Verbindlichkeit in Frage gestellt würden *(BVerwGE 108, 169, 177 unter Bezugnahme auf BVerfGE 1, 14, 38; 34, 81, 95 f)*. Deshalb ist bis zu einer gegenteiligen Entscheidung im Wahlanfechtungsverfahren der nach den Vorschriften des Gesetzes gewählte Verwaltungsrat als das demokratisch legitimierte willensbildende Organ der Krankenkassen bzw ihrer Verbände anzusehen. Konsequenterweise hat das BVerfG daher, wenn es über Handlungen von Krankenkassen zu befinden hatte, niemals die Frage aufgeworfen, ob deren Organe aus Wahlen hervorgegangen sind, die verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sind *(s nur BVerfGE 106, 275, 297 ff = SozR 3-2500 § 35 Nr 2 S 17 ff)*.

Aus diesem Grund ist in einem Honorarstreit - und damit auf die Klage eines Vertragsarztes, der als solcher nicht in die Selbstverwaltung der Krankenkassen einbezogen ist - nicht darauf einzugehen, ob die sog Friedenswahlen bei den Krankenkassen, die Beteiligung der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten und eine nicht generell gewährleistete Vertretung aller Mitgliedskassen in den Verwaltungsräten der Landesverbände mit der Verfassung vereinbar sind. Im Übrigen wäre zu beachten, dass das Gesetz zwar bei den Krankenkassen - anders als bei den KÄVen *(vgl BSGE 23, 92, 95 f)* - Wahlen ohne Wahlhandlung (sog Friedenswahlen) zulässt *(§ 46 Abs 3 SGB IV)*; als Regelfall sieht es aber auch bei den Krankenkassen Wahlen mit Wahlhandlung vor *(§ 46 Abs 1 SGB IV)*. Dass diese Legitimation vermitteln können, ist nicht zweifelhaft. Die Beteiligung der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten der Krankenkassen sieht das Gesetz zwar - mit Ausnahme der Ersatzkassen - im Regelfall vor *(§ 44 Abs 1 SGB IV)*; doch erlaubt es den Krankenkassen, diese Beteiligung ganz oder teilweise zu beseitigen *(vgl § 44 Abs 4 SGB IV)*. Sollte

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

die Arbeitgeberbeteiligung verfassungswidrig sein, so ist es den Krankenkassen unbenommen, diesen Verfassungsverstoß selbst zu beheben. Auch für die Vertretung der Mitgliedskassen in den Verwaltungsräten gilt, dass das Gesetz genügend Möglichkeiten einräumt, den Anforderungen des Demokratieprinzips gerecht zu werden. Zwar müssen nach § 209 Abs 1 Satz 3 SGB V im Verwaltungsrat der Landesverbände nur, soweit möglich, alle Mitgliedskassen vertreten sein. Kann aber auf Grund der gesetzlichen Obergrenze des § 209 Abs 1 Satz 2 SGB V nicht eine Vertretung jeder Mitgliedskasse erreicht werden, lässt es das Gesetz zu, ein Wahlverfahren vorzusehen, in dem die Mitgliedskassen ihre Vertreter gemeinsam auswählen (*vgl Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand Mai 2004, § 209 SGB V RdNr 8)*. Es ist gerade Kennzeichen von Repräsentativorganen, dass diese nur ein verkleinertes Abbild der Mitgliedschaft sind, in ihnen aber keineswegs jedes Mitglied vertreten ist *(hierzu vgl oben unter 3b mit Hinweis auf BVerfGE 70, 324, 364)*.

Auch gegen die Beteiligung der Ersatzkassenverbände an der Normsetzung bestehen keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Sie sind zwar nicht körperschaftlich, sondern in Vereinsform organisiert. Doch handelt es sich bei ihnen nur der Form nach um Privatpersonen. Hinter ihnen stehen die als Körperschaften des öffentlichen Rechts verfassten Ersatzkassen *(§ 4 Abs 1 und 2 SGB V)*. Zahlreiche Aufgaben, die diesen als Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung obliegen, hat ihnen das Gesetz entzogen und auf ihre Verbände übertragen. Insoweit besteht kein Unterschied zu den Primärkassen. Der Spielraum, den das Gesetz den Ersatzkassen bei der Verbandsbildung lässt *(§ 212 Abs 5 SGB V)*, ist angesichts der Vielzahl der Aufgaben, die es auch bei ihnen zwingend den Verbänden zuweist, eher gering. Von den körperschaftlich organisierten Krankenkassenverbänden unterscheiden sich die Ersatzkassenverbände weder von den Aufgaben und Befugnissen *(vgl Krauskopf, aaO, § 212 SGB V RdNr 13 f)* noch von der Aufsicht *(§ 214 Abs 1 und 2 SGB V)* her. Im Hinblick darauf werden sie prozessrechtlich wie Körperschaften des öffentlichen Rechts behandelt *(BSGE 11, 102, 106; BVerwG NJW 1999, 882 f),* auch zB soweit dies ihre Gebührenpflichtigkeit nach § 184 SGG im sozialgerichtlichen Verfahren betrifft (*BSG SozR 3-1500 § 184 Nr 1)*. Sie bei der Normsetzung anders als die Bundesverbände der Krankenkassen zu behandeln, denen sie rechtlich weitgehend gleichgestellt sind, ist sachlich nicht gerechtfertigt. Dagegen spricht auch, dass die Ersatzkassenverbände bei der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben als Beliehene angesehen werden *(vgl BVerfGE 106, 275, 305 = SozR 3-2500 § 35 Nr 2 S 23; BSGE 78, 233, 237 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1 S 5; BVerwG NJW 1999, 882 f; Engelmann, NZS 2000, 76, 78; Ebsen in: Schulin <Hrsg>, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1: Krankenversicherungsrecht, 1994, § 7 RdNr 41 f)*. Einer Beleihung privatrechtlich organisierter Verbände öffentlich-rechtlicher Körperschaften mit Rechtsetzungsbefugnissen steht Verfassungsrecht nicht entgegen. Zwar wird gelegentlich die Auffassung vertreten, eine Beleihung mit Rechtsetzungsbefugnissen sei unzulässig *(Stober in: Wolff/Bachof/Stober, Verwaltungsrecht, Bd 3, 5. Aufl 2004, § 90 RdNr 18)*. Dem ist jedoch in dieser Allgemeinheit nicht zu folgen. Da Normsetzung durch die Verwaltung ein Instrument zur Erledigung von Verwaltungsaufgaben ist, kann es auch nicht verwehrt sein, bei der Beleihung mit Verwaltungskompetenzen die zugehörigen Normsetzungs-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

befugnisse einzuräumen *(Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S 33 f; Neumann, Normenvertrag, Rechtsverordnung oder Allgemeinverbindlicherklärung?, 2002, S 34)*. Im Übrigen unterliegen die Beschlüsse des Bewertungsausschusses seit 2004 verstärkter staatlicher Überprüfung. Nach § 87 Abs 6 Satz 1 SGB V *(eingefügt durch das GMG vom 14. November 2003)* sind die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse und die ihnen zu Grunde liegenden Beratungsunterlagen nunmehr dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen, das die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden kann.

Schließlich steht die konkrete Ausgestaltung der vertraglichen Kooperation bei der Vereinbarung des EBM-Ä nicht in Widerspruch zum Demokratieprinzip des GG. Insbesondere ist mit ihm vereinbar, dass der Bewertungsausschuss um unparteiische Mitglieder erweitert wird, wenn in ihm eine einvernehmliche Vereinbarung nicht zu Stande kommt *(§ 87 Abs 4 SGB V; s auch oben unter 3b zur Beteiligung Nichtbetroffener)*. Der erweiterte Bewertungsausschuss nimmt Aufgaben eines Schiedsamtes wahr *(s dazu BSGE 90, 61, 62 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 35 S 202 f)*. Als solches ist er mit dem demokratischen Prinzip vereinbar. Seine Mitglieder werden ausschließlich von den beteiligten Verbänden bestellt *(§ 87 Abs 3 Satz 1 SGB V)*. Dies gilt auch für die unparteiischen Mitglieder *(§ 87 Abs 4 Satz 2 bis 4 SGB V)*. Dass die unparteiischen Mitglieder keinen Weisungen durch die bestellenden Verbände unterworfen sind, entspricht den Funktionsnotwendigkeiten von Schiedsämtern. Eine völlige Weisungsfreiheit der Tätigkeit des (erweiterten) Bewertungsausschusses wird damit jedoch nicht begründet. Die im Bewertungsausschuss vertretenen Verbände unterliegen der staatlichen Aufsicht *(vgl § 78 Abs 1 und 3 SGB V iVm §§ 88 ff SGB IV, § 79a SGB V für die KÄBV; § 214 Abs 1 und 2 iVm § 208 SGB V und §§ 87 ff SGB IV für die Spitzenverbände der Krankenkassen)*. Die Verbände können entsprechenden Aufsichtsmaßnahmen auch nachkommen. Denn sie sind jederzeit in der Lage, im einfachen Bewertungsausschuss Mehrheitsbeschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses abzuändern.

c) Die von der Revision erhobenen Einwände gegen die Ausgestaltung des Verfahrens, nach dem der Bewertungsausschuss tätig wird, greifen nicht durch. Soweit gerügt wird, es sei undurchschaubar, wer im Vorfeld seiner Entscheidungen mitwirke, ob und welche Gutachten den Entscheidungen zu Grunde gelegt würden, ob überhaupt betriebswirtschaftliche Untersuchungen angestellt würden, welche Vorgaben die Gutachter erhielten sowie welche nicht betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkte den Entscheidungen zu Grunde lägen, geht es letztlich um die Dokumentation der Ermittlungen des Bewertungsausschusses über Umstände, die für seine Entscheidungen relevant sind. Eine Pflicht zu einer lückenlosen Dokumentation des gesamten Entscheidungsprozesses des Bewertungsausschusses sieht das Gesetz nicht vor, und sie lässt sich auch aus Verfassungsrecht nicht ableiten. Der Bewertungsausschuss ist im Regelfall nicht einmal verpflichtet, seine schließlich getroffenen Entscheidungen zu begründen *(vgl BSGE 88, 126, 136 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 156; BSGE 89, 259, 266 f = SozR aaO Nr 34 S 194 f; s auch oben unter 3f)*.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
Google play JLaw – für Android
Available on the App Store JLaw – für iOS

Gleichermaßen erfolglos ist die Rüge, der Bewertungsausschuss habe vor der Bewertung der radiologischen Leistungen seiner Ermittlungspflicht nicht genügt. Es ist bereits dargelegt worden, dass es gerade bei Vergütungsregelungen nicht ausgeschlossen ist, Entscheidungen auf der Grundlage der verfügbaren Erkenntnisse und somit, wo diese keinen vollständigen Überblick bieten, unter Inkaufnahme von Ungewissheiten zu treffen *(vgl dazu oben unter 3f mit grundsätzlicher Verneinung einer Ermittlungspflicht)*.

d) Der EBM-Ä entspricht, soweit er hier zu überprüfen ist, den rechtsstaatlichen Anforderungen an die Normenklarheit *(zu diesen näher oben 3e)*. Soweit der EBM-Ä die Vergütungstatbestände und die Bewertung der von den Klägern abgerechneten und erbrachten vertragsärztlichen Leistungen regelt, sind Zweifel an der Klarheit und Bestimmtheit der maßgeblichen Vorschriften des EBM-Ä weder von der Revision vorgebracht worden noch ersichtlich.

e) Die für den Honoraranspruch der Kläger maßgeblichen Bestimmungen des EBM-Ä sind auch in der Sache rechtmäßig. Nach § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V bestimmt der EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Für die Beschreibung und Bewertung der Leistungen enthält das Gesetz weitere Vorgaben *(zu diesen s oben unter 4a)*. Dabei lassen die gesetzlichen Regelungen auch die Steuerung des ärztlichen Leistungsverhaltens durch die Begrenzung der dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Honorierung zu *(s dazu zB BSGE 88, 126, 129 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 147 f; BSGE 89, 259, 260 f = SozR aaO Nr 34 S 188)*.

(1) Soweit sich die Revision gegen die Einführung der Praxisbudgets wendet und rügt, die Budgetierung bestimmter Arztgruppen im EBM-Ä ab 1. Juli 1997 finde im Gesetz keine Grundlage, ist das LSG dem zu Recht nicht nachgegangen. Denn die Arztgruppe, der die Kläger angehören, war von den Regelungen der Praxisbudgets unmittelbar nicht erfasst. Eine mittelbare Betroffenheit der Kläger, die zu einer gerichtlichen Überprüfung der Regelungen über die Praxisbudgets veranlassen würde, ergibt sich auch nicht aus der vorgebrachten Erwägung, ihnen seien durch die fehlende Einbeziehung ihrer Arztgruppe in die Praxisbudgets möglicherweise Nachteile entstanden. Hierfür sind schon keine konkreten Anhaltspunkte erkennbar - auch nicht von den Klägern dargelegt worden -. Im Übrigen sind die Regelungen über die Budgetierung auch inhaltlich rechtmäßig, wie in dem Urteil zu dem Parallelverfahren vom heutigen Tage B 6 KA 44/03 R ausgeführt worden ist.

