

## L 12 KA 120/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 43 KA 9015/00

Datum

17.04.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 120/02

Datum

08.06.2005

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 17. April 2002 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um die Höhe der Honorare für strahlentherapeutische Leistungen in den Quartalen 2/99 bis 4/99 nach Maßgabe des damals geltenden Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Beklagten.

Der Kläger ist Facharzt für Strahlentherapie und für radiologische Diagnostik. In seiner Eigenschaft als Oberarzt der Radiologischen Abteilung am Klinikum K. ist er seit 1994 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für strahlentherapeutische Leistungen ermächtigt.

Mit Honorarbescheid vom 15. November 1999 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 2/99 in Höhe von 375.608,59 DM fest. Dieser hat dagegen Widerspruch eingelegt mit der Begründung, der HVM gewährleiste keine wirtschaftliche Basis mehr für die Strahlentherapie an der dortigen Klinik.

Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28. November 2000 zurückgewiesen. Nach dem ab dem Quartal 2/99 geltenden HVM sei die Gesamtvergütung auf einzelne Honorarfonds aufgeteilt worden. Der größte Honorarfonds "sonstige Leistungen" sei wiederum unterteilt worden in Fachgruppentöpfe, darunter ein Honorarfonds, aus dem die Radiologen und auch die Strahlentherapeuten vergütet wurden. Die Füllung der einzelnen Honorartöpfe sei mit dem Anteil an der Gesamtvergütung erfolgt, der dem durchschnittlichen Anteil in der Zeit vom 1. Quartal 1996 bis 3. Quartal 1997 entsprochen habe. Innerhalb des Honorarfonds der Radiologen habe es eine Punktzahlbegrenzung gegeben, die sich aus der Fallzahl des Arztes und einer am Alter der Patienten orientierten Fallpunktzahl errechnete. Ferner habe der HVM eine Stützungsregelung enthalten zugunsten von Ärzten, die keine Großgeräteleistungen (CT und MRT) erbrachten, zu Lasten der diese Leistungen erbringenden Großgerätepraxen. Diese Form der Honorar Ausschüttung verstoße nicht gegen das Grundgesetz (GG) und stehe im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG).

Auch in den Folgequartalen 3 und 4/99 hat der Kläger gegen seine Honorarbescheide Widerspruch eingelegt, die mit Widerspruchsbescheiden vom 28. November 2002 mit der gleichen Begründung zurückgewiesen wurden wie im Vorquartal 2/99.

Der Kläger hat in allen drei Quartalen Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben. Im Zuge des Rechtsstreits hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 10. Mai 2001 mitgeteilt, dem Kläger sei mit Bescheid vom 19. August 1999 eine Ausnahme von der Punktzahlbegrenzung ab dem 1. Quartal 1999 gewährt worden. Außerdem habe man den Kläger, der ursprünglich den "Großgeräte radiologen" zugeordnet worden sei, nach einem Beschluss des Ausschusses HVM-Radiologie bezüglich der Honorarverteilung der Gruppe der konventionell tätigen Radiologen zugeordnet, weil er von den Großgeräteleistungen nur die Nr.5221 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechnet habe. Dadurch habe sich im Quartal 2/99 eine Nachvergütung in Höhe von 29.142,86 DM ergeben. Im Quartal 3/99 seien es 33.855,85 DM und im Quartal 4/99 36.708,71 DM gewesen.

Die Bevollmächtigten des Klägers haben ihre Klagebegründung im wesentlichen auf zwei Argumente gestützt: 1. Die Einbeziehung der Strahlentherapie in den radiologischen Honorartopf sei nicht gerechtfertigt, weil die Strahlentherapie einerseits und die radiologische Diagnostik andererseits zwei mittlerweile völlig getrennt voneinander zu beurteilende Leistungsbereiche seien, sodass insbesondere

etwaige Mengenentwicklungen in einem der beiden Leistungsbereiche nicht zu Lasten des anderen gehen könnten. 2. die Befüllung des Radiologentopfes auf der Basis der Jahre 1996 und 1997 sei nicht ausreichend.

Zu Ziff.1 führen sie aus, die Strahlentherapie sei seit 1988 ein selbständiges Fachgebiet und werde nur von einer kleinen Anzahl entsprechend qualifizierter Ärzte erbracht. Es handle sich dabei um etwa 25 ermächtigte Chefärzte, einige wenige niedergelassene Praxen, die strahlentherapeutische Leistungen erbrächten, sowie einzelne fachübergreifend radiologisch- strahlentherapeutische Praxen. Insgesamt seien es etwa 30 strahlentherapeutisch tätige Ärzte, die mit etwa 400 nicht strahlentherapeutisch tätigen Radiologen zusammengefasst worden seien. Während die Strahlentherapie früher mit Telekobaltgeräten erfolgt sei, verwende man heute Linearbeschleuniger. Die Kosten für eine Praxisneueinrichtung lägen bei etwa 7,5 Mio. DM. Während es sich bei Diagnostikern zumeist um einmalige Untersuchungen auf Zielauftrag hin handele, erfolge bei den Strahlentherapeuten oft eine mehrwöchige Bestrahlungsbehandlung von Krebspatienten. Es bestehe keine Möglichkeit der Leistungsausweitung. Auch die ursprünglich aus dem Radiologentopf vergüteten Nuklearmediziner seien aus diesem herausgenommen worden.

