

L 7 KA 15/04 -25

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

7

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 241/00

Datum
18.08.2004

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 15/04 -25

Datum
09.07.2008

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die im Bereich der KV Brandenburg geltenden Honorarverteilungsregelungen zur Vergütung radiologischer Leistungen (insbesondere der Großgeräteleistungen) verstießen im Jahre 1999 nicht gegen höherrangiges Recht

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. August 2004 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind für beide Rechtszüge nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine höhere Vergütung des Klägers für die Quartale I/99 bis III/99.

Der Kläger ist seit dem 11. Mai 1993 als Facharzt für Radiologie zur vertragsärztlichen Versorgung in P zugelassen. Er hat sich auf Leistungen der Magnetresonanztomografie (MRT) spezialisiert und war - nach eigenen Angaben - im Streitgegenständlichen Zeitraum der einzige zu MRT-Leistungen zugelassene Radiologe im ansonsten gesperrten Planungsbereich P. Mit Honorarbescheid vom 5. August 1999 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal I/99 eine Vergütung von 272.448,69 DM; wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 1 bis 23 der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. Mit seinem hiergegen gerichteten Widerspruch brachte der Kläger u.a. vor, angesichts eines Punktwertes von durchschnittlich 4,8 Pfennig sei ein kostendeckender Betrieb seiner MRT-Praxis nicht mehr möglich. Der zeitliche Aufwand seiner Tätigkeit im MRT-Sektor lasse die zusätzliche Erbringung anderer, eventuell höher vergüteter allgemein-radiologischer Leistungen nicht zu. Mit Widerspruchsbescheid vom 8. Juni 2000 wies die Beklagte diesen Widerspruch unter Hinweis auf die Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM), des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und fehlende Praxisbesonderheiten zurück.

Mit seiner hiergegen gerichteten Klage (Az: [S 1 KA 241/00](#)) hat der Kläger sein Anliegen weiter verfolgt.

Mit Honorarbescheid vom 4. November 1999 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal II/99 eine Vergütung von 256.312,67 DM; wegen des weiteren Inhalts dieses Honorarbescheides wird Blatt 39 bis 52 der Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Den hiergegen gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 25. Juli 2000 zurück.

Mit seiner hier gegen gerichteten Klage (Az: S 1 KA 303/00) hat der Kläger sein Anliegen weiter verfolgt.

Mit Honorarbescheid vom 7. Februar 2000 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal III/99 eine Vergütung von 311.026,26 DM; wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 61 bis 87 der Verwaltungsakte verwiesen. Mit Widerspruchsbescheid vom 25. April 2001 wies die Beklagte diesen Widerspruch unter Hinweis auf die Regelungen des HVM, des EBM und fehlende Praxisbesonderheiten zurück.

Mit seiner Klage (Az.: S 1 KA 95/01) hat der Kläger sein Anliegen weiter verfolgt.

In den vom Sozialgericht verbundenen erstinstanzlichen Verfahren hat der Kläger vorgebracht, seine Klagen richteten sich ausschließlich gegen die unzureichende Honorierung der MRT-Leistungen. Der Vergütungsansatz für eine MRT-Untersuchung sei von 300,- DM pro Fall zwischen 1996 und 1998 auf 240,- DM im Quartal I/99 gefallen. Seine gesamte vertragsärztliche Tätigkeit des vergangenen Jahres sei komplett honorarfrei erfolgt. Die Punktwerte für MRT-Leistungen im Primärkassenbereich seien sachwidrig zu niedrig angesetzt und nicht nur als vorübergehende Schwankung aufzufassen. § 4 Abs. 3 Nr. 1 c i.V.m. § 5 Abs. 4 HVM sei nicht von der Ermächtigungsgrundlage des §