(2) Die Scanzahlbeschränkung für kurativ-ambulante computertomographische Leistungen in Abschnitt Q I. 7 EBM-Ä iVm LZ 207 Buchst f HVM und die Sequenzzahlbeschränkung für kurativ-ambulante kernspintomographische Leistungen nach Kapitel R EBM-Ä iVm LZ 207 Buchst g HVM sind - entgegen der Rüge der Revision - rechtmäßig.

Das Gesetz lässt nicht nur arztgruppenbezogene Praxisbudgets und leistungsbezogene Zusatzbudgets *(zu diesen zB BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 2 RdNr 9 ff),* sondern auch leistungsgruppen-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

bezogene Teilbudgets zu. Im Hinblick auf die Steuerungsfunktion des EBM-Ä als bundesweit für alle Kassenarten verbindlicher Vergütungsgrundlage ist es zulässig, über ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstaffelungsregelungen und ähnliche mengen- oder fallzahlenbegrenzende Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern *(vgl zB BSGE 88, 126, 129 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 147 f mwN)*.

Darüber hinaus sieht das Gesetz in § 87 Abs 2a Satz 8 SGB V ausdrücklich vor, dass im EBM-Ä Obergrenzen für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, vorgesehen werden können. Auf dieser Rechtsgrundlage ist die Schaffung leistungsgruppenbezogener fallzahlabhängiger Teilbudgets, wie dies mit der Festlegung von Obergrenzen abrechnungsfähiger Scan- und Sequenzzahlen für Leistungen nach den Abschnitt Q I. 7 und nach Kapitel R EBM-Ä geschehen ist, grundsätzlich zulässig.

Auch der Höhe nach sind die im EBM-Ä festgelegten abrechenbaren Scan- und Sequenzzahlen nicht zu beanstanden. Die Revision verkennt mit ihrer Rüge, die im Durchschnitt einer radiologischen Praxis erforderliche Zahl von Scans sei nicht richtig ermittelt worden, die Einschränkungen, denen die gerichtliche Kontrolle des EBM-Ä unterliegt. Dem Bewertungsausschuss als Normgeber steht bei der Erfüllung des ihm in § 87 Abs 1 SGB V übertragenen Auftrags ein Gestaltungsspielraum zu *(BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris; BSGE 79, 239, 242 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 49; BSGE 83, 218, 219 f = SozR aaO Nr 21 S 108 f; BSGE 88, 126, 133 f = SozR aaO Nr 29 S 152 f; BSGE 89, 259, 264 = SozR aaO Nr 34 S 192)*. Dieser ist grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren, die daher Regelungen des EBM-Ä nur in Ausnahmefällen korrigieren darf. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen *(BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004, aaO; BSGE 83, 218, 220 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 S 109; BSGE 88, 126, 133 = SozR aaO Nr 29 S 152)*. Eine strengere gerichtliche Kontrolle hat das BSG auch dann für geboten erachtet, wenn das eigene Normprogramm des EBM-Ä auf tatsächliche Verhältnisse Bezug nimmt; allerdings beschränkt sich diese strengere Kontrolle darauf, ob der Bewertungsausschuss alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben behandelt hat und ob seine Festsetzungen inhaltlich frei von Willkür sind *(BSGE 89, 259, 265 = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 193 für die Kostensätze der Praxisbudgets)*. Dagegen ist es nicht Aufgabe der Gerichte, ihre eigenen Vorstellungen von der Sachgerechtigkeit der Bewertung einer Leistung oder eines Leistungskomplexes an die Stelle der Beurteilung durch den Bewertungsausschuss zu setzen. Nach diesen Maßstäben hat der Senat bereits in anderem Zusammenhang die Beschränkung der Zahl abrechenbarer Leistungen je Behandlungsfall als rechtmäßig angesehen. Der Senat hat dies als "Teilbudget" bezeichnet und hervorgehoben, dass solche "kleinen Budgets" von der Gestaltungsfreiheit des EBM-Ä-Normgebers gedeckt sind und deren Bemessung nicht allein unter

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

fachmedizinischen Aspekten beurteilt werden kann *(BSGE 88, 126, 134-136 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 153-156)*. Dies gilt ebenso für die Begrenzungen der Gesamtscan- und -sequenzzahlen bei CT- und MRT-Leistungen *(so schon Urteile vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 26/03 R und B 6 KA 31/03 R)*.

Aus den gleichen Erwägungen sind auch die Festlegungen in Abschnitt Q I. 7 Abs 2 und in Kapitel R Präambel Abs 3 EBM-Ä, wonach bei Leistungen, die den Scan- und Sequenzzahlbeschränkungen unterliegen, nur ein Behandlungsfall im Quartal abrechnungsfähig ist, rechtmäßig. Entsprechendes gilt für die Allgemeine Bestimmung in Abschnitt A I. Teil A 1. Satz 1 EBM-Ä, wonach eine Leistung nur berechnungsfähig ist, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Es ist nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss damit seinen Gestaltungsspielraum überschritten hat. Von willkürlichen oder sonst sachfremden Erwägungen ist ein solcher Vergütungsausschluss nicht getragen. Der Bewertungsausschuss musste weder berücksichtigen, aus welchen Gründen die vollständige Erbringung der Leistung scheitert, noch, welche Kosten dem Arzt durch die teilweise Erbringung der Leistung bereits entstanden sind *(vgl dazu BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris)*.

5. Die Revision macht weiter geltend, dass die Abzüge, die die Beklagte für Verwaltungskosten und für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung vorgenommen habe, rechtswidrig seien. Dem ist nicht zu folgen.

a) Als Rechtsgrundlage für die Erhebung derartiger Beiträge bedarf es einer entsprechenden Satzungsbestimmung, wie sich aus § 81 Abs 1 Satz 3 Nr 5 SGB V ergibt. Hiernach müssen die Satzungen der KÄVen Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthalten, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind *(vgl dazu BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 5 S 12; s aber auch BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 2 zur Erhebung von Verwaltungskosten ohne zu Grunde liegende Satzungsregelung)*. Nach der Rechtsprechung des Senats reicht es aus, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthält. Eine Satzungsvorschrift auch für den Betrag der Kostenumlage ist nicht erforderlich. Dies kann die Vertreterversammlung vielmehr in anderer Weise normativ regeln *(BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 5 S 12; s auch BSG SozR 2200 § 368m Nr 4 S 8)*.

Diesen Anforderungen wird im vorliegenden Fall durch § 24 Abs 1 Satz 1 der Satzung der Beklagten entsprochen. Die Ansicht der Revision, die Satzung der Beklagten sei mangels ordnungsgemäßer Veröffentlichung unwirksam, trifft nicht zu. Gegen die alternative Möglichkeit der Bekanntmachung durch Rundschreiben oder im Ärzteblatt *(§ 81 Abs 1 Satz 3 Nr 8 SGB V iVm § 28 der Satzung)* bestehen aus rechtsstaatlicher Sicht keine Bedenken *(s dazu oben unter 3d)*. Nach § 24 Abs 1 Satz 1 der Satzung erhebt die Beklagte zur Durchführung ihrer Aufgaben Beiträge, die in einem Hundertsatz der abgerechneten Vergütungen bestehen. Die Ansicht des LSG, die Vertreterversammlung habe mit dem Beschluss über den Haushaltsplan zugleich die - ihr gemäß § 7 Abs 1 Buchst g der Satzung vorbehaltene - Entscheidung über die Höhe der

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Verwaltungskosten treffen können und getroffen, stellt eine Auslegung im Bereich des Landesrechts dar, die einen Verstoß gegen Bundesrecht nicht erkennen lässt und deshalb für das Revisionsgericht bindend ist *(s § 162 SGG)*.

b) Auch der konkrete Betrag bzw Prozentsatz, auf den die Beklagte die Verwaltungs- und Sicherstellungskostenumlage festlegte, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Obergrenze zulässiger Belastung ergibt sich entsprechend allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts aus dem Kostendeckungsprinzip. Dh, dass eine KÄV von ihren Mitgliedern Finanzmittel nur insoweit fordern darf, als sie diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt *(vgl BSG SozR 2200 § 368m Nr 4 S 10; s auch BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 5 S 15; dazu ferner BVerfGE 108, 1, 17 bis 20; 110, 370, 390 f)*. Die KÄV hat die hiernach umlegbaren Kosten - ihre eigenen Aufwendungen, vor allem die Kosten der Verwaltung und die Aufwendungen für Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung - grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen *(BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 5 S 14; s auch BSG SozR 2200 § 368m Nr 4 S 10)*. Dabei bedarf es keiner genauen Bemessung des beitragsrechtlichen Vorteils. Ausreichend sind insoweit Schätzungen und Vermutungen sowie vergröberte Pauschalierungen *(vgl BVerfGE 108, 1, 19; BVerwGE 92, 24, 28; BVerwG NVwZ-RR 1992, 175, 176)*. Die Höhe der Beiträge darf gemäß dem Äquivalenzprinzip lediglich nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil bzw der Vorteilsmöglichkeit stehen, den bzw die sie abgelten sollen *(vgl BVerfGE 108, 1, 19 mwN; BVerwGE 108, 169, 180; 109, 97, 111 f)*. Die Beiträge dürfen die Beitragspflichtigen nur insoweit unterschiedlich belasten, als dies dem verschiedenen Maß an Vorteilen bzw Vorteilsmöglichkeiten entspricht. Dementsprechend setzt die Erhebung besonderer Abgaben nur von einem Teil der Mitglieder voraus, dass den dazu herangezogenen Mitgliedern aus der Inanspruchnahme von Leistungen oder Einrichtungen der KÄV besondere Vorteile erwachsen *(BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 5 S 14; s auch BSG SozR 2200 § 368m Nr 4 S 10; vgl ferner BVerwGE 108, 169, 181 f)*. Zudem kann entsprechend dem Solidargedanken eine Abstufung der Belastung nach Leistungsfähigkeit erfolgen *(vgl BVerfGE 108, 1, 18 mwN; BVerwG NVwZ-RR 1992, 175, 176; BVerwGE 92, 24, 26)*.

In Anwendung dieser Grundsätze ist auch der konkrete Betrag bzw Prozentsatz, auf den die Beklagte die Verwaltungs- und Sicherstellungskostenumlage festlegte, nicht zu beanstanden. Entgegen der Auffassung der Revision folgt eine Rechtswidrigkeit nicht daraus, dass der Umlagebetrag sich an der Höhe der Honoraransprüche - und nicht nur am Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit, dh nach Abzug der Praxiskosten - orientiert. Denn auch derjenige Honoraranteil, der nur zur Deckung der Kosten aus vertragsärztlicher Tätigkeit dient, verursacht bei der KÄV Verwaltungsaufwand und -kosten. Aus diesem Grund und deshalb, weil bei der Bemessung pauschaliert werden darf *(s BVerfGE 108, 1, 19)*, kann der vom Vertragsarzt zu tragende Verwaltungskostenanteil nach dem abgerechneten Honorarvolumen bestimmt werden *(vgl BSG MedR 1985, 283, 284 = USK 84269 S 1363; s auch BVerwG NVwZ-RR 1992, 175, 176 zur grundsätzlichen Zulässigkeit der Anknüpfung von Innungszusatzbeiträgen an die Lohnsumme;*

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

vgl ferner Schiller, MedR 2004, 348, 350). Nichts anderes gilt für die Sicherstellungsumlage. Auch diese darf nach den Honoraransprüchen ohne Vorwegabzug der Praxiskosten bemessen werden. Denn für den Sicherstellungsaufwand ist der Umfang der Kassenpraxis insgesamt - dh Honorarvolumen einschließlich Kostenanteil - von Bedeutung. Darauf abzustellen ist jedenfalls nicht willkürlich *(BSG aaO)*.