Zu Ziff.2 wird ausgeführt, die Jahre 1996 und 1997 seien als Aufsetzzeitraum für die Dotierung des Radiologentopfes ungeeignet wegen der irregulären Verhältnisse in den ersten drei Quartalen des Jahres 1996 infolge der Einführung des EBM 96 zum 01.01.1996. Sachgerecht sei die im ersten Quartal des Jahres 1999 vorgenommene Orientierung am Quartal 4/96. Mit dem Quartal 2/99 sei im Radiologentopf ein erheblicher Punktwertverfall eingetreten, der mit [Art.3 GG](#) und dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar sei.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 07.02.2002 ausgeführt, etwa 95 % der Leistungen der Strahlentherapie seien in den Quartalen 2 und 3/99 von dem Honorarfonds "Radiologen" zugeordneten Praxen erbracht worden. Es habe sich um 52 Praxen mit 98 Ärzten (2/99) bzw. 56 Praxen mit 110 Ärzten (3/99) gehandelt. Etwa 88 % der strahlentherapeutischen Leistungen, die aus diesem Honorarfonds vergütet wurden, seien von 21 ausschließlich strahlentherapeutische tätigen Ärzten abgerechnet worden, von denen 18 ermächtigt und 3 zugelassen seien. Die übrigen strahlentherapeutisch tätigen Ärzte im Honorarfonds "Radiologen" seien auch mit teilweise erheblichem Leistungsspektrum im Bereich der Großgeräte (CT, MRT) tätig. Nach dem Stand vom 30. Juni 1999 seien auf dem Gebiet der Strahlentherapie 5 Ärzte zugelassen und 11 ermächtigt und auf dem Gebiet der Radiologie mit Schwerpunkt Strahlentherapie 3 Ärzte zugelassen und 2 ermächtigt. Diese Größenordnung rechtfertige nicht die Bildung eines eigenen Honorartopfes. Zudem hätte eine Zuordnung zu einem solchen Honorarfonds anhand der Zulassung als Strahlentherapeut nicht alle 21 Ärzte erfasst, die den Großteil der strahlentherapeutischen Leistungen erbrächten. Ein Teil wäre vielmehr weiterhin aus dem Honorarfonds der Radiologen vergütet worden. Zudem seien die Ärzte teilweise in radiologischen Gemeinschaftspraxen tätig, die man nicht insgesamt einem separaten Honorarfonds hätte zuordnen können. Außerdem gebe es zahlreiche Praxen im Honorarfonds "Radiologen", die wenn auch zum Teil in untergeordnetem Umfang Leistungen der Strahlentherapie abrechneten. Die Bildung eines gesonderten Strahlentherapeutentopfes wäre demnach nicht sinnvoll. Auch die Großgerätepraxen hätten ein hohes Investitionsvolumen. Bei den Strahlentherapeuten handele es sich überwiegend um ermächtigte Ärzte in Krankenhäusern, bei denen davon auszugehen sei, dass sie die Investitionen nicht allein trügen. Die Strahlentherapeuten seien nicht erst zum Quartal 2/99 mit den Radiologen zusammengelegt worden. Vielmehr sei dies bereits seit dem Quartal 3/97 so. Ab dem Quartal 2/99 habe sich nur insofern etwas geändert, als auf die Anteile an der Gesamtvergütung in den acht Quartalen der Jahre 1996 und 1997 aufgesetzt wurde, während man sich im Quartal 1/99 noch am Quartal 4/96 allein orientiert habe. In den Quartalen 4/96 bis 2/97 habe es im HVM eine Mehrleistungsregelung für Großgeräte gegeben, so dass das Aufsetzen allein auf eines dieser Quartale für die Radiologen insgesamt sehr günstig gewesen sei. Für viele andere Arztgruppen habe dies aber nicht gegolten. Der Anteil der Radiologen an der pauschalierten Gesamtvergütung bei den Regionalkassen habe im Quartal 4/96 bei 6,64 % gelegen. Durchschnittlich habe er in den acht Quartalen der Jahre 1996 und 1997 nur 5,56 % betragen. Ursächlich für den Punktwertrückgang bei den aus dem Honorarfonds der Radiologen zu vergütenden Leistungen sei auch ein Anstieg des Leistungsbedarfs vom Quartal 2/98 zum Quartal 2/99 um 9,74 % bei gleichzeitigem Arztzahlzuwachs um 3,4 % und Fallzahlenanstieg um 5,9 %. Von einem nachhaltigen Rückgang des Punktwerts der Radiologen könne nicht die Rede sein. Ab dem Quartal 4/99 habe sich der Punktwert im Bereich der Regionalkassen und ab dem Quartal 1/00 auch im Bereich der Ersatzkassen wieder erholt.

Das SG hat die Klagen nach Verbindung mit Urteil vom 17. April 2002 abgewiesen. Zur Begründung führte es aus, die Bildung eines gesonderten Honorartopfes der Radiologen bei gleichzeitiger Abschaffung der Ventile zwischen den Honorartöpfen sei jedenfalls in den streitgegenständlichen Quartalen noch rechtmäßig gewesen. Auch die Einbeziehung des Klägers als Strahlentherapeut in die Gruppe der Radiologen sei nicht zu beanstanden. Eine Ungleichbehandlung, die bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht hätte unberücksichtigt bleiben dürfen, sei nicht erkennbar, ebenso wenig eine so unterschiedliche Mengendynamik zwischen Radiologen und Strahlentherapeuten, dass sie die Beklagte hätte veranlassen müssen, die Gruppe der Strahlentherapeuten vor der Mengendynamik der Radiologen zu schützen. Die Argumentation der Klägerseite, Strahlentherapeuten seien nur auf Überweisung tätig und hätten keine Möglichkeit der Leistungsausweitung, gelte auch für die Radiologen, da auch diese in der Regel auf Zielaufträge hin tätig würden. Trotz der beanstandeten Regelungen habe der Kläger Honorarumsätze erzielt, die betragsmäßig nur von Lungen- bzw. Laborärzten übertroffen würden. Ein Wechsel des Referenzzeitraums liege im Ermessen der Beklagten. Sie habe rechtzeitig auf den Rückgang des Punktwertes bei den Radiologen reagiert.

Im anschließenden Berufungsverfahren hat die Klägerseite im wesentlichen ihre Argumentation aus dem erstinstanzlichen Verfahren wiederholt. Die Zusammenfassung von Radiologen und Strahlentherapeuten in einem Honorartopf sei unzulässig, weil hierbei weder nach Arztgruppen noch nach Versorgungsgebieten unterschieden werde. Die Strahlentherapeuten hätten wesentlich höhere Sachkosten als die diagnostisch tätigen Radiologen. Bei diesen sei zudem ein wesentlicher Leistungsanstieg durch Überweisungen zu Großgerätepraxen zu erwarten. Das dürfe nicht zu Lasten der Strahlentherapeuten gehen. Nach der Rechtsprechung des BSG dürften nur der Art nach vergleichbare Leistungen in einem Honorartopf zusammengefasst werden. Für die Reduzierung des radiologisch-strahlentherapeutischen Gesamtvergütungsanteils ab dem Quartal 2/99 gebe es keinen sachlich gerechtfertigten Grund. Eine korrekturbedürftige Fehlentwicklung beim radiologisch/strahlentherapeutischen Punktwert sei nicht ersichtlich. Nach dem eigenen Vorbringen der Beklagten habe sich der Gesamtvergütungsanteil durch den Wechsel des Referenzzeitraums von 6,64 % auf 5,56 % reduziert, also um 16 %. Diese Reduzierung könne nicht als geringfügig bezeichnet werden. Das Honorarvolumen der Radiologen/Strahlentherapeuten habe sich dadurch im Quartal 2/99 im Vergleich zum Vorjahresquartal 2/98 um 5 Mio. DM verringert, obwohl die Gesamtvergütung als solche im selben Zeitraum um 9,5 % gestiegen sei.

