

L 7 KA 81/06

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

7

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 83 KA 45/01

Datum

15.02.2006

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 7 KA 81/06

Datum

02.06.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 15. Februar 2006 wird zurückgewiesen. Die Kläger tragen auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe ärztlichen Honorars für die Quartale II/1999 und III/1999.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Neuroradiologie, gebildet von dem Arzt Dr. R und der Ärztin S. Sie ist zur vertragsärztlichen Versorgung und zur Abrechnung von Leistungen der Magnetfeld-Resonanz-Tomographie (MRT) zugelassen und erbringt ausschließlich MRT-Leistungen.

Der Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten sah seit dem 1. Juli 1997 in § 10 Abs. 1 die Verteilung der Gesamtvergütung mit einem haus- und einem fachärztlichen Teil vor. Der fachärztliche Teil enthielt ein Teilbudget für Radiologie/Nuklearmedizin (§ 10 Abs. 1 Nr. 2, Pkt. 2.15). Gemäß § 10 Abs. 5 durfte in diesem Teilbudget der Punktwert 7,0 DPf. nicht unterschreiten; diese Stützungsregelung wurde mit dem ab 1. Oktober 1998 geltenden HVM fallengelassen. Ab dem 1. Januar 1999 wurde ein Teilbudget für Radiologen/Strahlentherapeuten/Nuklearmediziner mit jeweiligen Fachgruppenunterbudgets gebildet (§ 10 Abs. 11 Nr. 2.1, § 10 a Abs. 2). Mit Wirkung vom 1. April 1999 wurde aus dem Budget der Radiologen sodann ein Unterbudget für Leistungen des EBM-Abschnitts R (MRT-Leistungen) ausgegliedert; die Bildung dieses MRT-Unterbudgets erfolgte auf der Basis der Honoraranteile des ersten Halbjahres 1998 (§ 10 Abs. 13). Eine Regelung zur etwaigen Stützung des Punktwerts im MRT-Unterbudget enthielt der HVM für die Quartale II und III/1999 nicht. Erst ab dem Quartal I/2000 sah der HVM in § 10 C Abs. 6 wieder eine Stützung des Punktwerts vor, nunmehr auf einen Wert von 15 Prozent unterhalb des rechnerischen Mischpunktwerts des fachärztlichen Vergütungsanteils.

Die Anzahl der MRT-Geräte in Arztpraxen im Bezirk der Beklagten stieg von 11 Anfang 1998 auf 19 Anfang 1999 und auf 23 Anfang 2001.

Für die Quartale II/1999 und III/1999 rechnete die Klägerin folgende Punktmengen ab, die durch Honorarbescheide der Beklagten aus dem Unterbudget für MRT-Leistungen in folgender Höhe entgolten wurden:

Quartal II / 1999 Quartal III / 1999 Primärkassen Ersatzkassen Primärkassen Ersatzkassen Abgerechnete Punkte 3.490.007,4 3.445.001,4
3.482.678,8 3.542.132,2 Punktwert für MRT-Leistungen 3,124 DPf. 4,685 DPf. 2,897 DPf. 4,172 DPf. Durchschnittlicher Punktwert aller
Fachgruppen ohne MRT-Leistungen

5,125 DPf.

6,950 DPf.

5,180 DPf.

6,260 DPf. Honorar 109.027,87 DM 161.398,29 DM 105.980,60 DM 152.306,73 DM

Der durchschnittliche Punktwert aller Fachgruppen bzw. der Punktwert für radiologische Leistungen betrug demgegenüber im selben Zeitraum:

Quartal II / 1999 Quartal III / 1999 Primärkassen Ersatzkassen Primärkassen Ersatzkassen Durchschnittlicher Punktwert aller Fachgruppen 5,125 DPf. 6,950 DPf. 5,180 DPf. 6,260 DPf. Punktwert für radiologische Leistungen 4,720 DPf. 6,801 DPf. 5,032 DPf. 6,782 DPf.