Die Einwendungen der Kläger gegen die Erhebung unterschiedlich hoher Beiträge in den einzelnen Bezirken der KÄV greifen ebenfalls nicht durch. Zwar hat die KÄV die allgemeinen Verwaltungs- und Sicherstellungskosten grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen. Das hindert sie aber nicht, besondere Kosten einzelner Bezirksstellen nur innerhalb deren Zuständigkeitsbereichs umzulegen, jedenfalls dann, wenn dem besondere Vorteile für die dort tätigen Vertragsärzte entsprechen oder durch die dortigen Vertragsärzte mehr Aufwand verursacht wird. Dies kann sich zB daraus ergeben, dass den Vertragsärzten mehr Beratungsmöglichkeiten angeboten werden, wofür mehr oder höher qualifiziertes Personal tätig ist, oder dass wegen signifikant häufigerer Rechtsbehelfe mehr Personal erforderlich ist. Die Feststellungen im Berufungsurteil ergeben keine Anhaltspunkte dafür, die unterschiedlich hohen Beiträge in den einzelnen Bezirken der KÄV könnten unberechtigt sein. Auch die Kläger haben insoweit keine substantiierten Einwände erhoben, sodass Ermittlungen von Seiten der Gerichte nicht veranlasst waren *(s oben unter 3c mit Hinweis auf BVerwGE 116, 188, 197)*.

c) Soweit die Kläger die Verwendung der von ihnen verlangten Verwaltungskostenbeiträge als rechtswidrig rügen, bleiben sie ebenfalls ohne Erfolg.

Bei Fehlverwendungen kann grundsätzlich nur deren Unterlassung beansprucht, nicht aber der Beitrag oder ein Beitragsteil zurückbehalten werden *(s BVerwGE 59, 242, 245 ff zum Beitrag zur Studentenschaft)*. Die Zurückbehaltung des Beitrags oder eines Teils davon kann nur dann gerechtfertigt sein, wenn die seiner Bemessung zu Grunde liegenden Bestimmungen rechtswidrig sind *(zu solchen Fällen s BSGE 58, 134 = SozR 2200 § 385 Nr 14 zu unterschiedlichen Beitragssätzen in der Krankenversicherung; BSG SozR 2200 § 1385 Nr 16 zum Beitragssatz in der Rentenversicherung; BSGE 81, 276 = SozR 3-2600 § 158 Nr 1 zu versicherungsfremden Leistungen in der Rentenversicherung; BSG SozR 4-2500 § 266 Nr 5 zum Risikostrukturausgleich)*. Die Zuerkennung eines Beitragszurückbehaltungsrechts kann allenfalls erwogen werden, wenn ein Beitrag insgesamt oder zu einem bestimmten Teil eng an die Finanzierung eines konkreten - als rechtswidrig angesehenen - Zwecks gebunden ist *(vgl dazu Dettmeyer NJW 1999, 3367, 3370)*. Dies ist indessen bei der Umlage der Verwaltungs- und Sicherstellungskosten nicht der Fall. Hier handelt es sich um die Aufbringung von allgemeinen Finanzierungsmitteln zur Deckung der Kosten der Verwaltung der Beklagten und der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, sodass ein Zurückbehaltungsrecht wegen Fehlverwendung nicht in Betracht kommt.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

6. Die Einwendungen der Revision gegen die Rechtmäßigkeit der Regelungen über die EHV sind erfolglos. Auch der Einbehalt eines Teils der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen und dessen Auszahlung im Wege eines Umlageverfahrens an früher an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte bzw deren Hinterbliebenen verstößt nicht gegen revisibles Recht.

a) Zunächst greifen die Rügen, die Regelungen über die EHV, die als Satzung zu qualifizieren ist, seien nicht wirksam zu Stande gekommen bzw nicht in der erforderlichen Weise bekannt gemacht worden, nicht durch. Insoweit ist auf die obigen Ausführungen *(unter 3c)* zu verweisen.

b) In der Sache ist den Angriffen der Revision gegen die Rechtmäßigkeit der EHV nicht nachzugehen. Der statusrelevante Charakter der Teilnahme eines hessischen Vertragsarztes an der EHV lässt nicht zu, über die Rechtmäßigkeit der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen über die EHV in einem Streitverfahren gegen Honorarbescheide zu befinden. Insoweit ist die Rechtslage derjenigen bei der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung vergleichbar, deren Fortbestand im Regelfall - wobei allerdings Ausnahmen anerkannt sind *(s vor allem BSGE 76, 153, 155 = SozR 3-2500 § 95 Nr 5 S 22; ferner zB BSG SozR 2200 § 368f Nr 1 = USK 74160; BSG USK 8447)* - davor schützt, dass die Honorarberechtigung unter Berufung auf die Rechtswidrigkeit der Zulassung in Frage gestellt wird. Die Überprüfung - und ggf Entziehung - der Teilnahmeberechtigung ist grundsätzlich einem gesonderten Verfahren vorbehalten.

Der statusrelevante Charakter der Teilnahme an der EHV ergibt sich aus den gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen über diese Form der Altersversorgung hessischer Vertragsärzte. § 8 des Gesetzes über die KÄV Hessen (GKVH) vom 22. Dezember 1953 *(Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, S 206)* bestimmt, dass diese im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Kassenärzte sorgt *(Satz 1)*; diese Sicherung kann auch durch besondere Honorarverteilungsgrundsätze geregelt werden *(Satz 2)*. Das von der Beklagten auf dieser landesgesetzlichen Rechtsgrundlage seit dem 1. Januar 1954 praktizierte Verfahren der "Erweiterten Honorarverteilung (EHV)", dessen Grundstrukturen in den "Grundsätzen der erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen" *(GEHV; Fassung seit dem 1. Juli 1991 mit nur geringfügiger Änderung zum 1. September 1997)* und im HVM *(LZ 702)* geregelt sind, ist bundesrechtlich zugelassen. Zwar ergibt sich aus § 85 Abs 4 Satz 1 SGB V, dass die Gesamtvergütung nur an die aktiv an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Personen und Institutionen verteilt werden darf, doch lässt Art 4 § 1 Abs 2 Satz 2 des Gesetzes über Kassenarztrecht *(GKAR)* vom 17. August 1955 *(BGBl I 513)* landesrechtliche Regelungen über die Altersversorgung der Kassenärzte unberührt. Die einzige von dieser bundesgesetzlichen Bestimmung erfasste landesrechtliche Regelung, die bei Inkrafttreten des GKAR am 20. August 1955 galt (*zu auf anderen Rechtsgrundlagen ergangenen Versorgungseinrichtungen s BSG Breithaupt 1971, 816; BSG SozR Nr 3 zu § 1 GKAR; BSG USK 88194; BSGE 28, 9)*, ist diejenige des § 8 GKVH, auf die die Regelung in Art 4 § 1 Abs 2 GKAR zugeschnitten war *(vgl Hess/Venter, GKAR, 1955, S 345)*. Nach Inkrafttreten des GKAR sind

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

landesrechtliche Regelungen speziell über die Altersversorgung von Kassen- bzw Vertragsärzten nicht mehr erlassen worden.

Nach § 1 Abs 1 der von der Abgeordnetenversammlung der Beklagten beschlossenen GEHV nehmen alle Mitglieder der KÄV Hessen, soweit sie dieser gegenüber abrechnen (aktive Vertragsärzte), und nach Verzicht auf ihre Zulassung (inaktive Vertragsärzte) an der EHV teil, gegebenenfalls durch ihre Hinterbliebenen. Damit ist sowohl in der aktiven wie in der inaktiven Phase hinsichtlich der Teilnahme an der Honorarverteilung für die hessischen Vertragsärzte ein spezieller Status beschrieben. Während der aktiven Phase wird der Teilnahmestatus an der EHV durch die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung in Hessen vermittelt, während nach dem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Tätigkeit die "weitere Teilnahme" an der Honorarverteilung beantragt werden muss und mit dem Monatsersten beginnt, der auf die Aufgabe der Kassenpraxis folgt *(§ 1 Abs 2 GEHV)*.

c) Die Entscheidung, die Teilnahme an der EHV als Bestandteil des Status hessischer Vertragsärzte zu werten, wird durch folgende Überlegungen bestätigt.

Aktive und inaktive Phase, Hinnahme des Vorwegabzuges von Bestandteilen der Gesamtvergütung *(LZ 702 HVM)* und Anspruch auf "weitere Teilnahme" nach Maßgabe von Dauer und vertragsärztlichem Umsatz während der aktiven vertragsärztlichen Tätigkeit *(§ 3 GEHV)* bilden eine untrennbare Einheit. Diese Einheit würde aufgehoben, wenn ein Vertragsarzt sich mit einer Klage gegen Honorarbescheide der Beklagten für einzelne Quartale gegen seine Teilnahme an der EHV wenden könnte. Die Beklagte kann ihre Verpflichtungen gegenüber den inaktiven Ärzten nur aus den Vorwegabzügen von der ihr für jedes Quartal zufließenden Gesamtvergütung erfüllen, weil die EHV als reines Umlageverfahren ohne Kapitaldeckungselemente organisiert ist. Einer Rückabwicklung der Zahlungen aus der EHV dürfte der Vertrauensschutz entgegenstehen, den ihre Empfänger genießen; für die hier streitbefangenen Quartale III und IV/1997 hat die Beklagte die Ansprüche der inaktiven Ärzte erfüllt. Müssten wegen unzulässiger Vorwegabzüge Nachzahlungen an die Kläger erfolgen, könnten diese nur aus der laufenden Gesamtvergütung zu Lasten aller anderen aktiven hessischen Vertragsärzte finanziert werden.

Auch die Rechtsfolgen wären bei Zulassung einer Prüfung der Rechtmäßigkeit der EHV im Verfahren gegen den Honorarbescheid für ein einzelnes Quartal nicht beherrschbar. Es liegt auf der Hand, dass ein Arzt nur entweder während der gesamten Zeit seiner vertragsärztlichen Tätigkeit oder überhaupt nicht an der EHV teilnehmen kann. Die Herausnahme einzelner Quartale aus der Teilnahme wäre weder für die Beklagte, die ihre Verpflichtungen gegenüber den inaktiven Ärzten erfüllen muss, noch für den einzelnen Arzt, der später selbst nach Maßgabe der Dauer seiner vertragsärztlichen Tätigkeit an der EHV partizipiert, realisierbar. Jeder hessische Vertragsarzt könnte andernfalls Quartal für Quartal neu kalkulieren, ob ihm ökonomisch eher mit einer Freistellung von Vorwegabzügen oder mit einer Anrechnung auf die später zu erwartenden Leistungen aus der EHV gedient wäre.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Gegen die Möglichkeit, im Rahmen eines Honorar- bzw Beitragsstreits die Rechtmäßigkeit der EHV als solcher in Frage zu stellen, spricht ferner, dass die Entscheidung für die EHV auf der Grundlage des § 8 Satz 2 GKVH zum 1. Januar 1954 gefallen ist. Sie kann von der ihr gedanklich vorgelagerten Frage nach der Verfassungsmäßigkeit der Alterssicherung über die Honorarverteilung schon deshalb nicht getrennt werden, weil während der inzwischen mehr als 50 Jahre, in denen dieses Umlageverfahren praktiziert worden ist, Rechtsansprüche entstanden sind und noch über Jahrzehnte erfüllt werden müssen. Das kann mangels vorhandener Kapitaldeckung oder sonstiger, annähernd ausreichender Rücklagen bei der Beklagten nur über Abzüge von der laufenden Gesamtvergütung erfolgen. Insoweit kann die Zulässigkeit von Honorarabführungen für Zwecke der EHV nicht in der Weise differenziert beantwortet werden, dass eine Verwendung von Gesamtvergütungsbestandteilen für Zwecke der Altersversorgung von Kassen- bzw Vertragsärzten zwar generell bejaht, die Realisierung im Wege des Umlageverfahrens (statt - evtl teilweiser - Kapitaldeckung*)* aber nach mehr als 50-jähriger Durchführung verworfen wird. Ist ein Umlagesystem über Jahrzehnte praktiziert worden, so steht nur noch die Verfassungsmäßigkeit dieses konkreten Systems zur Prüfung, weil der Einwand, der Normgeber hätte sich vor Jahrzehnten in der Systemfrage anders entscheiden sollen, angesichts der entrichteten Beiträge und der daraus erwachsenen Anwartschaften und schon entstandenen Ansprüche lediglich theoretischen Charakter haben und allenfalls für weit in die Zukunft reichende Systemkorrekturen praktische Bedeutung haben könnte. Im Übrigen spricht vieles dafür, dass sowohl der Gesetzgeber des GKAR als auch des GKVH in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts bei Einführung bzw bundesgesetzlicher Absicherung der EHV von einem Umlageverfahren ausgegangen sind. Auf andere Weise hätte nämlich das Ziel der wirtschaftlichen Absicherung invalider und älterer Ärzte in den ersten Jahren nach Einführung des Systems nicht gewährleistet werden können. Ein ausreichender Kapitalstock hätte kurz nach Kriegsende erst langfristig aufgebaut werden können, und Mittel für eine Absicherung der durch den Kriegseinsatz besonders betroffenen Generation der um 1910 geborenen Ärzte *(vgl die Ausführungen des 2. Vorsitzenden der Beklagten Dr. Spies in seinem Bericht zur Lage der EHV vom 22. Dezember 1999 in den Beiakten des LSG)* hätten auf diese Weise kaum in hinreichendem Umfang zur Verfügung gestanden.