Der Kläger beantragt,

I. das Urteil des Sozialgerichts München vom 17. April 2002 wird aufgehoben.

II. die Honorarbescheide für die Quartale 2/99, 3/99 und 4/99, jeweils in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 28.11.2000, werden aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale 2/99, 3/99 und 4/99 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

III. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Auch sie nimmt auf ihre erstinstanzlichen Ausführungen Bezug. Die klägerseits geforderte Differenzierung nach Tätigkeits- schwerpunkten sei im HVM ab dem Quartal 2/99 insofern realisiert, als im Wege der Einzelfallentscheidung von der grundsätzlich für alle dem Honorarfonds zugeordneten Praxen gelten- den Punktzahlbegrenzung für strahlentherapeutisch tätige Ärzte bei ausschließlich strahlentherapeutischer Tätigkeit abgesehen wurde. Die strahlentherapeutischen Leistungen seien sowohl bei ausschließlich als auch bei überwiegend strahlentherapeutisch tätigen Praxen mit dem sich innerhalb des Honorarfonds ergebenden höheren Punktwert der konventionell tätigen Radiologen (ohne Großgeräte) vergütet worden. Ein wesentlicher Unterschied bei der Kostenstruktur von Radiologen und Strahlentherapeuten sei nicht anzunehmen. Nach der Kostenstrukturanalyse 1999 des Zentralinstituts (ZI) lägen die Kosten bei den Radiologen je nach Honorarklasse zwischen 81,5 und 83 %. Die Beklagte habe im Rahmen ihrer Gestaltungsfreiheit die Referenzzeiträume ändern dürfen. Es gebe keinen Bestandsschutz für eine einmal getroffene Honorarverteilung. Kein Vertragsarzt habe Anspruch auf die Vergütung seiner Leistung mit einem bestimmten Punktwert. Im Übrigen sei auch der Bereich der Strahlentherapie von einer gewissen Dynamik getragen, so seien die Anforderungen im Quartal 2/99 verglichen mit dem Quartal 2/98 um 13 % gestiegen. Daher könne das Argument, die im Großgerätebereich festgestellte Mengenentwicklung belaste den Punktwert einseitig zu Lasten der Strahlentherapeuten nicht überzeugen.

Dem Senat liegen die Akten der Beklagten, die Akten des SG mit den Az.: [S 43 KA 9015/00](#), [S 43 KA 9016/00](#) und [S 43 KA 9017/00](#) vor sowie die Berufungsakte mit dem Az.: [L 12 KA 120/02](#), auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht ([§ 151 Abs.1 SGG](#)) eingelegte Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

Das SG hat die Klagen gegen die Honorarbescheide des Klägers betreffend die Quartale 2/99 bis 4/99 zu Recht abgewiesen. Der von der Beklagten gewählte Weg der Honorarverteilung ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Der HVM der Beklagten sah in den streitgegenständlichen Quartalen 2 bis 4/1999 in Buchstabe B Nr.1 der Anlage 1 (betrifft die Verteilung der von den Regionalkassen gezahlten Gesamtvergütung) bzw. Anlage 2 (für Ersatzkassen) die Verteilung der Gesamtvergütungsanteile, die nicht der Pauschalierung unterliegen, in der Weise vor, dass die Gesamtvergütung auf folgende Honorarfonds verteilt wurde: - Honorarfonds "Psychotherapeutische Leistungen" - Honorarfonds "Fremdärzte" - Honorarfonds "Belegärztliche Leistungen" - Honorarfonds "Ambulantes Operieren" - Honorarfonds "Laborleistungen" - Honorarfonds "Praxisnetze" - Honorarfonds "Notarzdienst" - Honorarfonds "Notfalldienst-Sicherstellungsfonds" - Honorarfonds "Sonstige Leistungen". (vgl. Abschnitt B Anlage 1 bzw. Anlage 2 Buchstabe B 2.0 bis 2.8).

Der weitaus größte dieser Honorarfonds war der zuletzt genannte Fonds "Sonstige Leistungen", der den Betrag enthielt, der von der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung nach Füllung der vorhergehenden Honorarfonds verblieb (Abschnitt B, Anlage 1 bzw. 2, B 2.8.1). Dieser Honorarfonds wurde gemäß Ziffer 2.8.2 a.a.O. wiederum aufgeteilt in arztgruppenspezifische Honorarfonds, die sich aus dem Anhang 1 zur Anlage 1 bzw. 2 ergaben. Dort findet sich unter anderem der Honorarfonds "Radiologen", der einer Arztgruppe zugeordnet ist, die aus den Radiologen, der diagnostischen Radiologie und der Strahlentherapie gebildet wurde. Maßgeblich für den Punktwert, mit dem die Leistungen der einzelnen Vertragsärzte vergütet werden, ist einerseits die Befüllung ihres Arztgruppentopfes und andererseits die aus diesem Topf zu vergütende Gesamtmenge der von der Arztgruppe abgerechneten Punkte. Die Anteile an der Gesamtvergütung für die Honorarfonds nach Anhang 1 zu den Anlagen 1 und 2 wurden in den streitgegenständlichen Quartalen in der Weise berechnet, dass für jede Arztgruppe deren Anteil in Prozent an der Summe der in den Kalenderjahren 1996 und 1997 verteilten Gesamtvergütung ermittelt wurde (bereinigt um die o.g. Honorarfonds Psychotherapeutische Leistungen, Fremdärzte, Belegärztliche Leistungen, Ambulantes Operieren, Laborleistungen, Praxisnetze, Notarzdienst und Notfalldienst-Sicherstellungsfonds). Sodann wurde jeder arztgruppenspezifische Honorarfonds mit dem Anteil an dem für Sonstige Leistungen zur Verfügung stehenden Betrag gefüllt, der dem vorgenannten prozentualen Anteil in den Jahren 1996 bis 1997 entsprach (Abschnitt B, Anlagen 1 und 2, B 2.8.3 a und b).