Mit ihren gegen die Honorarbescheide für die Quartale II und III/1999 erhobenen Widersprüchen machte die Klägerin geltend, der von der Beklagten gebildete MRT-Topf sei nur unzureichend mit finanziellen Mitteln ausgestattet, was der Punktwertverfall belege. Die Vergütung dürfe nicht um mehr als 15 Prozent hinter derjenigen anderer Facharztgruppen zurückbleiben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. Januar 2001 wies die Beklagte die Widersprüche zurück und führte zur Begründung im Wesentlichen aus: Der Punktwert für MRT-Leistungen in den beiden streitigen Quartalen sei rechtlich nicht zu beanstanden; die Bildung leistungsbezogener Honorartöpfe zu Steuerungszwecken sei statthaft. Die Vertreterversammlung der KV Berlin habe auf Grundlage einer entsprechenden Empfehlung des Berliner Berufsverbandes der Radiologen beschlossen, MRT-Leistungen mit Wirkung vom 1. April 1999 aus dem Teilbudget für Radiologen auszugliedern; dies diene dem Schutz der konventionell tätigen Radiologen vor den zahlenmäßig stark expandierenden MRT-Betreibern. Das so entstandene Unterbudget sei auf der Basis der Honoraranteile des ersten Halbjahres 1998 gebildet worden. Dabei sei maßgeblich gewesen, dass bei den MRT-Leistungen ein kontinuierlicher Anstieg vom Quartal I/1997 bis zum Quartal IV/1998 zu verzeichnen gewesen sei, nämlich von 44.544.774 Punkten auf 79.455.256 Punkte. Die konventionelle Röntgendiagnostik habe demgegenüber gleich bleibend bei durchschnittlich 204.000.000 Punkten pro Quartal gelegen; eine fortschrittsbezogene Verlagerung von der Röntgendiagnostik hin zur Magnetfeld-Resonanz-Tomographie sei damit nicht erkennbar gewesen. Für die streitigen Quartale II/1999 und III/1999 sei nochmals eine erhebliche Steigerung der Punktanforderungen auf 138.197.797,5 bzw. 140.159.593,2 zu beobachten. Gleichzeitig sei auch der Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik erneut gewachsen (311.700.238,5 bzw. 276.050.564 Punkte). Eine morbiditätsbedingte Erklärung gebe es hierfür nicht; vielmehr müsse angenommen werden, dass bei denselben Patienten sowohl konventionelle Röntgendiagnostik als auch MRT-Diagnostik zur Anwendung gekommen seien. Mit der stark ansteigenden Anzahl von MRT-Geräten in Arztpraxen hätten auch die Leistungen der Kernspintomographie entsprechend zugenommen. Trotz des gesunkenen Punktwerts sei die Versorgung der Versicherten mit kernspintomographischen Leistungen nicht gefährdet. Die Steuerung über den Punktwert sei erforderlich geworden, weil weitere Großgeräteinstallationen nicht zwingend zu medizinisch gerechtfertigten Mengenausweitungen führten, zumal bei Leistungen, die der Überweisung anderer Ärzte bedürften. Die Unterschreitung des Punktwerts um mehr als 15 Prozent gegenüber dem größten Teil der sonstigen Leistungen sei unerheblich. Die im Jahre 1997 eingeführten Praxisbudgets hätten zu einer Punktwertstabilisierung bei den budgetierten Fachgruppen geführt, während bei den Fachgruppen ohne Praxisbudget der Punktwert floate. Gegenüber den konventionellen Radiologen stehe die Klägerin in den streitigen Quartalen sehr gut da:

Quartal II / 1999 Quartal III / 1999 Radiologen Klägerin Radiologen Klägerin Behandlungsfälle 2.170 1.349 1.864 1.360 Punktanforderung 2.241.610 7.024.718,8 2.031.760 7.141.560,8 Punkte pro Fall 1.033 5.207 1.090 5.251 Gesamthonorar pro Fall ca. 60 bis 65 DM 205,97 DM ca. 60 bis 65 DM 189,92 DM Gesamtumsatz 120.000 bis 130.000 DM 277.858,09 DM 120.000 bis 130.000 DM 258.287,33 DM Verbleib nach Abzug von 80 Prozent Praxiskosten 24.000 bis 26.000 DM 55.571,82 DM 24.000 bis 26.000 DM 51.657,70 DM Mit ihrer hiergegen erhobenen Klage hat die Klägerin geltend gemacht: Obwohl der Punktwertverfall seit 1997 absehbar gewesen sei, habe das Unterbudget für MRT-Leistungen keine Regelung zur Punktwertstützung enthalten. Die Auffassung der Beklagten, die Leistungsmengenentwicklung bei den MRT-Leistungen sei nicht dem medizinischen Fortschritt geschuldet, sei unhaltbar. Die dem Schutz der übrigen Fachgruppen dienende Topfbildung führe zu einem eklatant abweichenden Punktwert. Die Leistungsmengenentwicklung dürfe nicht nur den Leistungserbringern aufgebürdet werden, denn diese würden nur auf Überweisung hin tätig, zudem sei die pro Patient abrechenbare Punktzahl durch den EBM begrenzt. Damit bestehe kein Grund, die Überweiser vor den Folgen der von ihnen in Auftrag gegebenen Leistungsmengenentwicklung zu schützen. Mit einem Punktwertverfall auf bis zu 44 Prozent unter den durchschnittlichen fachärztlichen Punktwert sei sowohl die klägerische Praxis als auch die MRT-Versorgung insgesamt gefährdet. Unzutreffend setze die Beklagte für die Praxiskosten auch nur 80 Prozent an; zutreffend sei ein Kostensatz von 85,7 Prozent gegenüber etwa 77,3 Prozent bei konventionellen Radiologen. Während sich der Gesamtumsatz für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung im Quartal II/1999 auf 277.858,09 DM belaufen habe, hätten die tatsächlichen Betriebskosten 311.400 DM betragen, mithin liege eine Unterdeckung von 33.541,91 DM vor.

Mit Urteil vom 15. Februar 2006 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Die Ausgliederung der MRT-Leistungen aus dem Fachgruppenbudget der Radiologen sei zulässig gewesen. Den Anteil an der Gesamtvergütung, mit dem das Unterbudget ausgestattet worden sei, habe die Beklagte anhand der Zahlen des ersten Halbjahres 1998 fehlerfrei bemessen. Eine Stützung des Punktwerts habe das Unterbudget für MRT-Leistungen für das Jahr 1999 noch nicht vorsehen müssen, da gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit erst verstoßen sei, wenn der Punktwert einzelner Fachgruppen dauerhaft um mehr als 15 Prozent niedriger sei als derjenige für die meisten Leistungen vergleichbarer Arztgruppen. Mit Einführung des leistungsbezogenen Unterbudgets habe die Beklagte das Ziel verfolgen dürfen, die Leistungsmengenausweitung im MRT-Bereich und den Punktwertverfall für radiologische Leistungen insgesamt zu stoppen. Im Rahmen ihrer Beobachtungspflicht habe sie sodann abwarten dürfen, ob das Ziel erreicht würde. Im Rahmen ihrer Reaktionspflicht habe die Beklagte schon ab dem ersten Quartal 2000 eine Stützungsregelung eingeführt, nachdem sich gezeigt habe, dass der MRT-Punktwert sich dauerhaft deutlich unter der 15 %-Grenze bewege. Die Honorierung zu einem bestimmten, gegebenenfalls kostendeckenden Punktwert könne die Klägerin nicht beanspruchen, denn es sei nichts dafür ersichtlich, dass es aufgrund zu geringer Vergütung zu einer Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung im MRT-Bereich gekommen sei. Vielmehr sei im streitigen Zeitraum sogar eine nennenswerte Zahl weiterer MRT-Praxen eröffnet worden.

Gegen das ihr am 16. März 2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 18. April 2006 (Dienstag nach Ostern) Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor: Der grundrechtlich gewährleistete Anspruch auf Honorarverteilungsgerechtigkeit sei in den streitigen Quartalen verletzt; es sei zu einer bewussten Schlechterstellung einer kleinen Arztgruppe gekommen. Die Ungerechtigkeit der im Jahre 1999 geltenden Regelung habe die Beklagte eingestanden, indem sie ab dem Jahr 2000 eine Punktwertstützung vorgesehen habe. Die Entwicklung der Leistungsmenge in Gestalt einer Ausweitung aufgrund medizinischen Fortschritts sei von vornherein absehbar gewesen, weshalb eine Punktwertstützung von vornherein notwendig gewesen sei. Eine für Erprobungsregelungen typische Unsicherheit habe nicht bestanden. Die Vermutung der Beklagten, die Leistungsmengenausweitung beruhe zu einem Teil auf medizinisch nicht indizierten Leistungen, entbehre jeder Grundlage.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 15. Februar 2006 aufzuheben, die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II/1999 und