Aus allem folgt, dass ein Vertragsarzt, der geltend machen will, er müsse ohne hinreichende rechtliche Grundlage an der EHV teilnehmen, die Beklagte in einem gesonderten Verfahren gerichtlich auf eine entsprechende Feststellung in Anspruch nehmen muss *(vgl ähnlich oben unter 4b zum Einwand der Rechtswidrigkeit einer Gremienzusammensetzung, die in einem besonderen Wahlanfechtungsverfahren geltend zu machen ist)*. Erst mit der Rechtskraft eines diesem Begehren entsprechenden Feststellungsurteils endet der besondere Status der Teilnahme an der EHV mit Rechtswirkungen ausschließlich für die Zukunft. Bis zu diesem Zeitpunkt muss jeder hessische Vertragsarzt die mit seiner kraft Gesetzes und kraft der als Satzung beschlossenen GEHV verbundenen Folgen seiner Teilnahme an der EHV hinnehmen und ist gehindert, einzelne Elemente dieses besonderen Status, insbesondere die Honorarminderung in Folge der Vorwegabzüge für Zwecke der EHV, zur gerichtlichen Nachprüfung zu stellen. Die von

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

der Revision aufgeworfenen Fragen nach der Verfassungsmäßigkeit des § 8 GKVH und der Vereinbarkeit der GEHV mit höherrangigem Recht, die auch in den Gutachten der Professoren Ebsen und Merten behandelt werden, sind deshalb in diesem Rechtsstreit nicht entscheidungserheblich.

d) Ebenfalls nicht entscheidungserheblich sind aus diesen Gründen die von der Revision angeführten Zweifel an der Berechtigung der Beklagten, die Altersversorgung der hessischen Vertragsärzte durch die EHV im Wege eines (reinen) Umlageverfahrens ohne Elemente der Kapitaldeckung zu organisieren. Auch dies könnte nur im Rahmen einer besonderen Status-Feststellungsklage geklärt werden.

e) Von der Frage, ob die Rechtmäßigkeit der die Grundstrukturen der EHV regelnden Normen im hier anhängigen Honorarstreitverfahren überprüft werden kann, ist die Prüfung zu trennen, ob der Abzug von Beiträgen zur EHV in den streitigen Quartalen uneingeschränkt rechtmäßig war. Das setzt voraus, dass die Anforderungen des maßgeblichen autonomen Rechts der Beklagten eingehalten worden sind und dieses den Anforderungen entspricht, die sich aus dem höherrangigen Recht allgemein für die Bemessung von Beiträgen zu Versorgungseinrichtungen ergeben.

Dabei kommt es nicht auf die GEHV an. Nicht in diesen, sondern im HVM der Beklagten ist die konkret einschlägige Rechtsgrundlage für den Beitragsabzug enthalten. Der Einbehalt eines Teils der Gesamtvergütungen für die EHV findet seine Grundlage in LZ 702 Abs 1 Satz 1 HVM. Danach steht der nach Abzug der Vorwegzahlungen verbleibende (Verteilungs-)Betrag der Gesamtvergütung zur Befriedigung der Honoraransprüche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen, der Ansprüche aus der EHV und der Ansprüche aus Fremdkassenfällen zur Verfügung. Da nur Vertragsärzte aktiv an der EHV teilnehmen (§ 1 Abs 1 Satz 1 GEHV), ergibt sich aus LZ 702 HVM letztlich, dass der Abzug für die EHV - nach Abzug der Fremdkassenfälle - prozentual von dem allen Vertragsärzten insgesamt zustehenden Verteilungsbetrag vorzunehmen ist. Dieser prozentuale Gesamtabzug führt zu einer entsprechenden Punktwertminderung und damit zu einer entsprechenden Belastung jedes einzelnen Vertragsarztes.

Die Regelung über die Beitragsbemessung zur EHV verletzt nicht revisibles Recht. Danach knüpft die Beitragshöhe an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes an. Das ist eine rechtmäßige Gestaltung. Bei der Bemessung von Beiträgen zu einer berufsständischen Versorgungseinrichtung steht dem autonomen Satzungsgeber ein - allerdings durch den Zweck der Versorgungseinrichtung und den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz begrenzter - Gestaltungsspielraum zu, innerhalb dessen er typisieren darf *(BVerwG NJW 1994, 1888, 1889).* Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet, auf schwer wiegende Besonderheiten und unbillige Härten, insbesondere auf die wirtschaftliche Belastbarkeit der Mitglieder, Rücksicht zu nehmen (*vgl BVerwGE 87, 324, 330; BVerwG NJW 1994, 1888, 1889; s ferner BVerfG <Kammer>, NJW 1990, 1653).* Darüber hinaus hat die Beitragsbemessung unter Be-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

achtung der allgemein für die Erhebung von Beiträgen geltenden Grundsätze, insbesondere des Äquivalenzprinzips und des Gleichheitssatzes, zu erfolgen. Dabei darf nach dem Äquivalenzprinzip die Höhe der Beiträge nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil stehen, den sie abgelten sollen *(s oben unter 5b)*. Für Versorgungseinrichtungen folgt daraus, dass Beitragsleistung und Versorgungsleistung einander entsprechen müssen. Dies ist allerdings nicht dahingehend zu verstehen, dass eine Individualäquivalenz geboten wäre, wie sie in der Privatversicherung vorkommt. Vielmehr kann bei berufsständischen Versorgungseinrichtungen das Äquivalenzprinzip eine Modifikation durch den Gedanken der Solidarität erfahren *(so unter 5b sowie BVerfG <Kammer>, NJW 1990, 1653; BVerwGE 87, 324, 330; BGHZ 126, 16, 32 f)*.

Hiergegen verstößt es nicht, dass die Abzüge für die EHV beim einzelnen Vertragsarzt von den Honoraransprüchen erfolgten, ohne dass es eine Bemessungsgrenze gibt. Zu den allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts gehört eine Pflicht zur Schaffung von Beitragsbemessungsgrenzen nicht. Der Verzicht auf eine Beitragsbemessungsgrenze widerspricht nicht dem Äquivalenzprinzip, solange aus höheren Beiträgen im Grundsatz auch höhere Versorgungsleistungen entstehen. Dies ist bei der EHV der Fall *(zur Maßgeblichkeit des Honoraranspruchs auch für die Leistungshöhe s § 3 Abs 1 Buchst a GEHV)*. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet ebenfalls nicht die Einführung einer Beitragsbemessungsgrenze. Dieser verlangt zwar, bei der Beitragsbemessung auf schwer wiegende Besonderheiten und unbillige Härten, insbesondere auf die wirtschaftliche Belastbarkeit der Mitglieder Rücksicht zu nehmen. Es ist aber grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die Regelung über die Bemessung der Beiträge zur EHV bei Vertragsärzten mit höheren Honoraransprüchen auch eine höhere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit unterstellt. Demgegenüber konnte sich die Beklagte bei ihrer Entscheidung für den Verzicht auf eine Beitragsbemessungsgrenze auf den Solidaritätsgedanken stützen *(hierzu s oben 5b unter Hinweis auf zB BVerfGE 108, 1, 18)*.

f) Die Anknüpfung des Beitrags an die Honorarhöhe, nicht aber an den Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Damit wird nicht außer Acht gelassen, dass aus den Honoraren für die erbrachten vertragsärztlichen Leistungen die bei deren Erbringung entstandenen Kosten erwirtschaftet werden müssen. Trotz der sehr unterschiedlichen Kostensätze zwischen den einzelnen Arztgruppen und auch zwischen unterschiedlich ausgerichteten Praxen derselben Arztgruppe liegt in der Anknüpfung der Beitragserhebung zur EHV an den Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit keine mit Art 3 Abs 1 GG kollidierende sachwidrige Ungleichbehandlung insbesondere der Ärzte mit hohen Praxiskosten. Die Beklagte hat schon 1990 auf die signifikanten Abweichungen bei den Kostensätzen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung reagiert. Sie hat mit Wirkung ab dem 1. Juli 1991 in § 3a GEHV für zahlreiche ärztliche Leistungen besondere Kostensätze festgelegt, die - über den kalkulatorischen Basiskostensatz von 50 % des Umsatzes aus vertragsärztlicher Tätigkeit hinaus - vor Abzug der umsatzbezogenen Honorarminderung für die EHV berücksichtigt werden. Die Kostensätze für die besonders kostenintensiven Leistungen wurden ua anhand der Durchschnittskosten der Strukturanalysen des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung und des Statistischen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Bundesamtes ermittelt *(Rundschreiben des Vorsitzenden der Beklagten im Hessischen Ärzteblatt 1990, 416)*. Die besonderen zu berücksichtigenden Kostensätze, die die Bezugsgröße für die Honorarminderung reduzieren, hat die Beklagte später modifiziert und den Entwicklungen des medizinisch-technischen Fortschritts angepasst. Nach der in den streitbefangenen Quartalen geltenden Fassung des § 3a GEHV wurde für alle strahlendiagnostischen Leistungen ein besonderer zusätzlicher Kostensatz von 35 %, für CT- und MRT-Leistungen von 30 % und für die gesamte Nuklearmedizin ebenfalls von 30 % veranschlagt. Die Abgeordnetenversammlung der Beklagten hat auch nicht übersehen, dass in den Gesamtumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit Einnahmen eingehen, die sich bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise für den einzelnen Vertragsarzt lediglich als durchlaufende Posten erweisen. Das gilt etwa für die Sachkostenerstattung bei der Dialyse. Für die darauf entfallenden Honorarbestandteile legt § 3a Abs 2 GEHV einen besonderen Kostensatz von 100 % fest. Das hat zur Folge, dass insoweit überhaupt kein Abzug für die EHV vorgenommen wird, sofern die Gesamtpraxiskosten 60 % des Umsatzes aus vertragsärztlicher Tätigkeit überschreiten *(§ 3a Abs 2 Satz 1 EHV)*. Bei den Zuschlägen für ambulante Anästhesien nach den Nrn 90, 186 und 194 EBM-Ä aF beträgt der besondere zusätzliche Kostensatz 50 % und bei den Zuschlägen für ambulante Operationen 40 %. Auch diese Regelungen verdeutlichen, dass die Beklagte die spezifischen Kostenanteile bei einzelnen Leistungspositionen des EBM-Ä im Rahmen der Regelungen der EHV berücksichtigt und sich zudem bemüht hat, Anreize aus dem vertragsärztlichen Leistungsverzeichnis zur Erbringung bestimmter ambulanter Leistungen nicht über eine an sich systemkonforme Erhöhung des Abzugs für die EHV zu vermindern. Damit hat die Beklagte den Anforderungen entsprochen, die ein Normgeber nach Maßgabe des Verfassungsrechts bei der Regelung einer hoch komplexen Materie beachten muss *(vgl BVerfGE 50, 290, 333 ff)*.

Soweit sich die Beklagte bei der Ausgestaltung der EHV für die Berücksichtigung von spezifischen besonderen Kostensätzen bei einzelnen ärztlichen Leistungen bzw Gruppen solcher Leistungen und nicht für besondere Kostensätze für einzelne Arztgruppen entschieden hat, ergibt sich daraus ebenfalls kein Rechtsverstoß. Unter Berücksichtigung des der Beklagten insoweit bei der Normsetzung zustehenden Gestaltungsspielraums kann nicht festgestellt werden, dass insoweit eine sachwidrige Benachteiligung besonders kostenintensiv arbeitender Arztgruppen vorläge. Die Anknüpfung an einzelne Leistungen ohne Berücksichtigung der Fachgruppenzugehörigkeit vermeidet eher Ungleichbehandlungen, weil etwa auf diese Weise der unterschiedlichen Kostenbelastung zB von chirurgischen und internistischen Praxen mit und ohne Erbringung strahlendiagnostischer Leistungen (Teilradiologie) Rechnung getragen werden kann.

Im Übrigen führen höhere Honorarabzüge für die EHV als Folge höherer vertragsärztlicher Umsätze während der aktiven Teilnahme an der EHV auch zu höheren Ansprüchen in der inaktiven Phase *(§ 3 GEHV)*. Soweit sich die Beklagte im Interesse der Vermeidung allzu großer Ungleichheiten dazu entschlossen hat, die Leistungen in der inaktiven Phase auf eine Überschreitung von maximal 30 % des Durchschnittsumsatzes zu begrenzen *(§ 3 Abs 1 Buchst g GEHV)*,

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

stellt das den Grundsatz der Umsatzabhängigkeit der EHV im Rahmen der inaktiven Teilnahme nicht in Frage, sondern begrenzt lediglich das Ausmaß der Differenzierung.