Diese Vorgehensweise ist rechtlich nicht zu beanstanden. Rechtsgrundlage der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄV) ist [§ 85 Abs.4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der damals geltenden Fassung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) vom 19.12.1988 (BGBl. I S.3853). Danach haben die KÄVen die von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung nach Maßgabe des HVM an die Vertragsärzte zu verteilen. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen. An dieser gesetzlichen Vorgabe sowie an dem aus Art.12 i.V.m. [Art.3 Abs.1 GG](#) abgeleiteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sind die Honorarverteilungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu messen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.10](#), Nr.11, Nr.12, Nr.16, Nr.24, Nr.26; Urteil vom 3. März 1999, Az.: [B 6 KA 56/97 R](#) = USK 99102; Urteil vom 26. Juni 2002, Az.: [B 6 KA 28/01 R](#); SozR 3-2500 § 87 Nr.38; Urteil vom 20. Oktober 2004, Az.: [B 6 KA 30/03 R](#)). Die Bildung von gesonderten Honorarfonds der oben dargestellten Art ist mit den gesetzlichen Vorgaben vereinbar. Zwar sind nach dem Grundsatz des [§ 85 Abs.4 Satz 3 SGB V](#) bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zu Grunde zu legen. Daraus folgt, dass die Leistungen grundsätzlich mit einem gleichen Punktwert zu vergüten sind. Gleichwohl hat es das BSG in ständiger Rechtsprechung für zulässig erachtet,

die zur Verteilung anstehende Gesamtvergütung auf verschiedene Honorarkontingente ("Töpfe") zu verteilen. Dabei ist es insbesondere zulässig, arztgruppenbezogene Töpfe zu bilden, wie dies in dem hier streitgegenständlichen HVM der Beklagten aus dem Jahr 1999 der Fall ist (vgl. BSG in [SozR 3-2500 § 85 Nr.4](#) S.25; Nr.11 S.68; Nr.26 S.183; Nr.38 S.311; [SozR 3-2500 § 87 Nr.23](#) S.124), obgleich dies dazu führen kann, dass die von den verschiedenen Arztgruppen erwirtschafteten Punkte nicht mit dem gleichen Punktwert vergütet werden. Damit soll erreicht werden, dass sich ein Mengenwachstum bzw. eine medizinisch nicht gerechtfertigte Mengenausweitung in einzelnen Fachgebieten nicht zwangsläufig für alle Ärzte auswirkt bzw. umgekehrt, dass einzelne Arztgruppen nicht durch eine allgemeine Leistungsmengenzunahme nur mehr einen ruinös niedrigen Punktwert erhalten (vgl. z.B. BSG in [SozR 4-2500 § 85 Nr.5](#) und Nr.9; Urteil vom 20. Oktober 2004, Az.: [B 6 KA 30/03 R](#)). Auch [§ 85 Abs.4 Satz 8 SGB V](#) in der damals geltenden Fassung ließ eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung der Gesamtvergütung zu.

Der Kläger wendet sich denn auch nicht gegen die Bildung von Honorarkontingenten als solche, sondern dagegen, dass nach dem Anhang 1 zu den Anlagen 1 und 2 des streitgegenständlichen HVM aus einem gemeinsamen Honorarkontingent der Radiologen sowohl die diagnostische Radiologie als auch die Strahlentherapie vergütet wird. Die Zusammenfassung der diagnostisch tätigen Radiologen einerseits und der Strahlentherapeuten andererseits in einem gemeinsamen Honorarkontingent sei nicht sachgerecht, da diese zwei Gruppen medizinisch höchst unterschiedliche Leistungen erbrächten.

Der mit zwei Ärzten als ehrenamtlichen Richtern fachkundig besetzte Senat bezweifelt nicht, dass das Leistungsspektrum von überwiegend oder nur diagnostisch tätigen Radiologen sich deutlich von dem der überwiegend oder ausschließlich auf ihrem Gebiet tätigen Strahlentherapeuten unterscheidet. Beim Kläger ist dies anhand der beigezogenen Quartalsabrechnungen erkennbar. Grundsätzlich begegnet die Bildung von Fachgruppentöpfen keinen Bedenken. Das BSG hat in ständiger Rechtsprechung die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen mit dem Ziel der Stabilisierung der Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen als rechtmäßig angesehen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.48](#) S.408 f. m.w.N.). Dabei ist es auch zulässig, zwei oder mehrere Arztgruppen aus dem selben Honorarkontingent zu vergüten, wenn sie eine gewisse Ähnlichkeit aufweisen. Dies trifft für die diagnostisch tätigen Radiologen einerseits und die strahlentherapeutisch tätigen Radiologen bzw. Strahlentherapeuten andererseits, die nicht erst seit den streitigen Quartalen, sondern bereits seit dem HVM des Quartal 3/97 zusammengefasst sind, nach der Auffassung des Senats zu. Das ergibt sich nicht nur aus der Verwandtschaft der Fachgebiete, die auf der Anwendung von ionisierender Strahlung beruhen, sondern auch daraus, dass die Strahlentherapie vielfach von Radiologen und insbesondere radiologischen Gemeinschaftspraxen erbracht wird, die auch diagnostische Leistungen erbringen und umgekehrt. So rechnet der Kläger in den drei streitigen Quartalen neben den strahlentherapeutischen Abrechnungsziffern auch in nennenswertem Umfang Computertomografien (EBM-Nr.5221) ab: in 2/99 92 mal, in 3/99 93 mal und in 4/99 99 mal. Die Beklagte hat im Zuge des sozialgerichtlichen Verfahrens für die Quartale 2 und 3/99 vorgetragen, im Quartal 2/99 seien 52 Praxen mit 98 Ärzten und im Quartal 3/99 56 Praxen mit 110 Ärzten aus dem Radiologenfonds vergütet worden, die auch strahlentherapeutisch tätig waren. Allerdings werden wiederum nach Angabe der Beklagten etwa 80 % der strahlentherapeutischen Leistungen des Honorarfonds "Radiologen" von 21 ausschließlich strahlentherapeutisch tätigen Ärzten abgerechnet, von denen 18 ermächtigt und 3 zugelassen waren. Etwa die Hälfte dieser Ärzte führt noch die seit 1988 (Einführung des Facharztes für Strahlentherapie in der Weiterbildungsordnung der Ärzte Bayerns) obsolete Gebietsbezeichnung "Radiologie" mit Schwerpunkt "Strahlentherapie". Die übrigen strahlentherapeutischen Leistungen werden demnach von Ärzten erbracht, die auch sonstige radiologische Leistungen erbringen. Der Senat hat keine Veranlassung, die Richtigkeit dieser Zahlenangaben in Zweifel zu ziehen, die auch von der Klägerseite nicht in Frage gestellt wurden. Allein dieses zeigt, dass eine nahe Verwandtschaft zwischen diesen Fachgebieten besteht, und dass die Bildung eines gesonderten Topfes für die Strahlentherapeuten bereits aus praktischen Gründen schwierig wäre, da insbesondere der Zulassungsstatus nur bedingt als Auswahlkriterium geeignet wäre. Würde man die Einteilung an der Gebietsbezeichnung "Strahlentherapie" orientieren, würden nicht alle der 21 genannten Ärzte erfasst, die den Großteil der strahlentherapeutischen Leistungen erbringen, andererseits müsste ein erheblicher Teil der strahlentherapeutischen Leistungen aus dem verbleibenden Honorarfonds der Radiologen vergütet werden. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte in Ausübung ihres normgeberischen Ermessens von einer solchen Lösung Abstand genommen hat. Der Senat hat bereits mit drei Urteilen vom 4. Dezember 2002 (Az.: [L 12 KA 199/01](#), [L 12 KA 200/01](#) und [L 12 KA 201/01](#)) entschieden, dass die Vergütung eines Radiologen mit umfangreichem strahlentherapeutischen Leistungsspektrum aus dem Kontingent der Radiologen und mit deren (im Fall des damaligen Klägers abgestaffelten) Punktwert rechtlich nicht zu beanstanden sei.