[85 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) gedeckt. Die Vergütung radiologischer Leistungen sei nicht kostendeckend. Der Punktwert richte sich nur nach der Größe des Honorarfonds und dem Gesamtleistungsumfang in diesem Bereich; beide Umstände lägen außerhalb jeder Einwirkungsmöglichkeit der einzelnen Ärzte. Die auch nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) medizinisch begründete Ausweitung des Leistungsvolumens bei Radiologen dürfe nicht über einen Punktwertverfall finanziert werden. § 4 Abs. 3 Nr. 1 c i.V.m. § 5 Abs. 4 HVM sei auch unverhältnismäßig, da die hohen Betriebskosten der Radiologen nicht durch den HVM zu regeln seien und die Punktwerte für Großgeräteleistungen 25 % bis 30 % niedriger seien als die sonstigen Punktwerte. Es liege eine unzulässige Ungleichbehandlung vor, da die Arztgruppe mit dem höchsten Betriebskosten die geringsten Punktwerte erhalte. Dass die Höhe der Vergütung für MRT-Leistungen von den Anforderungen von Leistungen der Strahlentherapie abhängig sei, sei für ihn unzumutbar. Der Vergleich der Verhältnisse zwischen Radiologen und den anderen Fachgruppen gehe fehl, denn die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gehe für den Betriebskostenanteil von 80,4 % bei radiologischen Praxen von einem durchschnittlichen Jahresumsatz von 825.000,- DM und Betriebskosten von 662.300,- DM aus. Radiologen in Brandenburg hätten aber bei weit unterdurchschnittlichen Jahresumsätzen ebenso hohe Betriebskosten wie ihre Kollegen in den alten Bundesländern. Die Kürzung der Mengenbegrenzung durch den HVM werde nicht gerügt.

Die Beklagte hat die angegriffenen Bescheide verteidigt. Die Einführung des Honorartopfes Großgeräteleistungen ab 1996 sei sachlich gerechtfertigt, weil nach dem Wegfall der Großgeräteplanung zu diesem Zeitpunkt Angebot und Versorgungsbedarf wieder aufeinander abgestimmt werden mussten. Die Zahl der Erbringer von Großgeräteleistungen sei von 10 im Jahre 1991 über 47 im Jahre 1995 und 75 im Jahre 1996 auf 94 im Jahre 1999 (jeweils incl. Doppelzählungen) gestiegen. Die spätere Aufnahme der Strahlentherapie in diesen Honorartopf sei einer inhaltlichen Neuordnung dieser Leistungen geschuldet. Im Jahre 1999 habe die Fachgruppe der Radiologen mit 141.161,36 DM überdurchschnittliche Überschüsse aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit (Honorar abzüglich Betriebskosten) im Vergleich zu allen anderen Fachgruppen (138.952,- DM) erzielt, wobei zugunsten der Fachgruppe der Radiologen der höhere Betriebskostensatz der alten Bundesländer (80,4 % gegenüber 79,2 %, entnommen aus: Grunddaten der vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2000, herausgegeben von der KBV) herangezogen worden sei. Betrachte man den vom Kläger im Jahr 1999 erwirtschafteten Überschuss in Höhe von 222.568,78 DM, könnten die Honorarverteilungsregelungen des HVM nicht rechtswidrig sein. Das Risiko der mangelnden Rentabilität einer Spezialpraxis trage nach der Rechtsprechung des BSG der Arzt.

Mit Urteil vom 18. August 2004 hat das Sozialgericht die Klagen abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt: In Anknüpfung an die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 9. September 1998, Az: [B 6 KA 55/97 R](#)) sei auch für die Zeit bis 1999 unstrittig, dass die Ausweitung der CT- und MRT-Leistungen auf dem medizinisch-technischen Fortschritt beruhe. Sei die Ausweitung der Großgeräteleistungen seit 1996 somit nicht von den Radiologen mitzuverantworten, sei ein Regelfall anzunehmen, der Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung biete, wenn der Punktwert des Honorarfonds für Großgeräteleistungen um 15 % und mehr unter den "Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen" absinke. Vergleichspunktwert sei nicht der durchschnittliche Punktwert aller Fachgruppen, sondern der Punktwert des Fachgruppen-Honorarfonds der Radiologen/Nuklearmediziner. Dieser und der Punktwert des Honorarfonds für Großgeräteleistungen hätten sich wie folgt entwickelt (in Klammern die Abweichung in Prozentpunkten):

Primärkassen Ersatzkassen III/98 5,5 zu 6,3 (-11,11 %) 6,6 zu 6,7 (-1,5 %) IV/98 5,6 zu 6,6 (-15,15 %) 6,6 zu 7,1 (-7,04 %) I/99 4,5 zu 5,8 (-22,41 %) 5,3 zu 6,1 (-13,11 %) II/99 4,5 zu 5,8 (-22,41 %) 5,6 zu 6,3 (-15,87 %) III/99 4,7 zu 6,1 (-22,95 %) 5,5 zu 6,4 (-14,06 %) IV/99 4,4 zu 5,9 (-25,42 %) 6,2 zu 7,3 (-15,07 %) I/00 3,9 zu 4,8 (-18,75 %) 4,6 zu 6,5 (-29,23 %) II/00 3,9 zu 4,9 (-17,02 %) 5,5 zu 6,2 (-11,29 %) III/00 4,3 zu 5,0 (-14,00 %) 5,1 zu 6,5 (-21,54 %) IV/00 4,2 zu 4,9 (-14,29 %) 5,6 zu 6,5 (-13,85 %)