7. Die Kläger machen einen weiter gehenden Honoraranspruch aus § 72 Abs 2 SGB V bzw aus § 2 Abs 1 Buchst a der Satzung der Beklagten geltend. Sie stützen dies auf einen Anspruch auf angemessene Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen, die sich grundsätzlich auf einen Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit (also nach Abzug der Praxiskosten, aber vor Steuern) in Höhe von 180.000 DM pro Jahr bzw 45.000 DM pro Quartal belaufe. Sie haben demgemäß gegenüber der Beklagten Honorarnachzahlungen für das Quartal III/1997 von ca 225.000 DM und für das Quartal IV/1997 von 390.000 DM beansprucht. Dem ist nicht zu folgen.

a) Nach § 72 Abs 2 SGB V ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der KÄVen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung kann ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird *(BSGE 75, 187, 189 ff = SozR 3-2500 § 72 Nr 5 S 6 ff; BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 5 f; BSGE 88, 20, 24 = SozR 3-2500 § 75 Nr 12 S 70; BSGE 88, 126, 136 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 155; s zuletzt BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen).* Bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe ist dies regelmäßig nicht der Fall *(vgl BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 6; SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1 S 6)*.

Die an dieser Rechtsprechung geübte Kritik *(Wimmer in: Sodan <Hrsg>, Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und Grundrechte der Leistungserbringer, 2004, S 45, 48 ff; ders, NZS 1999, 480 ff; ders, MedR 1998, 533 ff; Sodan, GesR 2004, 305, 307; Isensee, VSSR 1995, 321 ff)* veranlasst den Senat nicht dazu, diese zu ändern. Wortlaut, Systematik und Zweck des Gesetzes stehen der Annahme entgegen, dem einzelnen Vertragsarzt könne aus § 72 Abs 2 SGB V allgemein ein Rechtsanspruch auf eine Vergütung in einer bestimmten Höhe gegen die KÄV zustehen.

Schon dem Wortlaut nach ist § 72 Abs 2 SGB V nicht als Anspruchsgrundlage ausgestaltet *(so auch Spoerr, MedR 1997, 342, 343)*. § 72 Abs 2 SGB V enthält danach nur ein an die KÄVen und die Krankenkassen-Verbände gerichtetes Gebot, wie die Verträge über die vertragsärztliche Versorgung auszugestalten sind. § 72 Abs 2 SGB V formuliert insoweit kein konkretes Normprogramm, sondern lediglich eine abstrakte Zielvorgabe. Angemessenheit ist ein hochabstrakter Begriff *(vgl Isensee, VSSR 1995, 321, 322 f)*. Er bedarf der Konkretisierung, damit erkennbar wird, welche Vergütungshöhe dem Gesetz entspricht. Hierfür hat das Gesetz einen prozedura-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

len Weg gewählt. Dies zeigt sich bereits an § 72 Abs 2 SGB V, in dem die Angemessenheit der Vergütung als Ziel einer vertraglichen Regelung vorgegeben wird.

Für die vertragliche Regelung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen sieht das Gesetz ein komplexes System vor. Danach honorieren die Krankenkassen nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung, sondern entrichten mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine Gesamtvergütung *(§ 85 Abs 1 Satz 1 SGB V)*. Die Höhe der Gesamtvergütung sowie deren Veränderung wird in einem Gesamtvertrag von den KÄVen und Landesverbänden der Krankenkassen bzw den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart *(§ 85 Abs 3 iVm § 83 Abs 1 Satz 1 SGB V)*. Kommt eine solche Vereinbarung auf diesem Wege nicht zu Stande, kann das Schiedsamt angerufen werden *(§ 89 Abs 1, Abs 1a SGB V)*. Nur die vereinbarte oder die durch Schiedsspruch festgesetzte Gesamtvergütung kann die KÄV auf der Grundlage des § 85 Abs 4 SGB V an die Vertragsärzte verteilen; Nachforderungen der KÄVen an die Krankenkassen sind grundsätzlich ausgeschlossen *(vgl BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 30 S 228 f)*. Lediglich in der besonderen, nicht auf andere Konstellationen übertragbaren Situation der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen hat der erkennende Senat im Hinblick auf die von den Partnern des Bewertungsausschusses in diesem speziellen Fall gemeinsam zu tragende Verantwortung für ein angemessenes Vergütungsniveau der zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen die Möglichkeit angesprochen, nachträglich die Höhe der Gesamtvergütung zu modifizieren *(BSGE 92, 87 = SozR 4-2500 § 85 Nr 8, jeweils RdNr 35)*. Von Bedeutung für die Vergütung des einzelnen Vertragsarztes ist darüber hinaus auch der von der KÄBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuss vereinbarte Bewertungsmaßstab *(§ 87 Abs 1 SGB V)*; denn von den darin enthaltenen Bewertungsrelationen darf in den Verteilungsmaßstäben und den anderen die Vergütung betreffenden Regelungen nicht abgewichen werden. Die angemessene Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen ist nach den Vorstellungen des Gesetzgebers Ergebnis dieses komplexen Konkretisierungsprozesses.

Bei dem Ziel einer angemessenen Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in § 72 Abs 2 SGB V handelt es sich um eine Vorgabe für die Regelung der vertraglichen Beziehungen zwischen den KÄVen und den Krankenkassenverbänden, mithin für die Ausgestaltung der Normenverträge, durch die diese Regelung erfolgt. Die Partner dieser Verträge verfügen dabei zwar über Spielräume, sind aber nicht frei. Zu den Belangen, die sie bei der Ausgestaltung der vertraglichen Regelungen zu einem sachgerechten Ausgleich bringen müssen, zählt § 72 Abs 2 SGB V auch die Angemessenheit der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Es handelt sich dabei aber nur um einen von mehreren Gesichtspunkten, der in die erforderliche Gesamtabwägung einzustellen ist. § 72 Abs 2 SGB V nennt bereits mit der Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse eine weitere - aus mehreren Teilaspekten zusammengesetzte - Zielvorgabe. Darüber hinaus enthält das Gesetz, insbesondere in §§ 70, 71 SGB V, noch weitere Gesichtspunkte, die in unterschiedlicher

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

Weise bei der Vereinbarung der Verträge nach § 72 Abs 2 SGB V von den Gesamtvertragspartnern zu berücksichtigen sind. Von zentraler Bedeutung ist insoweit der Grundsatz der Beitragssatzstabilität *(§ 71 Abs 1 Satz 1 SGB V)*. Dieser normiert eine verbindliche gesetzliche Vorgabe für den Inhalt von Vergütungsvereinbarungen, der im Verhältnis zu den anderen Kriterien für die Festsetzung der Gesamtvergütung sogar Vorrang zukommt *(BSGE 86, 126, 135 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 37 S 296 ff)*. Aus einer die Verwirklichung unterschiedlicher, teilweise gegenläufiger Belange und Interessen durch vertragliche Normsetzung dirigierenden Bestimmung, wie sie § 72 Abs 2 SGB V darstellt, lassen sich subjektive Rechte einzelner Normunterworfener im Regelfall nicht ableiten.

Die fehlende Eignung des § 72 Abs 2 SGB V als generelle Anspruchsgrundlage auf eine bestimmte Vergütung, die uU höher ist als in den maßgeblichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften vorgesehen, zeigt sich schon darin, dass Vergütungsansprüche dem Vertragsarzt nur gegenüber seiner KÄV zustehen, während Normadressaten des § 72 Abs 2 SGB V die Partner der Gesamtverträge sind. Diese könnten aber die Obliegenheit, beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen nach § 83 Abs 1, § 85 Abs 1 und Abs 3 SGB V auf eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen hinzuwirken, allenfalls dann verletzen, wenn flächendeckend und unabhängig von Besonderheiten in einzelnen Regionen und/oder bei einzelnen Arztgruppen ein Vergütungsniveau zu beobachten wäre, das mangels ausreichenden finanziellen Anreizes zu vertragsärztlicher Tätigkeit zur Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten führt. Eine solche Situation hat in den streitbefangenen Quartalen nicht bestanden.

Nach den für das Jahr 1997 vorliegenden Daten standen Gesamtvergütungen zur Honorierung aller vertragsärztlichen Leistungen von insgesamt 40,2 Milliarden DM zur Verfügung, die an ca 110.000 Vertragsärzte und ca 13.000 angestellte und ermächtigte Ärzte sowie ärztlich geleitete Einrichtungen zu verteilen waren. Bezogen auf die alten Bundesländer haben die Fachärzte im Durchschnitt der Jahre 1995 bis 1997 einen Überschuss pro Jahr - nach Abzug der Betriebskosten - von 201.400 DM erzielt. Für die Arztgruppe der Radiologen belief sich der Überschuss aus ärztlicher Tätigkeit insgesamt in diesem Zeitraum auf rund 224.000 DM pro Jahr *(Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Hrsg KÄBV, 1998 und 1999, Tabellen A 9, A 12 - 14, D 9 und G 2)*. Damit wurden auch die im EBM-Ä vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von 138.000 DM je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit übertroffen *(s hierzu BSGE 86, 16, 18 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 117; BSGE 89, 259, 262 = SozR aaO Nr 34 S 189; Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen)*. Diese Zahlen schließen die Annahme eines flächendeckend unangemessen niedrigen Vergütungsniveaus der vertragsärztlichen Tätigkeit - sowohl generell als auch nur für die Gruppe der Radiologen - in den streitbefangenen Quartalen aus *(so auch schon - für 1996 - BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 30 S 231 und speziell für Hessen s unten 8b <3>)*. Deshalb kann den für die Vereinbarung der Gesamtvergütung zuständigen Vertragspartnern kein Verstoß gegen das Gebot einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

unterlaufen sein. Ungeachtet der Frage, wer in welchem Verfahren einen solchen Verstoß feststellen könnte, wie er zu beheben wäre und welche Konsequenzen sich daraus für den einzelnen Vertragsarzt ergeben könnten, können schon allein deshalb die Kläger aus § 72 Abs 2 SGB V für sich keinen Anspruch auf ein höheres Honorar ableiten.

b) Ein weiter gehender Vergütungsanspruch ergibt sich auch nicht aus § 2 Abs 1 Buchst a der Satzung der beklagten KÄV. Hierbei handelt es sich zwar, wie grundsätzlich bei Satzungsbestimmungen der KÄVen *(BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 9 S 47)*, um nicht revisibles Recht. Doch ist eine an sich nicht revisible Rechtsnorm dann vom Revisionsgericht selbstständig auszulegen, wenn das Berufungsgericht sie völlig unberücksichtigt gelassen hat *(BSG SozR 3-5520 § 31 Nr 8 S 29 f; BSGE 77, 53, 59 = SozR 3-2500 § 106 Nr 33 S 190; BSG SozR 3-2200 § 368n Nr 6 S 17)*. Das ist hier der Fall.

Nach der genannten Vorschrift gehört zu den Aufgaben der beklagten KÄV unter anderem "die Wahrnehmung der Rechte der Vertragsärzte, insbesondere die Verwirklichung des Anspruchs auf eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen". Mit dieser Aufgabenbeschreibung werden den Vertragsärzten im Bezirk der beklagten KÄV ebenso wenig wie durch § 72 Abs 2 SGB V subjektive Rechte auf eine bestimmte Vergütung eingeräumt. Die Wahrnehmung der Rechte der Vertragsärzte ist eine Aufgabe, die bereits das Gesetz den KÄVen zuweist *(§ 75 Abs 2 Satz 1 SGB V)*. Auch mit der sodann als Beispiel aufgeführten "Verwirklichung des Anspruchs auf eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen" nimmt die Satzung Bezug auf das Gesetz, das in § 72 Abs 2 SGB V die Angemessenheit der Vergütung als einen Gesichtspunkt aufführt, der von den KÄVen und den Verbänden der Krankenkassen bei der Ausgestaltung des Vertragsrechts zu berücksichtigen ist *(dazu oben unter 7a)*. Die Satzung der Beklagten macht daher nicht ohne Bedacht nur die "Verwirklichung" einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen der KÄV zur Aufgabe. Ihrer Tätigkeit wird damit zwar ein Ziel gewiesen, die Art und Weise seiner Erfüllung aber nicht konkret vorgegeben. Wie auch sonst bei Aufgabenzuweisungen ergeben sich aus § 2 Abs 1 Buchst a der Satzung der Beklagten keine konkreten Handlungsbefugnisse oder -pflichten der KÄV. Als Anspruchsgrundlage taugt diese satzungsrechtliche Bestimmung folglich - entgegen der Auffassung der Revision - nicht.

8. Ein Anspruch auf höhere Vergütung der in den Quartalen III und IV/1997 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen ergibt sich schließlich auch nicht unmittelbar aus Art 12 Abs 1 GG.