Die Klägerseite verweist auf das Urteil des BSG vom 29.09.1993 (Az.: B 6 KA 65/91 = [SozR 3-2500 § 85 Nr.4](#)), in dem die Zusammenfassung von Leistungen nach den Abschnitten O I, O II und O III des EBM in einem einheitlichen Laborfonds für unzulässig erachtet wurde. Dieser Entscheidung lag jedoch ein mit dem vorliegenden Fall nicht vergleichbarer Sachverhalt zu Grunde. Dort ging es um eine leistungsbezogene Kontingentierung. Aus dem einheitlichen Labortopf wurden auch die nicht von Laborärzten erbrachten Laborleistungen vergütet. Das BSG hat die Zusammenfassung deswegen für rechtswidrig erachtet, weil die O I-Leistungen von den veranlassenden Ärzten (nicht Laborärzte) selber erbracht werden konnten und deshalb nach der Auffassung des BSG hier die Gefahr einer unberechtigten Mengenausweitung bestand mit der Folge, dass der Punktwert für die von den Laborärzten auf Überweisung zu erbringenden Leistungen nach Abschnitt O III des EBM soweit absinken könnte, dass diese technisch aufwendigen Leistungen nicht mehr kostendeckend erbracht werden könnten. Im vorliegenden Fall liegen die Dinge jedoch anders. Sowohl die diagnostischen radiologischen Leistungen, die aus dem Fachgruppentopf der "Radiologen" vergütet werden, als auch die strahlentherapeutischen Leistungen werden regelmäßig nur auf Überweisung erbracht, so dass die Gefahr der unberechtigten Leistungsvermehrung durch die Leistungserbringer in einem dieser Bereiche tendenziell nicht besteht. Das wohl zutreffende Argument, dass gerade strahlentherapeutische Leistungen nicht vom Leistungserbringer beliebig vermehrt werden können, gilt entsprechend auch für die überweisungsabhängigen Leistungen der diagnostischen Radiologie.

Auch der klägerische Hinweis, dass die strahlentherapeutischen Leistungen sehr aufwendig seien und insbesondere sehr kostspielige Apparate erforderten, was sich auch in der hohen Bewertung im EBM niederschläge, vermag nicht zu überzeugen. Zum einen sind auch die immer mehr in den Vordergrund tretenden diagnostischen Leistungen mit sogenannten Großgeräten (CT, MRT) mit hohen Apparatkosten verbunden. Zum anderen wird dem vergleichsweise hohen Aufwand der strahlentherapeutischen Leistungen auch bereits durch die entsprechend hohe Punktzahl im EBM Rechnung getragen. So ist etwa die Bestrahlung mit dem von der Klägerseite genannten Linearbeschleuniger (EBM-Nr.7024), die der Kläger in sehr großer Zahl erbringt, mit 1.050 Punkten bewertet. Hinzu kommen ggf. Zuschläge nach EBM-Nrn.7025 und 7026 sowie die Bestrahlungsplanung, die mit 6.000 Punkten bewertet ist (EBM-Nr.7030) und in den meisten Behandlungsfällen noch die mit 1.200 Punkten bewertete computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung (Nr.5221 EBM).

Das BSG hat in seinem Urteil vom 9. Dezember 2004, Az.: [B 6 KA 44/03](#), auf S.17 des Urteilsausdrucks nach Juris ausdrücklich festgestellt,

dass Arztgruppen, die wie z.B. diagnostisch und strahlentherapeutisch tätige Radiologen und Nuklearmediziner gewisse Ähnlichkeiten aufweisen, getrennt geführt oder zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst werden könnten.

Des Weiteren spricht für die Zusammenfassung, dass andernfalls die etwa zu bildende Fachgruppe der Strahlentherapeuten nur vergleichsweise klein wäre. Nähme man nur die als Strahlentherapeuten zugelassenen Leistungserbringer, wären es nur 10; nähme man die Radiologen mit der Schwerpunktbezeichnung "Strahlentherapie" mit hinzu: 21. Die Bildung kleiner Arztgruppen beinhaltet tendenziell die Gefahr, dass etwa durch eine Änderung der Arztlzahl oder durch ein vom medizinischen Fortschritt bedingtes geändertes Behandlungs- und Überweisungsverhalten das angeforderte Punktevolumen und damit der Punktwert starken Schwankungen unterliegen können mit der Folge eines Punktwertverfalls (vgl. dazu BSG im Urteil vom 20. Oktober 2004, Az.: [B 6 KA 30/03 R](#), das bei kleinen Vergleichsgruppen eine erhöhte Beobachtungspflicht der KÄV postuliert).