Unter Berücksichtigung eines bis einschließlich des Quartals III/99 dauernden Beobachtungszeitraums sei die Beklagte verpflichtet gewesen, den Großgeräte-Punktwert für die Quartale IV/99, I/00 und II/00 zumindest soweit zu stützen, dass die Differenz kleiner als 15 % sei. Für das Quartal III/99 bestehe eine solche Verpflichtung nicht, weil der Punktwert (Primärkassen) aus dem Großgeräte-Fonds in diesem Quartal nicht 15 % oder mehr unter den Punktwert aus dem Fachgruppenhonorarfonds gesunken sei. Daher seien die Klagen bezüglich der streitgegenständlichen Quartale abzuweisen.

Gegen dieses den Beteiligten am 5. Oktober 2004 zugestellte Urteil hat der Kläger am 28. Oktober 2004 Berufung eingelegt.

Der Kläger wiederholt sein erstinstanzliches Vorbringen und macht darüber hinaus geltend: Soweit das Sozialgericht offenbar eine Verpflichtung der Beklagten zum Einschreiten erst dann annehme, wenn der Punktwert des Großgeräte-Honorarfonds in vier aufeinander folgenden Quartalen um mehr als 15 % hinter dem Punktwert für die sonstigen Leistungen zurückbleibe, sei diese Rechtsauffassung durch das o. g. Urteil des BSG nicht gedeckt. Es sei ersichtlich nicht sachgerecht, wenn die Beklagte zur Ermittlung der klägerischen Überschüsse auf den durchschnittlichen Betriebskostenanteil der Fachgruppe der Radiologen abstelle, da insbesondere der Betriebskostenanteil der konventionellen Radiologen deutlich niedriger liege als derjenige der Radiologen mit CT oder MRT.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. August 2004 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheides vom 5. August 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juni 2000, unter Abänderung des Honorarbescheides vom 4. November 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Juli 2000 und unter Abänderung des Honorarbescheides vom 7. Februar 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. April 2001 zu verpflichten, seine Vergütungsansprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Unter Berufung auf neuere Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 20. Oktober 2004, Az: [B 6 KA 30/03 R](#)) vertritt sie die Auffassung, dass wenn - wie im vorliegend maßgebenden HVM - zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden seien, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdeckten, es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr gebe, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könne. Daher habe das Sozialgericht den Punktwert der Fachgruppe der Radiologen nicht als heranzuziehenden Vergleichspunktwert definieren dürfen. Die gesamte Vergütungssituation sowohl des Klägers als auch der Fachgruppe der Radiologen -

dieser habe das BSG wesentliche Bedeutung beigemessen - stelle sich seit 1998 wie folgt dar:

Erzielte Einnahmen (vor Steuern) lt. Quartalsstatistiken Radiologen Alle niedergelassenen Gebietsärzte (Durchschnitt ohne Lab., Rad., Nukl., Path) Dr. med. Peter Teller Betriebs-kostensatz Honorar minus BK- Betriebs- kostensatz Honorar minus BK- Honorar- Honorar minus BK- 1998 80,30 % 73.965,43 60,50 % 66.898,95 80,30 % 131.889,81 Abweichung Durchschnitt Ä 10,56 % 97,15 % 1999 67.019,32 66.593,17 105.669,21 Abweichung Durchschnitt Ä 0,64 % 58,68 % - KBV Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 1999, 2000, 2001 - Quartal I/1998-IV/1998 Blatt 4 Quartalsauswertung 10.05.2002, Quartal I/1999-IV/2001 Blatt 4 Quartalsauswertung 21.05.2003 - Honorare Dr. Teller