Bei der Prüfung, ob normative Regelungen der Honorarverteilung insoweit den Anforderungen des Art 12 Abs 1 GG genügen, ist primär auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragssituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen *(vgl BVerfGE 70, 1, 30 = SozR 2200 § 376d Nr 1 S 11 mwN zum Abstellen auf den Wirtschaftszweig insgesamt; ebenso BVerfGE 77, 84, 105)*. Dementsprechend ist unerheblich, in welcher Höhe der einzelne Vertragsarzt Honoraransprüche erwerben und ob seine Praxis einen ausreichenden Gewinn abwerfen kann. Dies hängt nicht nur von der Höhe der insgesamt zur Verfügung

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

stehenden Gesamtvergütungen und der Ausgestaltung der normativen Regelungen über die Honorarverteilung ab, sondern wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die der Verantwortungssphäre des einzelnen Vertragsarztes zuzurechnen sind. Solche Umstände sind zB die Ausrichtung seiner Praxis, die Qualität seines Dienstleistungsangebotes, die Qualität seiner medizinischen Leistungen, aber auch strukturelle Faktoren wie zB die Infrastruktur des Praxisstandortes (Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Parkplatzsituation), die Größe des Einzugsbereichs der Praxis, die Patientenstruktur (Verhältnis von Primärkassen- und Ersatzkassenpatienten und Privatpatienten) und nicht zuletzt die Konkurrenzsituation.

Die Berücksichtigung der generellen Situation einer Arztgruppe schließt zugleich aus, dass ein Anspruch auf höhere Vergütung mit Erfolg für nur einen kurzen Zeitraum oder für beliebig herausgegriffene Quartale geltend gemacht werden kann. Zur Erfassung der generellen Lage ist die Gesamtsituation der betroffenen Arztgruppe über einen längeren Zeitraum, nämlich über mindestens vier zusammenhängende Quartale, zu betrachten. Demgemäß kann ein Anspruch auf höhere Vergütung nicht auf niedrigere Umsätze eines Arztes und damit zusammenhängend auf eine schlechtere Ertragslage in nur einem Quartal gegründet werden, zumal nicht auf die Erträge lediglich im dritten Quartal eines Jahres, weil dieses Quartal - bedingt durch Ferienzeiten - typischerweise nicht aussagekräftig ist. Ob nicht überhaupt auch der privatärztliche Einnahmebereich in die Betrachtung einbezogen werden müsste *(vgl hierzu BVerfG <Kammer>, NJW 2000, 3413 unter b),* sei dahingestellt.

a) Auf diesem Hintergrund gehen das BVerfG und das BSG davon aus, dass der Schutz der vertragsärztlichen Tätigkeit aus Art 12 Abs 1 GG grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Leistungen umfasst *(hierzu zB BVerfGE 88, 145, 159; 101, 331, 346 f; 110, 226, 251; BVerfG <Kammer>, Beschlüsse vom 17. August 2004 - 1 BvR 378/00 - MedR 2004, 680, 681 und vom 25. Oktober 2004 - 1 BvR 1437/02, RdNr 19; ebenso stRspr des BSG, das den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus Art 12 Abs 1 GG ableitet: dazu zuletzt BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen; BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 6, und BSGE 92, 233 = SozR aaO Nr 9, jeweils RdNr 7).* Dieser Schutz kann jedoch gemäß Art 12 Abs 1 Satz 2 GG auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen des § 72 Abs 2 und des § 85 Abs 3 SGB V erfolgt ist *(vgl dazu insbesondere BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 5 f)*. Diese ergeben spezifisch vertragsarztrechtliche Begrenzungen der Honorierung. Die Vorschrift des § 85 Abs 3 SGB V enthält Vorgaben für die Bemessung der Gesamtvergütungen und die Zuweisung dieser Aufgabe an die dort genannten Vertragsparteien. Das so festgelegte Gesamtvergütungsvolumen haben die KÄVen und die Krankenkassen-Verbände zu beachten, wenn sie gemäß § 72 Abs 2 SGB V ("im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses" bzw früher: des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung treffen. Dabei haben sie zwei Ziele zu realisieren. Sie müssen zum einen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und zum anderen für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die uU bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen zugleich in vollem Umfang gerecht zu werden, können es notwendig machen, diese in einen verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen. Hierfür hat der Gesetzgeber des SGB V ineinander greifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen, wie in den Senatsurteilen vom 3. März 1999 - B 6 KA 6/98 R und B 6 KA 8/98 R - dargelegt ist *(Letzteres veröffentlicht in SozR 3-2500 § 85 Nr 30)*. Der Senat hat dort ausgeführt, dass die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung vorrangig den Kompetenzen von Bewertungsausschuss *(§ 87 Abs 2 SGB V - Bestimmung von Inhalt und Punktzahlen der abrechenbaren Leistungen)*, Gesamtvertragsparteien *(§ 85 Abs 3 SGB V - Bemessung der Gesamtvergütungen)* und KÄVen *(§ 85 Abs 4 SGB V - Verteilung der Gesamtvergütungen)* überantwortet ist *(vgl dazu die ausführliche Darstellung in BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 30 S 228)*. Das BSG verneinte die geltend gemachten Ansprüche auf höheres Honorar. Das BVerfG hat die gegen diese Urteile gerichteten Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung angenommen *(BVerfG <Kammer>, Beschlüsse vom 30. März 2001 - 1 BvR 1491/99 - NZS 2001, 486 f und 1 BvR 1496/99 -, Letzteres zu BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 30)*.

Das vom Gesetz festgelegte und zuletzt durch das GMG vom 14. November 2003 weiter ausdifferenzierte Vergütungssystem vermeidet grundsätzlich unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen als Leistungsträgern und den Vertragsärzten als Leistungserbringern. Es verzichtet zwar nicht darauf, dass die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen ausgehandelt wird. Dies wird aber nicht durch Marktkräfte, sondern durch Verbände gesteuert. Ein derartiges Vergütungssystem ist grundsätzlich mit Art 12 Abs 1 GG vereinbar. Das Grundrecht der Berufsfreiheit gebietet nicht unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Krankenkasse, in denen die Preise für Güter und Leistungen unter Wettbewerbsbedingungen ausgehandelt werden. Vielmehr erlaubt Art 12 Abs 1 GG - insbesondere um Marktungleichgewichte zu beseitigen - die Aushandlung der Preise zwischen den Verbänden der Ärzte und den Krankenkassen.

Nicht nur die Strukturen dieses Vergütungssystems, sondern auch die Ziele, die das Gesetz den Verbänden der Ärzte und den Krankenkassen für die Bestimmung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen vorgibt, sind mit dem Grundrecht aus Art 12 Abs 1 GG vereinbar. Dies gilt nicht nur für das grundsätzliche Ziel der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung *(§ 72 Abs 1 Satz 1 SGB V)*, sondern auch für die allgemeinen Vorgaben hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit dieser Versorgung *(§ 70, § 72 Abs 2 SGB V)* und ebenso für die besondere Ausprägung, die das Wirtschaftlichkeitsprinzip durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität *(§ 71 SGB V)* erfahren hat *(zu diesem Grundsatz vgl BSGE 86, 126, 135 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 37 S 296 ff)*. Diese Ziele dienen der Sicherung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

b) Entgegen der Auffassung der Revision ist in diesem Zusammenhang ohne Bedeutung, ob das gegenwärtig geltende System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt verfassungsrechtlich geschützt ist. Der Revision liegt die Vorstellung zu Grunde, wenn das geltende, wesentlich im SGB V und in zahlreichen untergesetzlichen Regelwerken niedergelegte System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vom GG geschützt sei, könne sein Erhalt und die Sicherung seiner finanziellen Stabilität kein Gemeinwohlbelang sein, der einen unmittelbar grundrechtlich legitimierten Anspruch von Vertragsärzten auf eine von ihnen als angemessen bewertete Vergütung beschränken dürfe (*ähnlich Sodan, GesR 2004, 305, 306*). Diese Erwägung trifft indessen nicht zu.

Zunächst ermöglicht Art 12 Abs 1 Satz 2 GG Regelungen der Berufsausübung. Das schließt Regelungen der Vergütung beruflicher Tätigkeiten ein. Der Gesetzgeber darf in diesem Rahmen Festlegungen treffen, die durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt sind. Er ist nicht darauf beschränkt, mit Berufsausübungsregelungen iS des Art 12 Abs 1 Satz 2 GG Ziele zu verfolgen, die ihrerseits unmittelbar im GG vorgegeben sind. Ihm ist vielmehr durch den Gesetzesvorbehalt des Art 12 Abs 1 Satz 2 GG von Verfassungs wegen die Befugnis eingeräumt, im Wege einfacher Gesetze im Gemeinwohlinteresse - ohne Bindung an im GG vorgegebene Ziele - berufsbezogene Regelungen zu treffen. Selbst wenn also die Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV kein verfassungsrechtlich strikt vorgegebener Handlungsauftrag an den Gesetzgeber wäre, dürfte er um ihretwillen Begrenzungen der Vergütung der an dem Versorgungssystem der GKV beteiligten Ärzte vorschreiben, soweit diese zur Erreichung der genannten Ziele geeignet und erforderlich sind und die betroffenen Ärzte nicht unzumutbar belasten.

Im Übrigen bedarf die verfassungsrechtliche Verankerung der finanziellen Stabilität der GKV im hier relevanten Kontext als Legitimationsgrundlage für einfach-gesetzliche Regelungen im Schutzbereich des Art 12 Abs 1 Satz 2 GG einer differenzierenden Beurteilung. Der Gesetzgeber ist von Verfassungs wegen nicht frei, ob er ein System errichten und erhalten will, das allen oder zumindest der großen Mehrzahl der Bürger eine angemessene Versorgung im Krankheitsfall gewährleistet. Die Sicherung einer solchen angemessenen Versorgung zu bezahlbaren Konditionen (*vgl Jaeger, NZS 2003, 225, 232*) ist ein Gemeinwohlbelang von überragender Wichtigkeit. Ungeachtet seiner Ausgestaltung im Einzelnen kann kein System der Gesundheitsversorgung für nahezu alle Bürger auf Regelungen hinsichtlich der Preise von ärztlichen und nichtärztlichen Behandlungsleistungen verzichten. Wenn der Gesetzgeber den Bürgern eine angemessene gesundheitliche Versorgung nicht in einem staatlich organisierten Gesundheitswesen anbietet, sondern sich für ein Versicherungssystem entscheidet, in dem der Einzelne als Gegenleistung für seinen Versicherungsbeitrag entweder eine angemessene Gesundheitsversorgung grundsätzlich im Wege von Sachleistungen zur Verfügung gestellt (gesetzliche Krankenversicherung) oder die notwendigen Behandlungskosten ersetzt bekommt (private Krankenversicherung), müssen die Vergütungen für die Behandlungsleistungen von Ärzten, Krankenhäusern und nichtärztlichen Leistungserbringern geregelt werden *(siehe EBM-Ä und Bema-Z iVm HVM bzw GOÄ und GOZ)*. Andernfalls wären diese Leistungen nach den Grundsätzen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

eines lohn- und beitragsabhängigen Sozialversicherungssystems nicht mehr versicherbar oder die Versicherungsprämien würden - bei einem privatrechtlich organisierten Kostenerstattungssystem - in einer Weise wachsen, dass zahlreiche Bürger die Prämien aus eigener Kraft nicht mehr zahlen könnten. Insoweit liegt unabhängig von der Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems im Einzelnen ein struktureller Gegensatz zwischen dem Ziel einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung zu bezahlbaren Konditionen und den Interessen der Leistungserbringer an möglichst hohen Einkünften aus ihrer Tätigkeit vor. Da aber jedes Krankenversicherungssystem auf Preisregulierungen im Hinblick auf seine finanzielle Stabilität im Kontext der gesamten Volkswirtschaft nicht verzichten kann, ist der Einwand, nicht jede der für die Vergütung der Vertragsärzte maßgeblichen Regelungen im SGB V, im EBM-Ä und im HVM einer KÄV sei vom GG unmittelbar gefordert oder durch dieses in besonderer Weise geschützt, irrelevant.