III/1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Januar 2001 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, das Honorar der Klägerin für die genannten Quartale unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und führt ergänzend aus: Für die hier streitigen Quartale sei ihr Überlegungs- und Reaktionszeit zuzubilligen. Schon zum ersten Quartal 2000 sei mit § 10 C Abs. 6 eine Regelung in den HVM aufgenommen worden, wonach die Punktwerte für die radiologischen und für die MRT-Leistungen zu stützen seien, falls sie um mehr als 15 Prozent unter dem durchschnittlichen Punktwert im fachärztlichen Bereich vor Budgetierung lägen. Für die streitigen Quartale habe ein gesonderter Honorartopf zunächst ohne Stützungsverpflichtung gebildet werden dürfen. Auf die konkrete Vorhersehbarkeit eines weiteren Punktwertabfalls im Laufe des Jahres 1999 komme es nicht an. Maßgeblich sei nur, ob der Punktwertverfall erheblich und dauerhaft sei. Letzteres sei zu verneinen.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die angegriffenen Honorarbescheide erweisen sich als rechtmäßig.

1. Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist für das zweite und dritte Quartal 1999 [§ 85 Abs. 4](#) des SGB V in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheitsreformgesetzes vom 20. Dezember 1998 (BGBl. I 2477). Danach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Gesamtvergütung an die Vertragsärzte (Satz 1). Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) an (Satz 2). Die Honorarverteilung muss sich an Art und Umfang der Leistungen orientieren (Satz 3). Des Weiteren soll eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet werden und es kann ferner eine unterschiedliche Verteilung nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten erfolgen (Sätze 5 und 8).

2. Das Bundessozialgericht hat wiederholt entschieden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen 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. 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](#) Grundgesetz (GG) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssten. Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf (vgl. nur Urteil vom 20. Oktober 2004, [B 6 KA 31/03 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 19).

Die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen ist daher grundsätzlich rechtmäßig (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 9. Juli 2008, [L 7 KA 16/04-25](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 38 [Radiologen in Brandenburg, Honorarverteilung 2000]). 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.

3. Die im Tatbestand dargestellten HVM-Regelungen mit der Folge eines eigenständigen, im streitigen Zeitraum "ungestützten" Punktwerts für MRT-Leistungen sind entgegen der Ansicht der Klägerin nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf höhere Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen in den Quartalen II und III/1999, die ausschließlich in Gestalt der Magnetfeld-Resonanz-Tomographie erbracht wurden. Die Regelungen im HVM entsprechen den von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgestellten, oben dargelegten Rechtsgrundsätzen. Die Beklagte hat den ihr bei der Ausgestaltung ihres HVM zustehenden Normsetzungsspielraum nicht überschritten. Insbesondere steht der Schaffung des Unterbudgets "MRT" weder entgegen, dass die Klägerin diese Leistungen nur auf Überweisung anderer Ärzte erbringen darf und daher nicht steuern kann (vgl. hierzu Bundessozialgericht, Urteil vom 9. September 1998, [B 6 KA 55/97 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 14), noch dass der in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts eingetretene medizinisch-technische Fortschritt den Bedarf an CT-/MRT-Leistungen erheblich erhöht hat (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 9. Juli 2008, [a.a.O.](#), Rdnr. 49).

Der Klägerin steht auch nicht wegen des bei den MRT-Leistungen 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 unten a) noch unter demjenigen eines gravierenden dauerhaften Punktwertabfalls (hierzu unten b).

a) Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1 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 Kassenärztlichen Vereinigungen 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 Kassenärztlichen Vereinigungen ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#) - Verteilung der Gesamtvergütungen) überantwortet (Bundessozialgericht, Urteil vom 20. Oktober 2004, [B 6 KA 30/03 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 27).

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 (Bundessozialgericht, a.a.O., Rdnr. 28).

Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die von der Klägerin angeführten Honorarrückgänge in den beiden streitigen Quartalen die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der MRT-Leistungen gefährdet haben könnten, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte Praxis mit dem Schwerpunkt auf MRT-Leistungen im Bereich der Beklagten insolvent geworden wäre, noch ist ersichtlich, dass die Einnahme-/ Ausgabesituation für solche Radiologen nachhaltig problematisch geworden sein könnte.