Darüber hinaus sei festzustellen, dass sämtliche fünf im Land Brandenburg auf Großgeräteleistungen spezialisierte Praxen - dies seien Vertragsärzte mit mindestens 2/3 aller Leistungen im Bereich CT/MRT - bei Annahme des gleichen Betriebskostensatzes erheblich höhere Gewinne von Steuern erzielen konnten als ihre Fachkollegen, die ausschließlich konventionelle Radiologie oder beides anbieten. Im Jahr 1998 habe im Honorarfonds Großgeräteleistungen insgesamt Honorar in Höhe von 20,44 Millionen DM für 76 Ärzte/Einrichtungen (ohne Doppelzählung) zur Honorarverteilung zur Verfügung gestanden. Hieraus habe sich eine durchschnittliche Vergütung je Arzt/Einrichtung in Höhe von rund 269.000 DM ergeben. Im Jahr 1999 sei der Honorarfonds Großgeräte bei gleich bleibender Anzahl von Ärzten um 4,5 % auf 21,37 Millionen DM angehoben worden (Vergütung pro Arzt: 281.200,- DM). Für die Folgejahre sei dieser Vergütungsanteil um 1,3 % auf 21,66 Millionen DM (für das Jahr 2000) und um weitere 3,1 % auf dann 22,34 Millionen DM im Jahr 2001 angehoben worden. Entgegen der klägerischen Darstellung sei der Punktwert für Leistungen des Honorarfonds Großgeräte nur einmalig gravierend im Vergleich der Jahre 1998 bzw. 1999 um durchschnittlichen 14 % gesunken, wie folgender Tabelle zu entnehmen sei:

Jahr Punktwert PK Punktwert EK GKV 1/1998 5,2 6,3 2/1998 5,3 6,3 3/1998 5,6 6,6 4/1998 5,6 6,6 &1256; 1998 5,4 6,5 5,8 1/1999 4,5 5,3 2/1999 4,5 5,3 3/1999 4,7 5,5 4/1999 4,4 6,2 &1256; 1999 4,5 5,6 5,0 Vergleich 1998 zu 1999 86 %

Das weitere Absinken des Punktwertes im Jahre 2000 um nochmals 9 % sei entscheidend auf die zum 1. Januar 2000 wirksam werdende Trennung der Gesamtvergütung in den fachärztlichen und hausärztlichen Versorgungsbereich zurückzuführen. Auch habe der Fachgruppe Radiologie insgesamt ein etwa gleich bleibender Gesamtvergütungsbetrag zur Verfügung gestanden.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klagen abgewiesen. Denn die angegriffenen Bescheide erweisen sich als rechtmäßig.

a) Rechtsgrundlage für Honorarverteilungsbestimmungen ist [§ 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#). Danach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Sätze 1-3 SGB V](#)).

Die KVen haben bei der Ausformung des HVM einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist. 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 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen. Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf. Die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen ist daher rechtmäßig. Dabei können Arztgruppen, die - wie z.B. diagnostisch und strahlentherapeutisch tätige Radiologen und Nuklearmediziner - gewisse Ähnlichkeiten aufweisen, getrennt geführt oder zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst werden. 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. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können. Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind. Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind. 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. Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden.

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. Die zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets haben grundsätzlich nichts an der Berechtigung der KVen 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 ([BSGE 94, 50; 93, 258](#), jeweils m.w.N.).

b) Die im Bereich der Beklagten geltenden, hier anzuwendenden HVMe vom 14. Mai 1997, gültig ab 1. Januar 1999, sahen für den Primär- und Ersatzkassenbereich übereinstimmend vor, dass die Gesamtvergütung nach Abzug von Rückstellungen zur Verteilung auf die sog. zentralen Honorarfonds - u.a. für Großgeräteleistungen/Leistungen der Strahlentherapie (§ 4 Abs. 3 Nr. 1 c HVM) - zur Verfügung stand. Der danach verbleibende Teil der Gesamtvergütung wurde auf die Fachgruppenhonorarfonds - ein solcher wurde nach § 4 Abs. 3 Nr. 2 Satz 3 Nr. 12 HVM auch für "Nuklearmediziner/Radiologen" gebildet - aufgeteilt.

Nach § 5 Abs. 4 HVM ergab sich der Honorarfonds für Großgeräteleistungen / Leistungen der Strahlentherapie aus dem auf diese Leistungen im Jahr 1995 entfallenden Anteil an der Gesamtvergütung bereichseigener Ärzte lt. Anlage 1. Der Leistungsbedarf Großgeräteleistungen/ Leistungen der Strahlentherapie für bereichseigene Beteiligte wurde mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des zur Verfügung stehenden Honorarfonds zu den anerkannten Punktzahlen errechnete. Leistungen von Vertragsärzten des Fachgruppenhonorarfonds Nuklearmedizin/Radiologie wurden bis zu einer bestimmten Fall- und Fallpunktzahl mit einem Punktwert von 7,49 DPF. vergütet, der darüber hinaus anerkannte Leistungsbedarf mit dem Punktwert, der sich aus dem Verhältnis des verbleibenden Teils des Honorarfonds zu den anerkannten Punktzahlen errechnete.