(1) Der Gesetzgeber entscheidet über die Art und Weise, in der er das Ziel einer qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen und zugleich bezahlbaren Gesundheitsversorgung realisiert und in diesem Zusammenhang die (partiell) gegenläufigen Interessen von Patienten, Versicherten und Leistungserbringern zum Ausgleich bringt *(vgl BVerfGE 103, 172, 185 = SozR 3-5520 § 25 Nr 4 S 27; s auch BVerfGE 101, 331, 348)*. Soweit sich der deutsche Gesetzgeber dabei in der Kontinuität einer mehr als hundertjährigen Entwicklung und gestärkt durch Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenztitel des GG *(Art 74 Abs 1 Nr 12, Art 87 Abs 2 GG)* für eine Sozialversicherungslösung entscheidet, steht dies mit dem GG in Einklang (*so auch Leisner, in: Sodan <Hrsg>, Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und Grundrechte der Leistungserbringer, 2004, S 19*). Mit dieser verfassungskonformen Entscheidung für eine Absicherung des Krankheitsrisikos durch eine nach den Prinzipien der Sozialversicherung organisierte Krankenversicherung sind sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer bestimmte Vorteile und Nachteile verbunden. Arbeitnehmer ohne Familienangehörige mit einem Einkommen in der Nähe der Versicherungspflichtgrenze des § 6 Abs 1 Nr 1 iVm Abs 6 SGB V müssen hinnehmen, dass sie relativ hohe Beiträge für ihren Krankenversicherungsschutz bezahlen müssen, obwohl sie aus eigener Kraft möglicherweise einen günstigeren Schutz in der privaten Krankenversicherung erreichen könnten. Die Leistungserbringer müssen hinnehmen, in ein relativ dichtes Geflecht von gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Art und Weise ihrer Leistungserbringung und ihrer Vergütung eingebunden zu sein, damit landesweit eine flächendeckende Versorgung auf qualitativ hohem Niveau für alle Versicherten vorgehalten werden kann, ohne dass die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber unzumutbar ansteigen. Auf der anderen Seite haben die Versicherten und ihre Familienangehörigen auch bei geringen Einkommen und in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen umfassende Leistungsansprüche, sodass die Ungleichheit der Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland sich auf die existenziellen Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung nur sehr begrenzt auswirken kann. Die zur Leistungserbringung im System der GKV berechtigten Vertragsärzte sind - anders als viele andere freiberuflich tätige Berufsgruppen - durch ihre öffentlich-rechtlichen Vergütungsansprüche gegen die KÄVen davor geschützt, ihre erbrachten Leistungen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
Google play JLaw – für Android
Available on the App Store JLaw – für iOS

nicht, nicht vollständig oder nicht in angemessener Zeit honoriert zu bekommen, was ihnen ein hohes Maß an Planungssicherheit gewährleistet. Das BVerfG hat mehrfach ausgeführt, dass Leistungserbringer innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung von den Vorteilen des öffentlich-rechtlichen Systems des Vertragsarztrechts profitieren, im Interesse der Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit dieses Systems unter Umständen aber auch Einschränkungen hinnehmen müssen, die ihnen das Berufsrecht nicht abverlangt (*zuletzt Beschluss vom 16. Juli 2004 - 1 BvR 1127/01 - NVwZ 2004, 1347, 1349 = SozR 4-2500 § 135 Nr 2 RdNr 29*). Im Unterschied zu den pflichtversicherten Arbeitnehmern haben sie zudem die Möglichkeit, sich für oder gegen die Eingliederung in das System der GKV in Kenntnis der damit für sie verbundenen Vor- und Nachteile zu entscheiden. Angesichts dieses Umstandes und der Tatsache, dass speziell den Vertragsärzten aus ihrer Tätigkeit für die Versicherten der Krankenkassen seit Jahrzehnten und bis heute ein Einkommen ermöglicht wird, das weit über dem Durchschnittseinkommen der pflichtversicherten Arbeitnehmer liegt, kann schlechterdings nicht angenommen werden, dass prinzipiell das Vergütungssystem der GKV für die beteiligten Ärzte eine unverhältnismäßige bzw unzumutbare Beschränkung der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit zur Folge hat.

Vor diesem Hintergrund ist es - anders als die Revision nahe legt - kein sprachliches Versehen, wenn das BVerfG in ständiger Rechtsprechung formuliert, die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sei eine Gemeinwohlaufgabe, welche der Gesetzgeber nicht nur verfolgen könne, sondern der er sich nicht einmal entziehen dürfe (*stRspr seit BVerfGE 68, 193, 218*). In seinem Beschluss vom 20. März 2001 hat das BVerfG den Zusammenhang zwischen der Entscheidung des Gesetzgebers für die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems und der Stabilität der GKV noch einmal verdeutlicht: "Soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems erreicht werden, stellt auch dessen Finanzierbarkeit einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang dar, von dem sich der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Systems und der damit verbundenen Steuerung des Verhaltens der Leistungserbringer leiten lassen darf" (*BVerfGE 103, 172, 185 = SozR 3-5520 § 25 Nr 4 S 27*). An anderer Stelle formuliert das BVerfG, die Leistungs- und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung müsse erhalten und deren finanzielle Stabilität als Voraussetzung ihrer Funktionsfähigkeit gesichert bleiben *(vgl BVerfG <Kammer>, NJW 1997, 2444, 2445 = SozR 3-2500 § 47 Nr 8 S 19).* Daraus ergibt sich zunächst, dass es für die Frage, ob Vergütungsansprüche von Leistungserbringern im Hinblick auf die Sicherung der Stabilität der gegenwärtig bestehenden GKV beschränkt und eingeschränkt werden können, nicht darauf ankommt, ob der Gesetzgeber das gegenwärtig praktizierte Krankenversicherungssystem von Verfassungs wegen einführen und unverändert beibehalten musste. Verfolgt der Gesetzgeber im Rahmen eines insgesamt verfassungsmäßigen Sozialversicherungssystems das von der Verfassung vorgegebene Ziel einer gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, kann die Verfassungskonformität gesetzlicher Vergütungsregelungen nicht mit dem Hinweis in Frage gestellt werden, das Ziel einer angemessenen Gesundheitsversorgung sei nach den Vorgaben des GG auch auf anderem Wege als im Rahmen des gegenwärtig praktizierten GKV-Systems erreichbar. Ohne Bedeutung ist in diesem

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Zusammenhang auch, ob allein mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften über die Vergütung der ärztlichen Leistungen die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung in notwendigem Maße gesichert werden kann oder nicht. Das BVerfG hat ausgeführt, dass jeder einzelne Schritt, mit dem der Gesetzgeber die Sicherung von Leistungsfähigkeit und finanzieller Stabilität der GKV zu erreichen sucht, von erheblicher Bedeutung ist, auch wenn eine einzelne Maßnahme immer nur einen Teilbetrag zur Verwirklichung des Gesamtziels leisten kann. Die öffentlichen Belange verlieren nicht an Gewicht, wenn sie sich nur durch eine Vielzahl kleiner Schritte verwirklichen lassen (*BVerfGE 103, 172, 192 f = SozR 3-5520 § 25 Nr 4 S 33*).

(2) Der Einwand der Revision, wegen Finanzierung versicherungsfremder Leistungen sei das gegenwärtige Krankenversicherungssystem kein gegenüber "Vergütungsgrundrechten" der Leistungserbringer vorgreiflich schutzwürdiger Gemeinwohlbelang, greift nicht durch. Dabei kann offen bleiben, ob in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Beiträgen versicherungsfremde Leistungen finanziert werden. Denn selbst wenn dies der Fall und die entsprechende Belastung der Beitragszahler verfassungswidrig wäre, könnte ein Vertragsarzt hieraus für sein Begehren nach einer bestimmten Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen nichts herleiten. Vertragsärzte sind nicht "Wächter über die objektive Verfassungsordnung" *(vgl BVerfGE 67, 26, 37 = SozR 1500 § 54 Nr 60 S 54).* Die Abwehr von Eingriffen in die Grundrechte der Beitragszahler obliegt allein diesen, nicht aber den Vertragsärzten. Zu etwas anderem führt auch nicht der bei Maßnahmen mit Relevanz für die Berufsfreiheit der Vertragsärzte gebotene Ausgleich vielfältiger Grundrechtspositionen und Gemeinwohlbelange *(vgl dazu BVerfGE 103, 172, 185 = SozR 3-5520 § 25 Nr 4 S 27).* Es gibt keinen Verfassungssatz, wonach den Leistungserbringern ein bestimmtes Beitragsaufkommen oder jedenfalls das jeweilige Beitragsaufkommen garantiert ist. Vielmehr ist es Sache des Gesetzgebers im Rahmen der ihm bei Vergütungsregelungen obliegenden Interessenabwägung, für einen verhältnismäßigen Ausgleich zwischen dem Begehren der Leistungserbringer nach hohen Vergütungen aus einem hohen Beitragsaufkommen und dem Anliegen möglichst geringer Belastung für die Beitragszahler Sorge zu tragen. Ein Anspruch auf höhere Vergütung könnte nicht aus der verfassungswidrigen Verwendung von Beitragsmitteln für versicherungsfremde Zwecke hergeleitet werden. Aus einem Verfassungsverstoß durch Verwendung von Beiträgen für verfassungswidrige Zwecke ergäbe sich vielmehr zunächst nur die Folge, die Beitragsbelastung der Versicherten entsprechend zurückzuführen, nicht aber ein Anspruch der Leistungserbringer darauf, dass das Beitragsniveau beibehalten und das überschießende Beitragsaufkommen für sie verwendet werde.

Daher kann dahinstehen, ob die von der Revision angeführten Leistungen krankenversicherungsfremd und die Erhebung entsprechender Beiträge verfassungswidrig sind. Nach Auffassung der Revision sollen auf der Einnahmenseite krankenversicherungsfremde Leistungen darin bestehen, dass bestimmte Versichertengruppen aus sozial- oder familienpolitischen Gründen keine oder nur ermäßigte Beiträge entrichten - wie Personen während des Erziehungsurlaubs, Studenten und Praktikanten, Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und im Strafvollzug, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen, Bezieher von Leistungen der Arbeitsförderung,

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Härtefall-Patienten und Familienversicherte. Die Revision lässt dabei unberücksichtigt, dass die gesetzliche Krankenversicherung ganz wesentlich auf dem Gedanken der Solidarität ihrer Mitglieder sowie des sozialen Ausgleichs beruht *(vgl BVerfGE 76, 256, 301; siehe auch BVerfG <Kammer> SozR 4-2500 § 5 Nr 1 RdNr 20, 28).* Der Gesetzgeber ist daher nicht nur berechtigt, die Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen nach den Prinzipien der Solidarität und des sozialen Ausgleichs auszugestalten *(BVerfGE 79, 223, 236 f = SozR 2200 § 180 Nr 46 S 198 f)*. Er kann vielmehr von Verfassungs wegen zu Maßnahmen des sozialen Ausgleichs sogar verpflichtet sein *(dazu BVerfGE 103, 242, 257 ff = SozR 3-3300 § 54 Nr 2 S 12 ff; s aber auch BVerfGE 107, 205, 212 ff = SozR 4-2500 § 10 Nr 1 RdNr 26 ff).* Soweit die Revision auf der Ausgabenseite bestimmte Leistungen als krankenversicherungsfremd bezeichnet - wie das Sterbegeld, die Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen nach §§ 195 ff der Reichsversicherungsordnung (RVO), die Leistungen zur Empfängnisverhütung, zur Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch, die Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes sowie die Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach Art 8 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung *(GKV-SolG)* vom 19. Dezember 1998 *(BGBl I S 3853; letzteres mangels Rückwirkung für den streitigen Zeitraum irrelevant)* -, unterstellt sie, dass die Verfassung Vorgaben dafür enthält, welche Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen werden dürfen. Dies ist indessen nicht der Fall. Wie das BSG bereits für die Rentenversicherung entschieden hat, lässt sich die Frage, ob eine Aufgabe der Sozialversicherung zulässigerweise zur Finanzierung durch Beiträge zugewiesen ist, nur formal nach der Einbeziehung der Leistungen in ein System der Sozialversicherung, nicht aber inhaltlich nach einem Versicherungsprinzip beurteilen *(vgl BSGE 81, 276, 282 = SozR 3-2600 § 158 Nr 1 S 7 f; zur Nichtannahme der Verfassungsbeschwerde s BVerfG <Kammer>, SozR aaO Nr 2)*. Die Abgrenzung zwischen den Aufgaben der Sozialversicherung und denen der Gesamtgesellschaft ist verfassungsrechtlich nicht im einzelnen vorgegeben, sondern politischer Natur und vom Gesetzgeber zu treffen *(vgl BSGE 81, 276, 285 = SozR aaO Nr 1 S 10)*. Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass der Gesetzgeber auch Leistungen in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen hat, die keinen (unmittelbaren) Bezug zur Morbidität haben *(zu diesem Gesichtspunkt vgl das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, Bundestags-Drucksache 15/530 S 55).* Daran ändert sich auch dadurch nichts, dass das Gesetz nunmehr in § 221 Abs 1 Satz 1 SGB V idF des GMG den Begriff der versicherungsfremden Leistungen selbst verwendet. Denn dieser Gesetzesbegriff hat keinen Verfassungsrang.