Der von Klägerseite angedachten Lösung, die Strahlentherapeuten den sogenannten "sonstigen Ärzten" (Abschnitt B Anlage 1 Anhang 3 HVM) zuzuschlagen, ist entgegenzuhalten, dass hier die Ähnlichkeit mit den übrigen Angehörigen dieser Gruppe noch weitaus geringer ist, als die Ähnlichkeit mit den Radiologen. Die sonstigen Ärzte umfassen nämlich die Kinder- und Jugendpsychiater, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Arbeitsmedizin, Humangenetik, Hygiene- und Umweltmedizin, öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie und Toxikologie, Rechtsmedizin und präventiv ermächtigte Ärzte. Eine fachliche Nähe besteht allenfalls zu den Nuklearmedizinern. Im Übrigen hat die Beklagte in Abschnitt B Anlagen 1 und 2, B 3.9.3 2.Absatz den Punktwert der Radiologen insofern an den Punktwert der "sonstigen Ärzte" angebunden, als in dem Fall, dass der Punktwert der Radiologen den Punktwert der sonstigen Ärzte um mehr als 10 % unterschreitet, innerhalb des Radiologenkontingents eine Stützung zugunsten der Radiologen, die keine Großgeräteleistungen erbringen, zu Lasten der Großgerätepraxen erfolgt. Auch der Kläger ist in den Genuss dieser Regelung gelangt, worauf weiter unten noch einzugehen sein wird.

Nach allem kommt der Senat zu dem Ergebnis, dass die Zusammenfassung von Strahlentherapeuten und diagnostisch tätigen Radiologen nicht zu beanstanden ist.

Hauptangriffspunkt der Klägerseite ist der Wechsel des Referenzzeitraumes für die Füllung der Honorartöpfe vom Quartal 4/96 auf den Durchschnitt der Jahre 1996 und 1997, wodurch nach den eigenen Angaben der Beklagten der im weiteren Sinne radiologische Gesamtvergütungsanteil von 6,64 % im Quartal 1/99 auf 5,56 % in den streitigen Quartalen zurückgegangen sei, also um 16,3 %. Auch im Quartal 1/99 war nach dem damals geltenden HVM der Beklagten in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 12.12.1998 die von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung auf verschiedene Honorarfonds aufgeteilt worden. Der größte davon war der Honorarfonds "Sonstige Leistungen", der den nach Füllung der Honorarfonds "Psychotherapeutische Leistungen", "Fremdärzte", "Belegärztliche Leistungen", "Ambulantes Operieren" und "Laborleistungen" verbleibenden Betrag enthielt. Dieser wurde unterteilt in einen Honorarfonds R 1 für Hausärzte und einen Honorarfonds R 2 für die restlichen Ärzte. Der Fonds R 2 war wiederum unterteilt auf einen Unterfonds R 2b für budgetierte Arztgruppen und R 2n für nach dem EBM ab 01.07.1997 nicht budgetierte Arztgruppen. Der zuletzt genannte Honorarfonds R 2n war ein weiteres Mal unterteilt in arztgruppenspezifische Honorarkontingente, darunter ein Honorarkontingent "Radiologen", bestehend aus den Arztgruppen Radiologen, diagnostische Radiologie und Strahlentherapie (vgl. Abschnitt B: Anlage 1 bzw. Anlage 2, B 2.5.4 i.V.m. dem dazugehörigen Anhang 1). Dieser Honorarfonds, aus dem der Kläger sowohl im Quartal 1/99 als auch in den streitigen Quartalen vergütet wurde, blieb in seiner Zusammensetzung - anders als die meisten anderen arztgruppenspezifischen Honorarfonds nach Anhang 1 - in dem neuen, ab 2/99 geltenden HVM unverändert.

Allerdings erfolgte die Füllung der jeweiligen Honorarkontingente im 1. Quartal des Jahres 1999 nach dem Anteil (DM-Betrag) der jeweiligen Arztgruppe in Prozent an der bereinigten Gesamtvergütung im 4. Quartal 1996 (Abschnitt B, Anlagen 1, 2, B 2.5.5 Buchstaben a, b des HVM /99). In den streitgegenständlichen Quartalen 2 bis 4/99 wurden die Anteile an der Gesamtvergütung für die Honorarfonds nach Anhang 1 des HVM pro Quartal im Grundsatz in der Weise ermittelt, dass für jede Arztgruppe deren Anteil in Prozent an der Summe der in den beiden Kalenderjahren 1996 und 1997 verteilten Gesamtvergütung ermittelt wurde (Abschnitt B, Anlagen 1 und 2 B 2.8.3 a HVM-4/99, s.o.). Durch diesen Wechsel des Bezugszeitraumes reduzierte sich der Anteil des Honorarfonds der Radiologen nach den glaubhaften und auch von Klägerseite in Bezug genommenen Angaben der Beklagten von 6,64 % auf 5,56 % mit der Folge, dass sich der Punktwert für die aus diesem Fonds zu vergütenden Leistungen verringerte. Die Klägerseite hält diesen Wechsel des Referenzzeitraumes für sachlich nicht gerechtfertigt. Verschärft worden sei der Punktwertrückgang durch einen gleichzeitigen Anstieg des Leistungsbedarfs, der nach dem Urteil des BSG vom 9. September 1998 (Az.: [B 6 KA 55/97 R](#)) von der gesamten Vertragsärzteschaft verursacht worden sei und deshalb auch von dieser getragen werden müsse.