Diese Regelungen wandte die Beklagte im Honorarbescheid vom 5. August 1999 - was der Kläger auch nicht in Zweifel zieht - zutreffend an.

c) Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerseite sind die von der Beklagten zur Anwendung gebrachten, das Quartal I/99 betreffenden Honorarverteilungsregelungen rechtmäßig, denn sie stehen nicht in Widerspruch zu den unter a) genannten Anforderungen.

Insbesondere steht der Schaffung des zentralen Honorarfonds Großgeräteleistungen/ Leistungen der Strahlentherapie, aus dem die CT- und MRT-Leistungen vergütet werden, weder entgegen, dass der Kläger diese Leistungen nur auf Überweisung anderer Ärzte erbringen darf und daher nicht steuern kann, noch dass der in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts eingetretene medizinisch-technische Fortschritt den Bedarf an CT-/MRT-Leistungen erheblich erhöht hat bzw. dass MRT-Leistungen und Leistungen der Strahlentherapie aus demselben Honorarfonds vergütet werden.

§ 4 Abs. 3 Nr. 1 c i.V.m. § 5 Abs. 4 HVM ist auch nicht deswegen rechtswidrig, weil der Kläger seinen Angaben zufolge MRT-Leistungen nicht kostendeckend erbringen kann. Auf die Behauptung der nicht kostendeckenden Honorierung bestimmter Leistungen kann es schon deshalb nicht ankommen, weil die Kostendeckung von einer Vielzahl von Faktoren abhängt, von denen einige von den Vertragsärzten selbst zu beeinflussen sind (z.B. die Kostenstruktur und der Standort der Praxis, die Qualität des Dienstleistungsangebotes u.a.); daraus folgt, dass sich die Frage, ob für eine Leistung eine kostendeckende Vergütung zu erzielen ist, einer generellen Beantwortung entzieht, da es von individuell beeinflussbaren Faktoren abhängt, ob eine bestimmte Einzelleistung kostendeckend zu erbringen ist oder nicht. Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung liegt insgesamt eine "Mischkalkulation" zugrunde. Dies bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nämlich, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, der in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken ([BSGE 88, 20](#); BSG SozR 5530 Allg. Nr. 1 (Bewertung von Strahlenbehandlung); [BSGE 75, 187](#) (Bewertung konventioneller Röntgendiagnostik); [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#) S 228 (Punktwert bei radiologischen Leistungen)). Dieser Grundsatz stellt keine Eigentümlichkeit des Vertragsarztrechts dar, sondern gilt z. B. gleichermaßen im Bereich der stationären Versorgung; auch dort können die Krankenhäuser innerhalb der medizinischen Standardversorgung den Umfang ihrer (durch den Pflegesatz abgegoltenen) Leistungen nicht frei bestimmen, sondern müssen unabhängig davon, ob Leistungen im Einzelfall für sie finanziell lukrativ sind oder nicht, alle medizinisch notwendigen Leistungen entweder selbst für die Versorgung der Versicherten bereitstellen oder sich diese sonst auf ihre Kosten beschaffen ([BSGE 88, 20](#) m.w.N.).

Unerheblich ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Kläger ganz überwiegend MRT-Leistungen erbrachte. Denn spezialisiert sich ein Arzt - hierauf weist die Beklagte zu Recht hin - innerhalb seines Gebietes oder Teilgebietes auf wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl von Leistungen nicht mehr möglich ist, so muss er das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen Spezialpraxis tragen (BSG SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1).

d) Dem Kläger steht auch nicht wegen des bei den Großgeräteleistungen zu verzeichnenden Punktwerteabfalls bzw. wegen der Punktwertdifferenz gegenüber anderen Leistungen ein Anspruch auf höheres Honorar zu und zwar weder unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung (hierzu unter aa), noch unter demjenigen eines gravierend dauerhaften Punktwertabfalls (hierzu unter bb), noch unter dem Gesichtspunkt einer erheblichen Leistungsausweitung in Folge medizinisch-technischen Fortschritts bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern zugeordnet sind (hierzu unter cc).

Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) umfasst grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit ([BVerfGE 88, 145](#), 159; [101, 331](#), 346) 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. 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 KVen und die Krankenkassenverbände 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 anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und zum anderen für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die u. U. 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. Die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung ist vorrangig den Kompetenzen von Bewertungsausschuss ([§ 87 SGB V](#) - Bestimmung von Inhalt und Punktzahlen der abrechenbaren Leistungen), Gesamtvertragsparteien ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#) - Bemessung der Gesamtvergütungen) und KVen ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#) - Verteilung der Gesamtvergütungen) überantwortet ([BSGE 93, 258](#)).

aa) Der danach erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig (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 (BSG a.a.O., ständige Rechtsprechung).

Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die vom Kläger angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der CT-/MRT-Leistungen gefährdet haben könnten, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte Praxis mit dem Schwerpunkt auf CT-/MRT-Leistungen im Bereich der Beklagten insolvent geworden wäre, noch ergibt sich aus den o. g. Einkommensstatistiken, dass die Einnahme-/ Ausgabesituation für solche Radiologen problematisch geworden sein könnte.

Nach den von der Beklagten in das Verfahren eingeführten Statistiken überstiegen in den Jahren 1998 und 1999 im vertragsärztlichen Bereich die durchschnittlichen Gewinne in der Fachgruppe der Radiologen diejenigen aller niedergelassenen Gebietsärzte (ohne Laborärzte, Radiologen, Nuklearmediziner und Pathologen) um 10,56 % (73.965,43 Euro gegenüber 66.898,95 Euro) im Jahre 1998 und 0,64 % (67.019,32 Euro gegenüber 66.593,17 Euro) im Jahre 1999. Damit waren nicht nur die im EBM vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von unter 70.000,00 Euro je Arzt (vgl. BSG a.a.O.) annähernd erreicht. Vielmehr übertrafen diese durchschnittlichen Gewinne der Radiologen in Brandenburg auch diejenigen ihrer Kollegen im KV-Bezirk Süd-Württemberg (dort: 62.188 Euro im Jahre 1998, 66.545,00 Euro im Jahre 1999, die Zahlen sind dem o. g. Urteil des BSG entnommen), so dass auch der Einwand der Klägerseite entkräftet ist, die von der KBV ermittelten, von der Beklagten herangezogenen Betriebskostensätze von 80,3 % bzw. 81,8 % in den hier betrachtenden Jahren dürften in den neuen Bundesländern wegen der erheblichen ungünstigeren Kostenstruktur auf die dort niedergelassenen Radiologen nicht angewandt werden. Demgegenüber erzielte der Kläger im vertragsärztlichen Bereich - verglichen mit seiner Fachgruppe - weit überdurchschnittliche Gewinne (97,15 % im Jahre 1998, 58,68 % im Jahre 1999). Die Gefahr einer zur Existenzbedrohung führenden Vergütung bestand somit nicht.

Angesichts dieser Gesamtsituation, die für die hier maßgeblichen Zeiträume keinen Ansatzpunkt für einen Anspruch auf höheres Honorar unter dem Gesichtspunkt mangelnden Anreizes für die vertragsärztliche Tätigkeit mit der Folge einer Versorgungsgefährdung gibt, bedarf es auch keiner Ermittlung oder Beweiserhebung darüber, ob CT-/MRT-Leistungen erst bei einem bestimmten Punktwert kostendeckend erbracht werden können (vgl. BSG a.a.O.).

bb) Ein Anspruch auf höheres Honorar ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt, dass die Unterschiede zu anderen Punktwerten zu groß geworden seien. Weder war der Fall eines dauerhaft gravierenden Punktwertabfalls im Sinne der Rechtsprechung des BSG gegeben noch bestand ein anderer rechtlich zwingender Anlass zu einer Punktwertkorrektur.

Nach der Rechtsprechung des BSG ([BSGE 83, 1](#)) - ergangen zu dem Fall eines Honorartopfes für CT-/MRT-Leistungen - besteht eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht derart, dass die KV zu regelmäßiger Überprüfung der Honorar- und Punktwertentwicklung verpflichtet ist und im Falle eines gravierenden Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen u. U. stützend eingreifen muss. Voraussetzung ist, dass ein dauerhafter Punktwertabfall vorliegen und die Arztgruppe in einem vom Umsatz her wesentlichen Leistungsbereich betroffen sein muss, dass die zum Punktwertverfall führende Mengenausweitung nicht von der betroffenen Arztgruppe mit zu verantworten ist sowie dass der Honorarrückgang nicht durch Rationalisierungseffekte auf Grund von Mengensteigerungen und/oder beim Kostenfaktor kompensiert wird. Ein gravierender Punktverfall ist erst dann gegeben, wenn der Punktwert für die aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen mindestens 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt (BSG a.a.O.).

Die Anwendung dieser Grundsätze vermag für den Kläger keinen Anspruch auf höheres Honorar zu begründen. Ein Absinken des Punktwertes auf 15 % unter denjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen kann nicht festgestellt werden. Dieses in der Rechtsprechung des BSG zunächst herausgearbeitete Kriterium passt auf Honorarverteilungsregelungen der hier zu beurteilenden Art nicht. Sind wie im vorliegend maßgebenden HVM zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so gibt es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte (BSG a.a.O.).

Als ersatzweise heranzuziehende Vergleichsbasis eignet sich auch keiner der sonstigen im Rahmen der Honorarverteilung dieses Quartals angewandten Punktwerte. Die Punktwerte, die auf der Grundlage der durch die EBM-Budgetierungen gekürzten Punktmengen errechnet wurde - und dadurch "künstlich erhöht" waren -, bilden schon deswegen keine brauchbare Vergleichsbasis, weil vorliegend Leistungen im nicht-budgetierten Bereich betroffen sind. Als Maßstab für die Feststellung eines um 15 % abgesunkenen Punktwerts eignet sich aber auch nicht der durchschnittliche Punktwert der nicht-budgetierten Leistungen, weil dieser nur einen verhältnismäßig kleinen Teil aller Leistungen erfassen würde (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr. 2](#) RdNr. 6: ca. 20 %), also kaum als repräsentativ angesehen werden kann (vgl. [BSGE 93, 258](#)).

Darüber hinaus kann die Frage, ob aus dem Punktwertverfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der KV zur Korrektur der Honorarverteilung folgt, nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zuzuordnenden Honorarkontingente bzw. der daraus resultierenden Punktwerte und Honorarbeträge, ermittelt werden. Das beruht darauf, dass sich der Anspruch eines Vertragsarztes auf Honorarteilhabe aus [§ 72 Abs. 1 Satz 2](#) i.V.m. [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) unter der Geltung begrenzter Gesamtvergütungen erst durch sämtliche, einem bestimmten Leistungsbereich zuzuordnende Honorarkontingente und die für diese Honorarkontingente berechneten Verteilungspunktwerte zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch konkretisiert. Die isolierte Betrachtung einzelner Honorarkontingente und der dafür auszahlenden Punktwerte hingegen kann die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Arztgruppe für deren vertragsärztliche Leistungen regelmäßig nur unzureichend widerspiegeln. Demgemäß ist bei der Prüfung, ob eine Stützungspflicht der KVen gegeben sein könnte, entscheidend auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte einer Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abzustellen (BSG vom 29. August 2007, Az.: [B 6 KA 43/06 B](#) - veröffentlicht in *Juris - m.w.N.*) Unter Beachtung dieser Prämissen waren die Voraussetzungen für eine Reaktionspflicht der Beklagten in den streitbefangenen Quartalen nicht gegeben.

cc) Unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ist aber zu berücksichtigen, dass die KV bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern - aber mit einem relevanten Leistungsbereich - zugeordnet und der zudem in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist, eine gesteigerte Beobachtungspflicht trifft. Zeigt sich hier eine dauerhafte Steigerung der Leistungsmenge und zugleich ein dauerhafter Punktwertabfall bis deutlich unter andere vergleichbare Durchschnittspunktwerte, ohne dass dies von den Betroffenen selbst zu verantworten ist, so ist darauf durch angemessene Erhöhung des Honorarkontingents zu reagieren (BSG a.a.O.).

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall bereits deswegen nicht erfüllt, weil nach den von der Beklagten in den Rechtsstreit eingeführten Daten im streitgegenständlichen Jahr 1999 94 Vertragsärzte (incl. Doppelzahlungen) aus dem Honorarfonds Großgeräte vergütet wurden, von einer nur geringen Zahl an aus diesem Honorarfonds vergüteten Leistungserbringern somit nicht die Rede sein kann.

e) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Hs. SGG i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreites.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-11-24