Vielmehr dürfte das Gegenteil der Fall sein, denn in den Jahren 1998 bis 2000 stieg die Anzahl der MRT-Geräte in Arztpraxen sogar von 11 auf 23, was – trotz sinkender Punktwerte und fehlender Stützungsmaßnahmen in den Quartalen IV/1998 bis IV/1999 – sogar auf eine Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der MRT-Leistungen im hier relevanten Zeitraum hindeutet. Angesichts dieser Gesamtsituation, die für die hier streitigen Quartale keinen Ansatzpunkt für einen Anspruch auf höheres Honorar unter dem Gesichtspunkt mangelnden Anreizes für die vertragsärztliche Tätigkeit mit der Folge einer Versorgungsgefährdung gibt, musste der Senat auch keine weiteren Ermittlungen darüber anstellen, ob MRT-Leistungen erst bei einem bestimmten Punktwert kostendeckend erbracht werden können (vgl. Bundessozialgericht, a.a.O., Rdnr. 29).

b) 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 Bundessozialgerichts gegeben noch bestand ein anderer rechtlich zwingender Anlass zu einer Punktwertkorrektur.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 9. September 1998, [B 6 KA 55/97 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr.17) - ergangen zu dem Fall eines Honorartopfes für CT-/MRT-Leistungen - besteht eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht derart, dass die Kassenärztliche Vereinigung zu regelmäßiger Überprüfung der Honorar- und Punktwertentwicklung verpflichtet ist und im Falle eines gravierenden Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen gegebenenfalls 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 Punktwertverfall ist erst dann gegeben, wenn der Punktwert für die aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen mindestens 15 Prozent unter denjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt (Bundessozialgericht, a.a.O.).

Die Anwendung dieser Grundsätze vermag für die Klägerin keinen Anspruch auf höheres Honorar zu begründen. Zwar kann für die beiden streitigen Quartale II und III/1999 ein Absinken des Punktwertes auf mehr als 15 Prozent unter denjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen festgestellt werden. Eine Reaktionspflicht schon in Bezug auf diese Quartale ist jedoch zu verneinen, weil sie einen Punktwertabfall von einer gewissen Dauerhaftigkeit voraussetzt. Dies kann im Regelfall frühestens nach Vorliegen der Daten aus mindestens zwei Quartalen angenommen werden (so Bundessozialgericht, Urteil vom 22. Juni 2005, [B 6 KA 5/04 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 32). Somit könnte, ausgehend von der Bildung des Unterbudgets für MRT Leistungen zum 1. April 1999, ein etwaiger Punktwertabfall erst nach Vorliegen der Daten aus den beiden Quartalen II und III/1999, mithin erst gegen Ende des Quartals IV/1999, als dauerhaft anzusehen sein. Daraus konnte sich eine Handlungspflicht also frühestens für das Quartal I/2000 ergeben können, der die Beklagte auch entsprochen hat, indem sie von da an (wieder) Stützungsmaßnahmen vorgesehen hat, in der Einsicht, dass die Bildung eines Unterbudgets für MRT-Leistungen ab dem zweiten Quartal 1999 keinen Einfluss auf die Leistungsmengenausweitung hatte und der Punktwert weiter verfiel.

Die Beklagte hat damit ihre Beobachtungs- und Reaktionspflicht geradezu modellhaft erfüllt: Unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ist nämlich zu berücksichtigen, dass eine Kassenärztliche Vereinigung bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern 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 (Bundessozialgericht, Urteil vom 20. Oktober 2004, [B 6 KA 30/03 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 37).

Unabhängig von der Frage, ob für die streitigen Quartale, in denen es im Bezirk der Beklagten ca. 20 MRT-Geräte in vertragsärztlichen Praxen gab, von einer "nur geringen Zahl" aus diesem Honorarfonds vergüteter Leistungserbringer die Rede sein kann, bleibt es dabei, dass die Beklagte zunächst das billigenswerte Ziel verfolgt hat, die MRT-Leistungen vergütungstechnisch auszugliedern, um so die Leistungsmenge zu steuern, dann aber ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht gerecht geworden ist, indem sie für die Zeit ab dem ersten Quartal 2000 Stützungsmaßnahmen vorsah.

Danach hat die Klägerin unter keinem denkbaren Gesichtspunkt einen Anspruch auf höhere Vergütung für die Quartale II und III/1999.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Hs. SGG i.V.m. [§ 154 Abs. 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

2010-09-15