Zu dem ersten Argument ist zu sagen, dass die KÄVen bei der Ausformung des HVM grundsätzlich einen weiten Gestaltungsspielraum haben, der es ihnen erlaubt, sich bei der Befüllung der einzelnen Honorarfonds an früheren Zeiträumen, z.B. am jeweiligen Vorjahresquartal zu orientieren. (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.48](#) S. 409 m.w.N.; [SozR 4-2500 § 85 Nr.5](#); BSG vom 20. Oktober 2004, Az.: [B 6 KA 30/03 R](#)). Der Senat hat keine Bedenken dagegen, dass die Beklagte sich im vorliegenden Fall ab dem Quartal 2/99 nicht mehr an nur einem Quartal (4/96) orientiert hat, das zudem nicht das jeweilige Vorjahresquartal war, sondern an einem längeren zusammenhängenden Zeitraum. Dies ist zumal bei strahlentherapeutischen Leistungen unbedenklich, da diese im Hinblick auf die zu behandelnden Krankheitsbilder kaum jahreszeitlichen Schwankungen unterliegen und sich oftmals über einen längeren Zeitraum hinziehen. Die Argumentation, die ersten zwei Quartale des Jahres 1996 dürften bei der Anteilserrechnung nicht mitberücksichtigt werden, weil nach Einführung des EBM zum 01.01.1996 irreguläre Zustände geherrscht hätten, steht nach der Auffassung des Senats der gewählten Durchschnittsbildung nicht im Wege. Das BSG hat in seinem Urteil vom 20. Oktober 2004 ([B 6 KA 30/03 R](#)) keine Bedenken gegen eine Bemessung der Topffüllung auf der Grundlage der ersten zwei Quartale des Jahres 1996 gehabt. Umso weniger bedenklich ist es, wenn auch die Quartale 3 und 4/96 und das ganze Jahr 1997 einbezogen werden. Gerade im Hinblick auf die im Zusammenhang mit der Einführung des neuen EBM aufgetretenen Verzerrungen, die zunächst durchgeführte und später vom BSG aufgehobene rückwirkende Budgetierung, die Einführung von Teilbudgets ab dem 3. Quartal 1996 und schließlich von Praxisbudgets ab dem 3. Quartal 1997, erscheint es durchaus sachgerecht, wenn sich die Beklagte bei der Befüllung der Honorarkontingente nicht mehr an einem einzelnen Quartal in diesem Zeitraum orientiert, sondern an einem Durchschnittswert, der eher ein Maß für den tatsächlichen Leistungsbedarf ergeben mag als ein einzelnes Quartal. Hinzukommt, dass durch die Miteinbeziehung der Zeit bis zum Ende des Jahres 1997 eine größere Zeitnähe erreicht wird, womit dem aktuellen Stand der Medizin nicht zuletzt auf einem sich stark verändernden Gebiet wie der Strahlentherapie besser Rechnung getragen wird.

Es trifft sicher zu, dass speziell für die Radiologen und die Strahlentherapeuten das Abstellen auf das Quartal 4/96 insofern günstiger war, als in diesem Quartal, wie von der Klägersseite vorgetragen wird, eine Stützung der Großgeräteleistungen zu Lasten anderer Leistungsbereiche erfolgt war (vgl. HVM Anlage 1 B 2.3.6 in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 14.09.1996). Dadurch erhöhte sich zwangsläufig der Anteil des Honorars für Leistungen mit CT- und MRT-Geräten und damit der Anteil der Radiologen an der Gesamtvergütung. Ob diese Stützung damals aus medizinischen Gründen erforderlich war, lässt der Senat dahingestellt. Festzuhalten bleibt, dass auch bei der Orientierung an den durchschnittlichen Anteilen in den Jahren 1996 und 1997 die Quartale 4/96 bis 2/97, in denen die oben genannte Regelung galt, voll mit erfasst sind. In dem im 3. und 4. Quartal des Jahres 1997 geltenden HVM findet sich eine solche Regelung nicht mehr.

Zusammenfassend gelangt der Senat zu dem Ergebnis, dass es kein Ermessens Fehlgebrauch ist, wenn die Beklagte die Befüllung der einzelnen Honorarkontingente in den Quartalen 2-4/99 nach dem Durchschnittsanteil dieser Kontingente in den Jahren 1996 und 1997 bemessen hat. Eine Bindung der KÄV an einen einmal festgelegten Anteil gibt es nicht und kann es auch nicht geben, weil sich die tatsächlichen, rechtlichen und finanziellen Verhältnisse ständig ändern können. Insbesondere hat keine Arztgruppe einen Anspruch darauf, dass ihr Anteil an der Gesamtvergütung, auch wenn er möglicherweise nicht (mehr) in dieser Höhe gerechtfertigt ist, zu Lasten der anderen Ärzte auf Dauer fortgeschrieben wird.

Tatsächlich sind die Honorare der dem Honorarfonds "Radiologen" zugeteilten Ärzte durch die HVM-Änderung nicht in unerträglicher Weise zurückgegangen. Aus den von der Beklagten vorgelegten Statistiken geht vielmehr hervor, dass zwar der Umsatz aus der vertragsärztlichen Tätigkeit pro Arzt im streitigen Zeitraum gegenüber den entsprechenden Vorjahresquartalen und auch gegenüber dem Quartal 1/99 rückläufig war. Allerdings lag er immer noch pro Arzt bei durchschnittlich 98.053,00 Euro im Quartal 2/99, bei 101.009,00 Euro im Quartal 3/99 und bei 106.575,00 Euro im Quartal 4/99. Im Jahr 1999 insgesamt ergaben sich pro Arzt bei den Radiologen 433.596,00 Euro bzw. nach Abzug eines Kostensatzes von 80 % 86.736,00 Euro im diagnostischen und therapeutischen Bereich zusammen, also deutlich mehr als die im EBM vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von 70.000,00 Euro je Arzt (vgl. BSG vom 20. Oktober 2004, Az.: [B 6 KA 30/03 R](#), RNr.28 des Urteilsausdrucks nach Juris). Es gibt demnach keine Anhaltspunkte dafür, dass durch den Wechsel des Aufsetzzeitraumes bei den Radiologen ein Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung gem. [§ 72 Abs.2 SGB V](#) eingetreten wäre.

Auch der Rückgang des Punktwertes der Radiologen vom Quartal 1/99, gegen das der Kläger keine Einwände erhoben hat, auf das Quartal 2/99 lässt keine willkürliche Schlechterstellung der Radiologen erkennen. Dabei gestaltet sich der Vergleich insofern etwas schwierig, weil ab dem Quartal 2/99 die sogenannte konventionelle Radiologie mit einem anderen Punktwert vergütet wurde als die mit Großgeräten (CT, MRT) erbrachten Leistungen. Nach Anlage 1, Anlage 2, B 3.9.3 Abs.2 i.V.m. 3.9.5 HVM erfolgte nämlich, wenn der rechnerische Punktwert der radiologischen Leistungen den rechnerischen Punktwert der sonstigen Ärzte nach Anhang 3 zu Anl.1 bzw. 2 HVM um mehr als 10 % unterschritt, eine Stützung der Vertragsarztpraxen, die keine Leistungen der Computertomografie und Magnetfeldresonanztomografie erbrachten, so lange zu Lasten derjenigen Praxen, die derartige Leistungen erbrachten, bis sich eine Punktwertdifferenz von 10 % zugunsten der Praxen, die keine Großgeräteleistungen erbrachten, ergab. Das führte ab dem Quartal 2/99 zu unterschiedlichen Punktwerten für (nur) konventionell arbeitende Radiologen einerseits und Großgerätepraxen andererseits. Nachdem der Kläger, wie oben bereits erwähnt wurde, gem. Anl.1 bzw.2 B 3.9.3 Abs.2 HVM den Punktwert der konventionellen Radiologie erhalten hat, ist dieser maßgeblich. Hier ergab sich bei den Regionalkassen im Quartal 2/99 ein Punktwert von 6,24 Pfennig, im Quartal 3/99 von 6,4 Pfennig und im Quartal 4/99 von 7,10 Pfennig. Diese Werte lagen durchwegs um weniger als 15 % unter dem Punktwert der Radiologen im Quartal 1/99 bei den Regionalkassen (7,23 Pfennig). Bei den Ersatzkassen war sogar ein Anstieg von 6,88 Pfennig im Quartal 1/99 auf 6,97 in 2/99, 7,05 in 3/99 und 7,09 in 4/99 zu verzeichnen. Insgesamt lagen die Werte entweder über denen des Quartals 1/99 oder weniger als 15 % darunter. Die Punktwerte der Großgerätepraxen waren zwar niedriger, doch kann sich der Kläger darauf nicht berufen, da er im Wege der Härtefallentscheidung in den Genuss des Punktwertes der konventionellen Radiologie gelangt ist, obgleich er CT-Leistungen abgerechnet hat.

Nach der Rechtsprechung des BSG lässt sich insbesondere aus dem Grundsatz der angemessenen Honorierung ([§ 72 Abs.3 SGB V](#)) grundsätzlich kein Anspruch auf einen höheren Punktwert, als er sich aus dem HVM ergibt, herleiten (BSG in [SozR 3-2500 § 85 Nr.26](#)). Insbesondere gibt es auch keinen Anspruch darauf, dass die auf Überweisung erbrachten Leistungen mit einem bestimmten festen Punktwert vergütet werden müssten (BSG in [USK 99 102](#)). Aus der zuletzt genannten Entscheidung folgt jedoch, dass, wenn gesonderte Honorartöpfe für Leistungen gebildet werden, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können, im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung besteht, wenn der Punktwert in diesen Honorartöpfen auf Dauer um 15 % oder mehr niedriger als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt. Auch in dem Urteil vom 9. September 1998 ([SozR 3-2500 § 85 Nr.26](#)) hat das BSG ausgeführt, die Bildung von Teilbudgets löse eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KÄV dahingehend aus, dass sie Verteilungsregelungen, mit denen sie in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abweiche, regelmäßig zu überprüfen und ggf. zu ändern bzw. weiterzuentwickeln habe, wenn die vorgenommene Einteilung in Teilbudgets dazu führe, dass der Punktwert in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfalle als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen, und als Grund hierfür keine von den jeweiligen Leistungserbringern selbst verursachten Mengenausweitungen erkennbar seien. Anlass zum Tätigwerden sah das BSG bei einer Differenz von etwa 15 %. In den streitigen Quartalen unterschritt der Punktwert des Klägers im Ersatzkassenbereich den Durchschnittspunktwert restliche Leistungen der sonstigen Ärzte um mehr als 15 %. In 2/99 lag er bei 82,10 %, in 3/99 bei 81,69 % und im Quartal 4/99 bei 82,16 %. Hier ist aber zu bedenken, dass die vorgenannte Rechtsprechung auf Honorarverteilungsregelungen der hier zu beurteilenden Art nicht passt. Sind wie vorliegend im maßgeblichen HVM zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so gibt es keinen sonstigen Punktwert im Sinne der oben genannten Rechtsprechung (vgl. BSG vom 20. Oktober 2004, Az.: [B 6 KA 30/03 R](#), Rdnr.32 im Juris-Ausdruck). Außerdem ist ein durchschnittlicher Punktwert nach Inkrafttreten der EBM-Budgets auch kein geeignetes Vergleichskriterium mehr, weil der Punktwert nicht mehr dem mengenmäßigen Leistungsverhalten der Ärzte insgesamt entspricht, sondern zumindest im budgetierten Bereich, dem der Großteil aller ärztlichen Leistungen angehört, künstlich stabilisiert ist. Im Übrigen ergäbe sich aus einem angeblich zu niedrigen Punktwert i.S. des Urteils des BSG 9. September 1998 ([SozR 3-2500 § 85 Nr.26](#)) nur eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KÄV. Diese hätte die Beklagte im vorliegenden Fall nicht verletzt. Der Punktwerrückgang, der zur Klageerhebung Anlass gegeben hat, trat erstmals im Quartal 2/99 auf. Das Ergebnis des Quartals 2/99 lag der Vertreterversammlung der Beklagten im November 1999 vor. Diese hat aber nach dem glaubhaften und nachvollziehbaren Vorbringen der Beklagten im Hinblick auf das zum 1. Januar 2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, das erst am 22.12.1999 veröffentlicht wurde (BGBl.I S.2626), erst am 24./25. März 2000 erneut über den HVM beraten und dabei ab 1. Januar 2000 eine Vorstandsermächtigung zur Stützung der Punktwerte derjenigen Fachgruppen beschlossen, die 85 % des durchschnittlichen fachärztlichen Punktwertes unterschritten. Damit hat sie ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht genügt. Eine rückwirkende Anwendung auf die

streitgegenständlichen Quartale kann nicht verlangt werden.

Zudem hat die Beklagte im Fall des Klägers von der in den Anlagen 1 und 2 B 3.9.3 des HVM vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht, wonach die an sich vorgesehene Punktzahlbegrenzung im Einzelfall aus Sicherstellungsgründen angehoben werden konnte. Beim Kläger wurde die Punktzahlbegrenzung sogar gänzlich ausgesetzt. Das schlägt sich auch in den Honoraren des Klägers nieder. Dieses lag im Quartal 1/99 bei ca. 384.000,00 DM und stieg nach einem Rückgang im Quartal 2/99 auf ca. 374.000,00 DM wieder an auf ca. 417.000,00 bzw. 418.000,00 DM in den Quartalen 3 und 4/99. Diese Werte entsprechen in etwa denen des Jahres 1998 (vgl. die von der Beklagten angeforderten Honorarbescheide).

Nach allem gelangte der Senat zu dem Ergebnis, dass die Honorarverteilung und die darauf beruhenden Honorarbescheide der Quartale 2/99 bis 4/99 des Klägers nicht zu beanstanden sind. Die Berufung hat deshalb keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs.1](#) und [4 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.).

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-09-20