(3) Die Ausführungen des BVerfG zur überragend wichtigen Gemeinwohlaufgabe der Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV in den zahlreichen Entscheidungen zum Recht der GKV seit derjenigen vom 31. Oktober 1984 (*BVerfGE 68, 193 ff*) gehören zu den "tragenden Gründen" der jeweiligen Urteile bzw Beschlüsse. Sie binden deshalb - nicht anders als die jeweils entschiedene Rechtsfrage der Verfassungsmäßigkeit der einzelnen zur Überprüfung gestellten Normen - auf der Grundlage des § 31 Abs 1 Bundesverfassungsgerichtsgesetz auch die Gerichte. Die Bindungswirkung dieser Vorschrift erfasst nach der ständigen Rechtsprechung des

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

BVerfG neben dem Tenor auch die tragenden Entscheidungsgründe (*BVerfGE 40, 88, 93 f; 70, 242, 249 f; 96, 375, 404 f*). Auch deshalb ist die in der wissenschaftlichen Diskussion aufgeworfene Frage, ob das BVerfG zu Recht bei der verfassungsgerichtlichen Prüfung von Regelungen im Bereich der GKV weniger strenge Anforderungen an die Rechtfertigung von Eingriffen in die Berufsausübungsfreiheit stellt als in anderen Bereichen, zB bei berufsrechtlichen Regelungen (*so vor allem Hufen, in Sodan <Hrsg>, aaO, S 37*), für die Rechtspraxis derzeit ohne Relevanz. Im Übrigen beantwortet sich diese Frage zwanglos dahingehend, dass zum einen die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit auch die Teilhabe an einem umfassenden Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht, das aus Beiträgen anderer Personen (Versicherte und Arbeitgeber) finanziert wird, von dem auch die Leistungserbringer profitieren und für dessen Funktionsfähigkeit der Staat die Verantwortung trägt (*BVerfGE 103, 172, 185 f = SozR 3-5520 § 25 Nr 4 S 28)*. Vergleiche ua mit den rechtlichen Vorgaben für erlaubte Werbung von Rechtsanwälten und dem Betrieb einer Spielbank (*vgl Hufen, aaO, S 27 ff)* werden dem hier zu leistenden Interessenausgleich schon im Ansatz nicht gerecht. Zum anderen sind Rang und Gemeinwohlbedeutung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung von solchem Gewicht, dass denjenigen, die ihre berufliche Tätigkeit in diesem System und unter seinem Schutz ausüben, stärkere Reglementierungen zugemutet werden können als anderen freiberuflich tätigen Personen, die in einem allein durch die Marktkräfte gesteuerten System arbeiten.

Wie dargestellt, erfordern die als verfassungskonform zu bewertenden gesetzlichen Grundstrukturen über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen einen Ausgleich ua zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung. Dieser Ausgleich ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist *(dazu zuletzt: BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen; s weiter BSGE 75, 187, 189 ff = SozR 3-2500 § 72 Nr 5 S 6 ff; BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 5 f; BSGE 88, 20, 24 = SozR 3-2500 § 75 Nr 12 S 70; BSGE 88, 126, 136 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 155)*. Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die von den Klägern angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der radiologischen Diagnostik gefährdet haben könnten, bestehen nicht.

Es ist nichts dafür ersichtlich, dass Radiologen in den Jahren 1997 und 1998 generell nicht in der Lage gewesen wären, bei einer mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit existenzfähige Praxen zu führen, wie schon oben (*unter 7a am Ende)* ausgeführt worden ist. Bei ihnen betrug in den Jahren 1996 bis 1998 der durchschnittliche Überschuss pro Jahr aus vertragsärztlicher Tätigkeit ca

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

163.000 DM bei durchschnittlichen Honorareinnahmen für vertragsärztliche Leistungen von ca 830.000 DM; hinzu kamen durchschnittliche Überschüsse aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit von ca 50.300 DM *(Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung, aaO, 2000, Tabelle D 9; s auch Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Kurzzusammenfassung der Ergebnisse der Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998, Tabelle A*), mithin insgesamt ein Überschuss von 213.300 DM pro Jahr. Die von der Revision gegen die Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts erhobenen Einwände überzeugen nicht. Dies gilt insbesondere auch für die von der Klägerseite vorgelegte Stellungnahme der Geschäftsführerin des Berufsverbandes der Pathologen - Frau Kempny - zum HVM der Beklagten vom 2. November 1998. Sie geht darin selbst von der Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts aus, nimmt aber an, radiologische Leistungen könnten nur dann kostendeckend erbracht werden, wenn der Punktwert der einzelnen Leistung nicht unter einen Wert falle, der sich aus der Multiplikation des bundesdurchschnittlichen Punktwerts von 1994 mit dem durchschnittlichen Betriebskostenanteil von 1994 ergebe. Gegen eine derartige Vorgehensweise spricht schon, dass der vom Zentralinstitut ermittelte Betriebskostenanteil sich nur auf den Gesamtumsatz aus der ärztlichen Tätigkeit bezieht. Er kann nicht als feste Kostenquote für jede einzelne Leistung zu Grunde gelegt werden mit der Schlussfolgerung, dass bei entsprechend geringerer Vergütung nicht einmal mehr die Kosten gedeckt seien. Dies kann aus der Kostenstrukturanalyse, die nur prozentuale Anteile bezogen auf Gesamtumsätze angibt, nicht abgeleitet werden.

Auch die Situation im Bereich der Beklagten spricht dagegen, dass eine mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübte vertragsärztliche Tätigkeit als Radiologe keine existenzfähige Praxisführung mehr ermöglichte. Insbesondere ist nicht nachvollziehbar, dass sich, wie von der Revision betont, eine dramatische Verschlechterung der Einkommenssituation der Radiologen im Bereich der Beklagten ab dem Quartal III/1997 - mit dem Inkrafttreten eines neuen HVM - ergeben haben soll. Dagegen sprechen die objektiven Daten. Die Beklagte zahlte an die voll zugelassenen radiologischen Vertragsärzte in den Quartalen I/1997 bis II/1998 32.522.000 DM, 32.964.000 DM, 30.352.000 DM, 33.894.000 DM, 35.494.000 DM und 33.396.000 DM an Honorar aus. Damit lagen die Gesamthonorarzahlungen ab dem Inkrafttreten des neuen HVM - abgesehen von dem typischerweise umsatzschwächeren dritten Quartal des Jahres 1997 *(s dazu oben unter 8. vor a)* - in den Quartalen IV/1997 bis II/1998 zum Teil deutlich über den Honorarzahlungen für die Quartale I und II/1997. Allein dies belegt, dass sich eine dramatische Verschlechterung der Honorarsituation der Radiologen im Bereich der Beklagten ab dem Quartal III/1997 nicht ergeben haben kann. Dies wird durch das von der Beklagten je Radiologen ausgezahlte Quartalshonorar bestätigt, das in den Quartalen IV/1997 und I/1998 über dem Honorar der Quartale I und II/1997 und auch im Quartal II/1998 immer noch über dem des Quartals I/1997 lag.

Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, dass im Rahmen des verfassungsrechtlich gebotenen Interessenausgleichs dem Einkommensinteresse der Kläger der Vorrang gebühren und ihnen daher über die nach einfachem Recht bestehenden Honoraransprüche hinaus unmittelbar

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

aus Art 12 Abs 1 GG ein Vergütungsanspruch in bestimmter Höhe zustehen könnte. Dass die Kläger nach den von ihnen vorgelegten Gewinnermittlungen in den streitbefangenen Quartalen keinen Gewinn erzielt haben, lässt für sich allein einen derartigen Schluss nicht zu. Dabei kann dahinstehen, wieweit die in den Gewinnermittlungen angegebenen Kosten überhaupt für die Höhe der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen relevant sein können; soweit steuerrechtliche Gestaltungen bei Gewinnermittlungen die tatsächliche Kostenstruktur verfälschen können, haben diese von vornherein außer Betracht zu bleiben. Denn es besteht keine Verpflichtung der Gemeinschaft der übrigen Vertragsärzte in Hessen, für die von den Klägern geltend gemachten Sonderbetriebsausgaben für 1997 in Höhe von ca 1.331.000 DM und von 638.000 DM in 1998, die sich ua aus dem Erwerb von Gesellschafteranteilen ergeben (vgl Bestätigung des Steuerberaters der Kläger vom 3. September 2004) einzustehen.

Darüber hinaus zeigen mit diesem Verfahren zeitgleich verhandelte Revisionsverfahren, deren Akten zum Verfahren beigezogen worden sind, dass im Bereich der Beklagten auch in den streitigen Quartalen mit einer radiologischen Tätigkeit ein Gewinn erzielt werden konnte, der über dem von den Klägern geltend gemachten Anspruch auf einen Quartalsgewinn vor Steuern von 45.000 DM je Radiologe lag *(s B 6 KA 40/03 R; vgl auch B 6 KA 42/03 R)*. Im Hinblick hierauf haben die Kläger dieser Verfahren den von ihnen bis dahin erhobenen Anspruch auf eine angemessene Vergütung im Revisionsverfahren nicht weiter verfolgt.

(4) Entgegen der Auffassung der Revision gebietet Verfassungsrecht auch nicht, dem Vertragsarzt im Einzelfall unabhängig von den Ursachen wenigstens alle Kosten zu erstatten, die ihm bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen entstanden sind. Der Vertragsarzt hat das Risiko einer unwirtschaftlich betriebenen Praxis und unternehmerischer Fehleinschätzungen selbst zu tragen.

Auch diejenigen Autoren, die dem einzelnen Vertragsarzt aus Art 12 Abs 1 GG einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung in einer bestimmten Höhe - jedenfalls im Sinne einer Erstattung der Praxiskosten - zubilligen wollen, setzen stets eine voll ausgelastete und wirtschaftlich arbeitende vertragsärztliche Praxis voraus (*Wimmer, MedR 1998, 533, 535; Isensee, VSSR 1995, 321, 341*). Auslastung und Wirtschaftlichkeit sind wertungsoffene Kriterien. Von Wertungen abhängig ist insbesondere, welche variablen Kosten je Leistung als angemessen gelten sollen und welche Leistungsmenge in welchem Zeitraum erbracht werden muss, um die Fixkosten zu decken, die bei dem geforderten Qualitätsstandard anfallen (*vgl Ludwig, Die Vergütung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von "Sozialtarifen" in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2000, S 74 ff*). Stellt sich damit die Feststellung der Kosten einer voll ausgelasteten und wirtschaftlich betriebenen Praxis nicht als ein rein empirisches Problem, sondern auch als eine Wertungsaufgabe dar, so haben Statistiken nur eine beschränkte Aussagekraft. Sie können nur Durchschnittswerte über die tatsächlich vorkommenden Kosten der Praxen wiedergeben, nicht aber beurteilen, ob diese auch den Anforderungen an eine voll ausgelastete und wirtschaftlich arbeitende Praxis entsprechen.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Noch deutlicher wertungsabhängig ist, welchen Gewinn ein Vertragsarzt aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erwarten darf. Einen allgemeinen verfassungsrechtlichen Maßstab hierfür gibt es nicht. Die Verfassung verlangt nicht, dass die Vergütung selbstständiger Tätigkeiten der Entlohnung vergleichbarer abhängiger Beschäftigungen entspricht. Der Vertragsarzt hat daher keinen verfassungsrechtlichen Anspruch darauf, wenigstens einen Gewinn in der Höhe des (Brutto-)Einkommens von Krankenhausärzten zu erzielen *(dahingehend aber Schmiedl, MedR 2002, 116, 119)*. Selbstständige Tätigkeit eröffnet die Möglichkeit zur Gewinnerzielung, garantiert sie aber nicht.

(5) Ungeachtet dessen kann es Situationen geben, in denen die KÄV unter Sicherstellungsgesichtspunkten gehalten ist, über einen gewissen Zeitraum eine im Grundsatz wirtschaftlich arbeitende Praxis mit Sonderzahlungen zu stützen, soweit diese zB wegen ihrer örtlichen Lage mit der Folge geringerer Fallzahlen den von durchschnittlichen Praxen erzielten Umsatz nicht erreichen kann. Eine vergleichbare Stützungsnotwendigkeit kann bestehen, wenn eine radiologische Praxis die Computertomographie für sich genommen wirtschaftlich anbieten kann, die Aufgabe der nach rein ökonomischen Erwägungen nicht sinnvollen konventionellen Radiologie aber im Hinblick auf eine ortsnahe Versorgung der Versicherten und ein fehlendes Angebot an chirurgischer und/oder internistischer Teilradiologie unerwünscht wäre. Dass solche Lagen entstehen können, stellt die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt und die verfassungsrechtliche Unbedenklichkeit der gesetzlichen Regelungen über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen nicht in Frage. Die Praxis der Beklagten zeigt im Gegenteil, dass zur Bewältigung solcher Situationen gerade in Phasen des Übergangs von einem seit Jahrzehnten bekannten Verfahren, auf das noch nicht verzichtet werden kann (konventionelle Radiologie), zu neueren diagnostischen Verfahren (CT, MRT) ein angemessenes Instrumentarium zur Verfügung steht und auch genutzt wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4, § 194 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (*vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff*).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS