

L 1 KA 10/03

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KA 145/01
Datum
22.01.2003
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KA 10/03
Datum
19.04.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 22. Januar 2003 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung radiologischer Leistungen, insbesondere deren Punktwert, in den Quartalen IV/1999 bis I/2001.

Der Kläger nimmt seit 1992 als Facharzt für radiologische Diagnostik in R ... an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Das Leistungsspektrum seiner Praxis umfasste in den streitigen Quartalen in erster Linie konventionelle Radiologie; darüber hinaus bot er sonographische, mammographische und nuklearmedizinische Leistungen an. Ein medizinisch-technisches Großgerät (CT/MRT) war nicht vorhanden. Bis zum 31.12.1999 führte der Kläger auch in geringem Umfang konventionell strahlentherapeutische Leistungen durch. In den streitigen Quartalen bestand im Rahmen einer Apparategemeinschaft eine Kooperation mit einem Internisten und einem Orthopäden, die gegen Kostenerstattung die röntgenologischen Geräte des Klägers in dessen Praxis mitbenutzten. Außerdem kooperierte er mit dem örtlichen Krankenhaus und erbrachte für dessen stationäre Patienten mammographische und nuklearmedizinische Leistungen.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten sah ab dem Quartal III/1996 fachgruppenbezogene Teilbudgets vor, darunter einen Fonds für "Fachärzte für Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin bzw. Radiologen" (§ 2 Abs. 3 Satz 3 HVM vom 23.11.1996); die Aufteilung erfolgte nach dem Gesamtvergütungsanteil der Facharztgruppe im Jahr 1995 (§ 2 Abs. 4 Satz 1 HVM vom 08.11.1997), wobei die nach dem 31.12.1995 stattfindende Veränderung der Anzahl der in der jeweiligen Facharztgruppe zugelassenen Ärzte zu berücksichtigen war (§ 2 Abs. 4 Satz 2 HVM vom 08.11.1997). Zusätzlich wurde ab dem Quartal I/1997 für bestimmte Großgeräte-Leistungen (u.a. CT und MRT) ein gesonderter Fonds gebildet (§ 2 Abs. 2c i.V.m. § 10 Satz 2 HVM vom 23.11.1996), der ab dem Quartal III/1997 in vier getrennte Fonds, u.a. einen für CT/MRT, aufgespalten wurde (§ 2 Abs. 2c HVM vom 08.11.1997); die Mittel für die Großgeräte-Fonds wurden nach dem Gesamtvergütungsanteil im 2. Halbjahr 1996 bemessen (§ 2 Abs. 2c Satz 2 HVM vom 08.11.1997). Eine Stützungsregelung sah vor, dass die Punktwerte in den einzelnen Fonds den durchschnittlichen kurativen Punktwert über alle Fonds um höchstens 20 % (ab Quartal I/1998) bzw. 10 % (ab Quartal I/1999) unterschreiten durften; diese Regelung war getrennt auf die Honorarfonds mit budgetierten und unbudgetierten Leistungserbringern anzuwenden (§ 2 Abs. 5 Satz 2 und 3 HVM vom 08.11.1997; § 2 Abs. 5 Satz 2 und 3 HVM vom 27.01.1999, § 2 Abs. 5 Satz 3 und 4 HVM vom 24.11.1999; § 5 Abs. 6 Satz 3 und 4 HVM vom 24.06.2000). Darüber hinaus war der Vorstand der Beklagten ermächtigt, eine Anpassung der auf die Fonds entfallenden Gesamtvergütungsanteile vorzunehmen (ab Quartal III/1998 bei Überschreiten des Fallzahl- bzw. Fallpunktzahldurchschnitts auftragsgebundener Leistungen um 10 % [§ 2 Abs. 4a Nr. 2 HVM vom 09.05.1998; § 2 Abs. 4d Nr. 2 HVM vom 09.06.1999]; ab Quartal I/2000 bei Unterschreiten des Punktwertdurchschnitts der budgetierten bzw. unbudgetierten Arztgruppen um 15 % [§ 2 Abs. 4a HVM vom 24.11.1999, § 5 Abs. 7 HVM vom 24.06.2000]). Zum Quartal III/1999 wurden die Großgeräte-Fonds aufgelöst, was zur Folge hatte, dass die davon bisher erfassten Leistungen nunmehr aus dem jeweiligen Fachgruppen-Fonds zu honorieren waren. Flankiert wurde diese Maßnahme bei den Radiologen durch eine Abstufungsregelung (§ 2 Abs. 3 mit der Anlage zum HVM vom 09.06.1999, § 5 Abs. 3 mit Anlage 2 zum HVM vom 24.06.2000). Ab dem Quartal I/2000 wurde die Gesamtvergütung getrennt für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt (§ 3 HVM vom 24.06.2000). Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgte die Aufteilung der Mittel entsprechend dem Gesamtvergütungsanteil der jeweiligen Honorargruppe im Jahr 1999 (§ 5 Abs. 4 HVM vom 24.06.2000); die nach dem 31.12.1999 stattfindende Veränderung der Arztzahlen war zu berücksichtigen (§ 5 Abs. 5 HVM vom 24.06.2000). Ab dem Quartal IV/2000 wurden die Fachärzte für Strahlentherapie aus dem Radiologenfonds ausgegliedert (vgl. § 5 Abs. 2 Buchst. b, Abs. 3 HVM vom 30.03.2001). Von diesem Quartal an war für die Aufteilung der Mittel auf die Facharztgruppen deren Gesamtvergütungsanteil im Quartal III/2000 maßgebend (§ 5 Abs. 4 HVM vom 30.03.2001); dafür entfiel die bisherige Arztzahlveränderungsregelung, jedoch konnten

Veränderungen der Anzahl der Großgeräte bei der Bildung der Mittel für diesen Honorarfonds berücksichtigt werden (Klammerzusatz zu § 5 Abs. 3 HVM vom 30.03.2001).

Die Punktwerte, die für die Fachgruppe der Radiologen zu Anwendung kamen, entwickelten sich folgendermaßen: Quartal Radiologen CT/MRT EK PK EK PK I/1999 7,45 6,09 4,43 4,29 II/1999 7,52 6,23 4,34 4,47 III/1999 6,92 5,25 - - IV/1999 7,29 5,16 - - I/2000 5,75 4,24 - - II/2000 5,68 4,72 - - III/2000 6,52- 4,65- - - IV/2000 6,42- 4,34- - - I/2001 4,93 4,48 - -) Neuberechnung mit Berücksichtigung der KO-Leistungen -) Neuberechnung gemäß dem ab 01.10.2000 geltenden HVM (vom 30.03.2001)

Die Beklagte berechnete das Honorar des Klägers in den streitigen Quartalen, wie folgt: Quartal Gesamt-fallzahl Gesamtpunkt-zahl kurativ Auszahlungspunktwert nach Abstufungsreg. Gesamthonorar Honorarbescheid EK PK IV/1999+ Nachtr. 2.494+ 78 2.304.720,0+ 68.840,0 7,4846 5,1194 140.714,71 DMeinschl. Nachtr. 27.04.2000 I/2000+ Nachtr. 2.671+ 67 2.315.720,0+ 54.040,0 5,8261 4,0968 110.791,11 DM einschl. Nachtr. 27.07.2000 II/2000+ Nachtr. 2.213+ 174 1.875.210,0+ 156.170,0 5,7583 4,6210 102.455,90 DMeinschl. Nachtr. 26.10.2000 III/2000+ Nachtr. 1.643+ 180 1.408.920,0+ 195.560,0 7,1054 4,8042 88.354,27 DMeinschl. Nachtr. 29.01.2001 IV/2000+ Nachtr. 2.062+ 254 1.800.570,0+ 243.600,0 6,6033 4,2583 103.422,36 DMeinschl. Nachtr. 26.04.2001 I/2001+ Nachtr. 2.428+ 248 2.141.920,0+ 236.740,0 4,9782 4,4435 109.993,86 DMeinschl. Nachtr. 26.07.2001

Mit dem Honorarbescheid vom 26.07.2001 wurden die Quartale III und IV/2000 neu berechnet; für das Quartal III/2000 ergab sich eine Rückforderung von 2.209,86 DM und für das Quartal IV/2000 eine Nachzahlung von 1.281,74 DM.

Der Kläger legte gegen die Honorarbescheide jeweils Widerspruch ein. Mit den Widersprüchen wandte er sich insbesondere gegen die Abstufung; angesichts des Punktwertverfalls könne eine radiologische Praxis der Grundversorgung (mit Schwerpunkt konventionelles Röntgen) nicht mehr kostendeckend geführt werden.

Die Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheiden vom 26.07.2000 (Quartal IV/1999), 31.01.2001 (Quartal I/2000), 14.03.2001 (Quartal II/2000), 15.05.2001 (Quartal III/2000), 24.07.2001 (Quartal IV/2000) und 01.11.2001 (Quartal I/2001) zurück. Hauptursache des Punktwertverlusts sei zunächst die Auflösung des Großgerätefonds und später die Trennung von hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich gewesen.

Der Kläger hat beim Sozialgericht Dresden (SG) gegen die Honorarbescheide am 21.08.2000 (Quartal IV/1999 - Az.: S 11 KA 577/00), 06.02.2001 (Quartal I/2000 - Az.: [S 11 KA 145/01](#)), 20.03.2001 (Quartal II/2000 - Az.: S 11 KA 295/01), 29.05.2001 (Quartal III/2000 - Az.: S 11 KA 613/01), 07.08.2001 (Quartal IV/2000 - Az.: S 11 KA 820/01) und 14.11.2001 (Quartal I/2001 - Az.: S 11 KA 1441/01) getrennt Klage erhoben. Das SG hat die Verfahren mit Beschluss vom 22.01.2003 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Der Kläger hat vorgebracht: Während er im Quartal I/1998 je Behandlungsschein 60,51 DM und im Quartal I/99 noch 54,67 DM erhalten habe, habe der Scheinwert im Quartal I/2000 nur noch bei 37,86 DM gelegen. Entsprechend stelle sich die Entwicklung des Punktwerts dar. Eine kostendeckende Praxis könne so nicht mehr geführt werden. Die Beklagte sei nicht bereit oder nicht in der Lage, Honorarverteilungsregelungen zu schaffen, die einer durchschnittlichen radiologischen Praxis wenigstens das Erreichen der Kostendeckungsgrenze ermöglichen. Der HVM sei spätestens seit dem Quartal I/1998 rechtswidrig gewesen, weil der Großgerätetopf ungenügend ausgestattet gewesen sei. Die unzureichende Ausstattung des Großgerätetopfes habe mit der Zusammenlegung der radiologischen Honorartöpfe im Quartal III/1998 zu einer rechtswidrigen Mindervergütung auch der konventionell-radiologischen Leistungen geführt. Bei medizinisch nachvollziehbaren Mengenentwicklungen müsse die Ausstattung des Topfes zeitnah verändert werden. Dies sei nicht geschehen. Der radiologische Gesamtvergütungsanteil müsse in Sachsen schon immer weit unter dem Durchschnitt gelegen haben, was seine Ursache nur in einer unzureichenden radiologischen Versorgungsstruktur gehabt haben könne. So seien 1999 noch 13 von 26 Planungsbereichen nicht von Zulassungsbeschränkungen betroffen und somit radiologisch unterversorgt gewesen. Der Anteil der Radiologen liege in Sachsen nach wie vor signifikant unter dem Bundesdurchschnitt.

Die Beklagte hat erwidert, die mangelnde Rentabilität einer Arztpraxis gehöre zum Berufsrisiko des freiberuflich tätigen Arztes. Das vertragsärztliche Versorgungssystem sei nicht gefährdet, auch nicht für die Radiologen. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), wonach Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung bestehe, wenn der Punktwert 15 % niedriger sei als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen, sei im HVM umgesetzt worden. Dabei sei sogar von einer Untergrenze von 10 % ausgegangen worden. Dass dabei zwischen budgetierten und unbudgetierten Leistungserbringern unterschieden werde, sei im Hinblick auf die fehlende Vergleichbarkeit beider nicht zu beanstanden. Der Punktwertrückgang bei den Fachärzten sei hauptsächlich durch die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Hausarztvergütung verursacht worden.

Mit Urteil vom 22.01.2003 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten seien nicht zu beanstanden. Dies gelte insbesondere für die Anknüpfung des Honoraranteils der Arztgruppen an das Ausgangsjahr 1995 (Quartal IV/1999) bzw. 1999 (ab Quartal I/2000). Aufgrund der enormen Ausweitungen des abgerechneten Leistungsbedarfs im Jahr 1996 und der Einführung der Praxisbudgetierung im Jahr 1997 sei es gerechtfertigt gewesen, auf das Jahr 1995 abzustellen. Die Zunahme der Leistungserbringer sei durch die Arztzahlveränderungsregelung in § 2 Abs. 4 HVM berücksichtigt worden. Diese für die Arztgruppe der Radiologen günstige Regelung sei zwar rechtswidrig. Doch könne sich dies im vorliegenden Verfahren nicht zu Lasten des Klägers auswirken. Die Beklagte habe die gesetzlichen Maßgaben zur Aufteilung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich ([§ 85 Abs. 4 i.V.m. Abs. 4a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \[SGB V\] in der Fassung \[i.d.F.\] des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 \[GKV-GRG 2000\] vom 22.12.1999 \[BGBl. I S. 2626\]](#)) und den Beschluss des Bewertungsausschusses hierzu in ihrem HVM für die Zeit ab dem Quartal I/2000 in nicht zu beanstandender Weise umgesetzt. Zwar habe der Bewertungsausschuss Honorarverschiebungen zu Lasten der Fachärzte von durchschnittlich 7 % angenommen. Doch führe die Tatsache, dass sich bei den Radiologen eine Änderung von über 7 % ergeben habe, nicht zur Rechtswidrigkeit der Honorarverteilung. Aus dem Absinken von ca. 30 % gegenüber dem Quartal I/1998 bei der Honorargruppe der Radiologen ergebe sich für die Beklagte keine Pflicht zu punktwertausgleichenden Stützungsmaßnahmen. Die Beklagte sei auch nicht verpflichtet, einzelne existenzgefährdete Arztpraxen über die Honorarverteilung finanziell zu stützen. Die Situation des Klägers sei nicht mit derjenigen der Psychotherapeuten bei der Erbringung strikt zeitgebundener Leistungen vergleichbar. Auch aus der Entwicklung der häufigsten konventionell-radiologischen Leistungen ergebe sich keine Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide. Die als unzureichend empfundene Honorierung einer Einzelleistung könne das System der vertragsärztlichen Vergütung nicht in Frage stellen, da dieser eine

Mischkalkulation zugrunde liege. Maßgebend sei nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe. Es lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Arztgruppe der Radiologen seit Einführung des GKV-GRG 2000 generell nicht in der Lage gewesen sei, bei optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung existenzfähige Praxen zu führen. Im Planungsbereich "Plauen-Stadt/Vogtlandkreis" sei, ebenso wie im gesamten Regierungsbezirk Chemnitz, keine unzureichende Versorgung ersichtlich.

Die Beklagte habe auch nicht gegen ihre Beobachtungs- und Reaktionspflicht verstoßen. Die Auffassung, der auf Überweisung tätige Arzt habe keinen Einfluss auf die von ihm im einzelnen Behandlungsfall erbrachten Leistungen, treffe nur eingeschränkt zu. Eine Korrekturverpflichtung der Beklagten habe nicht bestanden, da für die Honorargruppe der Radiologen die Punktwerte in den streitigen Quartalen nicht um mindestens 15 % vom durchschnittlichen Punktwert über alle Ärzte abwichen. Dabei seien – anders als dies die 1. Kammer des SG gesehen habe – die Werte der Ersatzkassen und Primärkassen getrennt zu betrachten. Ausgehend hiervon hätten in allen streitigen Quartalen die radiologischen Punktwerte die Durchschnittspunktwerte über alle Ärzte nicht um mindestens 15 % unterschritten. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus einem nach Auffassung der 1. Kammer des SG – dessen Berechnungsmethode jedoch nicht geteilt werde – zu gering bemessenen Großgerätetopf, der zum Quartal III/1999 aufgelöst worden sei. Denn entscheidend sei nicht, inwieweit sich durch das Zusammenlegen der Fonds "Großgeräte" und "konventionelle Radiologie" ein möglicherweise zu gering bemessener Ausgangsfonds in den Folgequartalen fortgewirkt habe. Entscheidend sei vielmehr, ob der für die Quartale ab III/1999 gültige Punktwert den gesetzlichen Vorgaben entspreche. Dies sei hier der Fall, da der den Radiologen zur Verfügung stehende Punktwert nicht um 15 % oder mehr vom Durchschnitt der übrigen Punktwerte abweiche. Im Übrigen habe die Beklagte zum Ausgleich des weggefallenen Großgerätefonds eine Abstufungsregelung eingeführt, durch die bei geringem Fallwert höhere Punktwerte erreicht würden und bei der die Staffelung anhand der persönlichen Fallzahlen erfolge. Rechtliche Bedenken gegen diese Vorgehensweise bestünden nicht. Der HVM sei auch hinsichtlich der Grundsätze der Praxisbudgetierung und der Unterscheidung zwischen budgetierten und nicht budgetierten Arztgruppen rechtmäßig. Der HVM müsse keine Ausgleichsmaßnahmen zwischen budgetierten und nicht budgetierten Honorargruppen vorsehen. Der geringere Punktwert der nicht budgetierten Honorargruppen sei geradezu die zwingende Folge der Möglichkeit zur Mengenausweitung. Diese sei auch bei den überweisungsgebundenen Leistungen nicht völlig ausgeschlossen.

Gegen dieses Urteil richtet sich der Kläger mit seiner am 17.02.2003 beim Sächsischen Landessozialgericht eingelegten Berufung. Grundlage seines Begehrens sei die Tatsache, dass durch die Änderung der Honorarverteilung der Beklagten beginnend ab dem Quartal III/1999 die Vergütung der konventionell-radiologischen Leistungen drastisch gesunken sei. In der streitigen Zeit habe eine nachhaltige Honorarumverteilung zu Lasten der konventionell tätigen Radiologen und gleichzeitig zu Gunsten der übrigen Vertragsärzte stattgefunden, ohne dass hierfür ein rechtfertigender Grund erkennbar wäre. Aufgrund der spezifischen Situation in den neuen Bundesländern sei das Kalenderjahr 1995 als Basiszeitraum für eine angemessene Aufteilung jedenfalls mit Blick auf die Radiologen ungeeignet, weil es 1995 noch keine ausreichende Versorgungsstruktur hinsichtlich radiologischer Großgeräte gegeben habe. Die unzureichende Ausstattung des Großgerätetopfes habe nach dessen Zusammenlegung mit dem Radiologentopf Mitte 1999 unmittelbar auf die konventionelle Radiologie durchgeschlagen. Zwar sei es grundsätzlich zulässig, Honorarkontingente nach dem Verteilungsergebnis eines Basiszeitraums zu bilden, wenn dieser repräsentativ sei. Allerdings könne – und dies habe das BSG gerade für CT- und MRT-Leistungen entschieden – bei bestimmten Leistungen eine medizinisch indizierte Mengenentwicklung eintreten, die – insbesondere wenn es sich um auftragsgebundene Leistungen handele – zu einem Anpassungserfordernis hinsichtlich des Volumens eines Honorartopfs führe. Diese Anpassung habe zu Lasten aller übrigen Facharztgruppen zu erfolgen. Diese Vorgaben habe die Beklagte außer Acht gelassen, indem sie zunächst das Honorarvolumen des Großgerätetopfes bis einschließlich Quartal II/1999 nicht angepasst habe, um danach eine Lösung zu finden, die ausschließlich innerhalb der radiologischen Fachgruppe wirken und die übrigen Fachgruppen verschonen sollte. Die Mengenentwicklung sei in erster Linie durch die übrigen Facharztgruppen verursacht worden, die die modernen und hochwertigen schnittbilddiagnostischen Leistungen der medizinischen Entwicklung folgend verstärkt anforderten. Der Punktwertverfall ab dem Quartal I/2000 sei möglicherweise darauf zurückzuführen, dass ab diesem Quartal in der Honorarverteilung auch Leistungen außersächsischer Kassen Eingang in die Punktwertberechnung gefunden hätten. Außerdem sei der Grundsatz auf angemessene Vergütung derart verletzt, dass für ihn – den Kläger – hieraus ein subjektiv-rechtlicher Anspruch resultiere. Das BSG habe einen solchen Anspruch jedenfalls dann bejaht, wenn eine zu niedrige Vergütung zu einer strukturellen Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung führe. Dies sei im vorliegenden Fall individuell, generell und auch statistisch für die Fachgruppe der Radiologen belegt. Er – der Kläger – habe ab 2000 ausweislich seiner Einkommensteuerbescheide keine positiven Einkünfte mehr erzielt.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 22. Januar 2003 sowie die Honorarbescheide für die Quartale IV/1999, I/2000, II/2000, III/2000, IV/2000 und I/2001 in Gestalt des jeweiligen Widerspruchsbescheides (im Einzelnen: Bescheid vom 27. Mai [richtig: April] 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juli 2000, Bescheid vom 27. Juli 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Januar 2001, Bescheid vom 26. Oktober 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2001, Bescheid vom 29. Januar 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2001, Bescheid vom 26. April 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Juli 2001, Bescheid vom 26. Juli 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. November 2001) aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale IV/1999, I/2000, II/2000, III/2000, IV/2000 und I/2001 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Entgegen der Auffassung des Klägers sei die Leistungserbringung mit Großgeräten 1995 nicht unerheblich gewesen. Im Quartal II/1995 habe der radiologische Honoraranteil ohne Hausarzt und Kosten, jedoch mit Großgeräten bei den Ersatzkassen 7,9 Mio. DM (5,8 %) und bei den Primärkassen rund 12,1 Mio. DM (4,6 %) betragen; der Großgeräteanteil habe sich auf 2,8 Mio. DM bei den Ersatzkassen und 4,3 Mio. DM bei den Primärkassen belaufen. Auch im Quartal I/1995 habe die Leistungserbringung mit Großgeräten rund 7,5 Mio. DM bei beiden Kassenarten ausgemacht. 1995 habe daher durchaus als Basisjahr gewählt werden dürfen. Ausweislich einer vorgelegten Statistik seien das dem Großgerätefonds zur Verfügung gestellte Honorar während seines Bestehens (Quartal III/1997 bis II/1999) annähernd im selben Maße gestiegen oder gefallen, wie das den übrigen Leistungserbringern zur Verfügung stehende Honorar. Dagegen habe sich der Leistungsbedarf im Großgerätebereich überproportional entwickelt. Insbesondere im Quartal I/1998 und I/1999 sei ein Sprung zu verzeichnen, der sich medizinisch kaum erklären lasse. Die große Veränderung des Leistungsbedarfes von CT/MRT-Leistungen sei vor allem auf eine Steigerung der Praxenzahl zurückzuführen.

Der Kläger hat Einkommensteuerbescheide für 1997 bis 2002 sowie Gewinnermittlungen für 2000 bis 2002 vorgelegt.

Dem Senat haben die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge – einschließlich des durchgeführten einstweiligen Rechtsschutzverfahrens (Az.: [S 11 KA 584/00 ER](#); [L 1 B 13/01 KA-ER](#)) – vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale IV/1999 bis I/2001 sind nicht rechtswidrig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992 ([BGBl. I S. 2266](#)). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im HVM zu. Bei der Ausformung des HVM räumt das Gesetz den KÄVen einen Gestaltungsspielraum ein (siehe nur BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 9; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 30, 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 10). Bei der Ausfüllung dieses Spielraums sind allerdings insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars (vgl. BSG, Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 13/00 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#) S. 311; Urteil vom 03.12.1997 - [6 Rka 21/97 - BSGE 81, 213, 217 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#); Urteil vom 29.09.1993 - [6 Rka 65/91 - BSGE 73, 131, 136 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#)) sowie der aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. BSG, Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408; Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 13/00 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#) S. 310 f.; Urteil vom 03.03.1999 - [B 6 KA 8/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#) S. 227) zu beachten. 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 (BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 11; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50 f.; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 10).

Die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten und deren Anwendung sind – soweit sie für den Anspruch des Klägers auf höheres Honorar relevant sind – rechtlich nicht zu beanstanden. Die Beklagte war berechtigt, in ihrem HVM einen Fonds für die Arztgruppe der Radiologen vorzusehen (1). Dieser Fonds ist von seinem Zuschnitt her weder durch die Auflösung des CT/MRT-Fonds (2) noch in der Folgezeit rechtswidrig geworden (3). Der Kläger kann auch nicht beanspruchen, dass der günstige Punktwert für die konventionell radiologische Leistungen, wie er vor Auflösung des CT/MRT-Fonds bestanden hatte, weiterhin für ihn Anwendung findet (4). Schließlich führt auch der Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung zu keinem höheren Honorarverteilungsanspruch (5).

1. Die Bildung eines Honorartopfes für die Radiologen – wie im HVM der Beklagten – ist nicht zu beanstanden.

Honorartöpfe können nach Arztgruppen, Versorgungsgebieten oder Leistungsbereichen gebildet werden; auch Mischsysteme sind zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408 f.; Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1, 2](#) f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#); Urteil vom 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) S. 237). 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 sollen, 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 (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 15). 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 (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 15; Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408). Die Zuordnung zu einem Honorarkontingent wird auch nicht ohne Weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge – im Gefolge medizinisch-technischer Fortschritte mit der Entwicklung aussagekräftigerer und schonenderer Diagnose- und Behandlungsverfahren – ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 30). Gemessen an diesen Maßstäben bestehen gegen die Bildung eines Honorartopfes für die Facharztgruppe der Radiologen, wie sie im Bezirk der beklagten KÄV ab dem Quartal III/1997 erfolgte, keine Bedenken (zur grundsätzlichen Berechtigung, für die Radiologen eigene Honorarkontingente vorzusehen: BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 49 ff.; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 15).

2. Gegen die Bildung eines Honorartopfes für seine Facharztgruppe wendet sich der Kläger nicht. Seine Einwendungen richten sich vielmehr gegen den Zuschnitt dieses Honorartopfes. Dabei rügt er insbesondere, dass der CT/MRT-Fonds, mit dem der Facharztfonds der Radiologen zum Quartal III/1999 zusammengelegt worden ist, bereits anfänglich unzureichend ausgestattet war. Dem kann indessen nicht gefolgt werden (a). Die Beklagte hat hinsichtlich des CT/MRT-Fonds auch nicht gegen ihre Beobachtungs- und Reaktionspflicht verstoßen (b). Sie war nicht verpflichtet, die mit der Auflösung des CT/MRT-Fonds erstrebte Punktwertstabilisierung zu Lasten aller anderen Facharztgruppen bzw. der Gesamtheit der Vertragsärzte vorzunehmen (c). Ebenso wenig war die Beklagte gehalten, die für die konventionell-radiologischen Leistungen günstige Bildung eines CT/MRT-Fonds beizubehalten (d). Schließlich unterliefen der Beklagten bei der Auflösung des CT/MRT-Fonds auch keine Rechtsfehler (e).

a) Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann grundsätzlich an die Verhältnisse in früheren Quartalen angeknüpft werden (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 15; Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 409). Dabei können die zu Grunde gelegten früheren Quartale um einige Zeit zurückliegen, wenn es Gründe gibt anzunehmen, dass das Leistungs- und Abrechnungsverhalten der Vertragsärzte damals mehr als später am tatsächlichen medizinischen Bedarf und weniger an der Erzielung von Honorarzuwächsen ausgerichtet war (BSG, Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R - SozR 3-2500 §](#)

85 Nr. 48 S. 409).

Der HVM der Beklagten sah ab dem Quartal III/1996 fachgruppenbezogene Honorartöpfe (Facharztfonds) vor (§ 2 Abs. 3 HVM vom 23.11.1996); die Aufteilung der Mittel auf die Fonds erfolgte nach dem Durchschnittsanteil der einzelnen Facharztgruppen an der Gesamtvergütung im Jahr 1995 (§ 2 Abs. 4 Satz 1 HVM vom 08.11.1997). Zusätzlich wurde ab dem Quartal I/1997 für bestimmte Großgeräte-Leistungen (CT, MRT, Koronarangiographie, Ballondilatation der Koronarien, Linksherzkatheterismus, extrakorporale Stoßwellenlithotripsie, Strahlentherapie) ein gesonderter Fonds gebildet, der nach dem Anteil dieser Leistungen an der Gesamtvergütung im 2. Halbjahr 1996 bemessen wurde (§ 2 Abs. 2c i.V.m. § 10 Satz 2 HVM vom 23.11.1996). Ab dem Quartal III/1997 wurde der bisherige Großgerätefonds in vier getrennte Fonds, u.a. einen Fonds für CT/MRT, aufgespalten; Grundlage für die Bemessung der Großgeräte-Fonds war weiterhin der Gesamtvergütungsanteil im 2. Halbjahr 1996 (§ 2 Abs. 2c i.V.m. § 10 Satz 1 HVM vom 08.11.1997).

Dass beim Zuschnitt des Radiologenfonds an das Jahr 1995 angeknüpft wurde, ist ebenso wenig zu beanstanden wie die Anknüpfung des CT/MRT-Fonds an das 2. Halbjahr 1996. Es handelte sich in beiden Fällen um aktuelle und repräsentative Referenzzeiträume. Dies gilt nicht allein für die konventionell radiologischen Leistungen, sondern auch für die ab Quartal III/1996 in den Radiologenfonds und ab Quartal I/1997 in den Großgeräte-Fonds einbezogenen CT- und MRT-Leistungen. Aus den von der Beklagten vorgelegten Häufigkeitsstatistiken geht hervor, dass in dem im HVM herangezogenen Referenzzeitraum (2. Halbjahr 1996) CT- und MRT-Leistungen bereits in erheblichem Umfang - und mit einem damals noch relativ günstigen Punktwert - bei der Honorarverteilung berücksichtigt worden sind: Quartal CT MRT 5210-5211- 5221- 5222- 5520- 5521- I/1996 350.103 556.272 512 38 28.006 18.303 II/1996 333.995 587.190 549 42 26.748 16.777 III/1996 338.235 590.474 824 26 28.165 19.771 IV/1996 340.957 574.829 660 16 27.787 18.128 I/1997 364.803 625.833 773 15 32.249 19.753 II/1997 372.232 647.060 781 42 33.031 21.492 III/1997 345.617 645.182 858 950 33.449 22.892 IV/1997 371.741 689.751 683 1.372 35.330 24.274 I/1998 427.988 787.506 715 1.824 45.704 30.338 II/1998 394.165 769.681 743 1.491 48.189 33.505 III/1998 376.826 755.953 853 2.403 51.229 36.513 IV/1998 420.102 812.645 817 2.664 54.857 39.358 I/1999 440.702 883.850 931 5.068 60.545 44.261 II/1999 410.141 847.107 986 1.700 62.849 45.405 III/1999 381.779 800.008 932 1.186 62.152 47.788 IV/1999 391.431 841.101 880 778 65.192 49.357 I/2000 433.662 952.056 1.040 824 76.934 55.190 II/2000 399.937 905.295 986 1.867 75.138 54.195 III/2000 358.833 804.974 1.164 2.171 70.179 53.314 IV/2000 402.206 876.810 1.009 2.496 78.880 60.392 -) Gebührenordnungsnummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) Zwar lässt sich eine Mengendynamik feststellen - weniger bei der Nr. 5210 EBM-Ä (CT-Untersuchung des Schädels oder an einem Extremitäten-Gelenkbereich) als bei der Nr. 5211 EBM-Ä (CT-Untersuchung von Körperregionen, die in der Nr. 5210 EBM-Ä nicht aufgeführt sind) und ausgeprägt bei den Nrn. 5520 und 5521 EBM-Ä (MRT-Untersuchung des Schädels oder an einem Extremitäten-Gelenkbereich einerseits und MRT-Untersuchung von Körperregionen, die in der Nr. 5520 EBM-Ä nicht aufgeführt sind, außer Mamma und Herzkranzgefäße andererseits). Doch folgt aus dem Bestehen einer Mengendynamik allein nicht, dass der Referenzzeitraum unzutreffend gewählt wurde. Schließlich liegt der rechtfertigende Grund für die Bildung von Honorartöpfe gerade darin, auf Mengensteigerungen zu reagieren.

Auch angesichts der Entwicklung der Zahl der Großgeräte Jahr CT Davon in Kooperation mit Krankenhaus MRT Davon in Kooperation mit Krankenhaus 1995 20 5 8 1 1996 22 7 8 1 1997 25 10 13 2 1998 32 10 13 2 1999 33 8 16 3 2000 34 9 17 5 und der Erbringer von CT- und MRT-Leistungen Quartal CT MRT 5210- 5211- 5221- 5222- 5520- 5521- I/1996 61 55 5 7 14 14 II/1996 65 62 6 5 14 15 III/1996 65 66 6 4 15 14 IV/1996 73 72 6 3 14 14 I/1997 74 71 7 5 18 18 II/1997 84 75 7 6 21 18 III/1997 85 77 6 7 22 18 IV/1997 95 83 9 7 21 21 I/1998 87 79 5 7 17 15 II/1998 91 83 8 9 17 19 III/1998 97 89 10 8 23 22 IV/1998 101 94 8 13 23 23 I/1999 112 93 12 14 23 22 II/1999 107 93 10 13 26 24 III/1999 110 97 11 13 29 27 IV/1999 108 101 11 14 28 29 I/2000 109 101 13 13 29 29 II/2000 110 97 12 15 30 31 III/2000 115 109 14 15 31 28 IV/2000 114 105 10 16 29 30 -) Gebührenordnungsnummern des EBM-Ä kann nicht davon die Rede sein, dass - wie der Kläger meint - die radiologische Versorgungsstruktur im Bezirk der Beklagten in dem von dieser gewählten Referenzzeitraum unzureichend gewesen sei und hieran folglich bei der Bemessung des CT/MRT-Topfes nicht angeknüpft werden dürfen. Soweit der Kläger zum Beleg seiner Ansicht darauf hingewiesen hat, dass noch 1999 in einigen Planungsbezirken der Beklagten für Radiologen keine Zulassungsbeschränkungen bestanden hatten, lässt sich daraus auf eine Unterversorgung nicht schließen. Denn Zulassungsbeschränkungen sind erst zulässig, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 % überschritten ist (§ 101 Abs. 1 Satz 1 SGB V), mithin erst dann, wenn eine erhebliche Überversorgung besteht. Freilich sind die reinen Arztzahlen ohnehin ein recht ungenaues Anzeichen für einen medizinischen Leistungsbedarf. Nicht ohne Grund hat die Rechtsprechung die Arztzahlveränderungsregelung im HVM der Beklagten für rechtswidrig gehalten, weil die automatische Berücksichtigung der Erhöhung der Arztzahlen beim Zuschnitt von Facharztfonds auf die Anerkennung angebotsinduzierter Honorarvolumina hinauslief (so BSG, Beschluss vom 22.06.2005 - B 6 KA 68/04 B - veröffentlicht in juris, unter Bestätigung des Urteils des erkennenden Senats vom 31.03.2004 - L 1 KA 8/00). Demgegenüber geht aus den aufgeführten Statistiken hervor, dass bereits im 2. Halbjahr 1996 in erheblichem Umfang CT- und MRT-Leistungen erbracht worden sind.

Zu beanstanden ist auch nicht, dass bei der zum Quartal III/1997 erfolgten Aufspaltung des einheitlichen Großgerätefonds in vier getrennte Fonds statt einer Anknüpfung an das 2. Halbjahr 1996 auch eine Anknüpfung an das 1. Halbjahr 1997 denkbar gewesen wäre. Denn die Situation hat sich in diesem Halbjahr nicht wesentlich anders dargestellt als in dem vorhergehenden. Auch bei der Aufspaltung des einheitlichen Großgerätefonds handelte es sich bei dem 2. Halbjahr 1996 um einen repräsentativen Referenzzeitraum.

b) Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, den CT/MRT-Fonds während der Zeit seines Bestehens zu korrigieren.

Die KÄV ist als HVM-Normgeber dazu verpflichtet, die Honorar- und Punktwertentwicklung regelmäßig zu überprüfen und im Falle eines dauerhaften gravierenden Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen stützend einzugreifen (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12, jeweils Rn. 25; Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1, 4 f. = SozR 3-2500 § 85 Nr. 26). Eine solche Reaktionspflicht setzt voraus, dass ein dauerhafter Punktwertabfall vorliegen und die Arztgruppe in einem vom Umsatz her wesentlichen Leistungsbereich betroffen sein muss, ferner 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 (BSG, Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1, 4 f. = SozR 3-2500 § 85 Nr. 26; Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12, jeweils Rn. 25; Urteil vom 22.06.2005 - B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17 Rn. 23). Ein gravierender Punktwertverfall ist bei Leistungen, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können, erst dann angenommen worden, wenn der Punktwert für die aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen mindestens 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt (BSG, Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1, 5 =

[SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#); Urteil vom 28.01.2004 - [B 6 KA 52/03 R - BSGE 92, 87](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#), jeweils Rn. 32).

Das BSG hat inzwischen seine Rechtsprechung zur Beobachtungs- und Reaktionspflicht modifiziert. In Urteilen vom 20.10.2004 ([B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) und - [B 6 KA 31/03 R](#) - veröffentlicht in juris) hat es darauf hingewiesen, dass das Kriterium eines Absinkens des Punktwertes auf 15 % unter denjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen bei Honorarverteilungsregelungen nicht passt, bei denen zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden sind, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so dass es keinen Restbereich sonstiger Leistungen mehr gibt, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte. Als ersatzweise heranzuziehende Vergleichsbasis eignet sich für den Bereich, der in der Zeit vom 01.07.1997 bis zum 30.06.2003 nicht den Praxis- und Zusatzbudgets nach dem EBM-Ä unterlag, kein Durchschnittspunktwert, der auf der Grundlage der durch die EBM-Ä-Budgetierungen gekürzten Punktmengen errechnet wurde und dadurch künstlich erhöht war. Aber auch gegen die Heranziehung des durchschnittlichen Punktwerts der nicht-budgetierten Leistungen bestehen Bedenken, weil dieser ebenfalls nur einen verhältnismäßig kleinen Teil aller Leistungen erfassen würde und daher kaum als repräsentativ angesehen werden kann (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 26 ff.; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 31/03 R](#) - veröffentlicht in juris).

Ausgehend hiervon kann der durchschnittliche Punktwert aller Vertragsärzte nicht als Vergleichsmaßstab zugrunde gelegt werden, da in ihn auch die Punktwerte der Arztgruppen eingegangen sind, die den EBM-Ä-Budgetierungen unterlegen haben und bei denen infolge der dadurch bedingten Punktmengen Kürzung die Punktwerte erhöht worden waren. Dies verdeutlicht eine Tabelle, die die Beklagte mit dem Honorarbescheid für das Quartal II/2000 übersandt hat. In dieser Tabelle waren für die einzelnen Honorargruppen den Punktwerten, die sich bei Anwendung der EBM-Ä-Budgetierung ergaben, die Punktwerte gegenübergestellt, die nach den Berechnungen der Beklagten ohne Praxisbudgetierung bestanden hätten. Dabei wichen die budgetierten Punktwerte von den unbudgetierten Punktwerten um bis zu 2 Ppf. ab. Allerdings lassen sich – anders als diese Tabelle suggeriert – die Effekte der EBM-Ä-Budgetierungen nicht ohne weiteres herausrechnen. Denn einerseits werden viele Vertragsärzte Punktmengen, die ihre Praxis- und Zusatzbudgets überstiegen hatten, gar nicht gegenüber der Beklagten abgerechnet haben. Infolge der verhaltenssteuernden Wirkung der Budgets wurden andererseits Leistungen unterlassen, die ohne Budgetierung erbracht worden wären, um die eigene Punktmenge zu stabilisieren oder gar auszuweiten. Noch weniger als Vergleichsmaßstab geeignet ist der Punktwert der Radiologen. Denn dieser erfasst mit den sonstigen radiologischen Leistungen nur einen sehr kleinen Teil aller Leistungen und kann daher nicht als repräsentativ angesehen werden. Beim durchschnittlichen Punktwert der nicht-budgetierten Leistungen ist die Vergleichsbasis deutlich breiter. Aber auch gegen dessen Heranziehung hat das BSG Bedenken angemeldet, weil er nur einen verhältnismäßig kleinen Teil aller Leistungen erfasst. Stellt man diese Bedenken – mangels sonstiger geeigneter Vergleichsmaßstäbe – aber zurück, so ergibt dieser Vergleich keinen Punktwertabfall, der so gravierend und dauerhaft gewesen wäre, dass eine Eingriffspflicht der Beklagten bestanden hätte. Während der Zeit seines Bestehens (Quartal III/1997 bis Quartal II/1999) wies der CT/MRT-Fond folgende Abweichungen gegenüber dem Durchschnittspunktwert der nicht-budgetierten Ärzte auf: Quartal Punktwert CT/MRT Durchschnittspunktwert unbudgetierte Ärzte Abweichung EK PK EK PK EK PK III/1997 6,12 5,86 5,99 5,24 + 2,2 % + 11,8 % IV/1997 6,37 5,50 6,46 5,08 - 1,7 % + 8,3 % I/1998 5,24 4,60 6,00 4,83 - 12,7 % - 4,8 % II/1998 4,37 4,63 5,27 4,88 - 17,1 % - 5,1 % III/1998 5,20 5,32 5,57 4,81 - 6,6 % + 10,6 % IV/1998 5,60 4,90 6,12 4,79 - 8,5 % + 2,3 % I/1999 4,43 4,29 5,49 4,60 - 19,3 % - 6,7 % II/1999 4,34 4,47 5,50 4,71 - 21,1 % - 5,1 % Ein gravierender Punktwertverfall ist demnach im Primärkassenbereich überhaupt nicht feststellbar. Im Ersatzkassenbereich sank der Punktwert zunächst im Quartal II/1998 um mehr als 15 % unter den Vergleichspunktwert ab; in den beiden folgenden Quartalen wiederholte sich dies nicht wieder; erst im Quartal I/1999 unterschritt der Punktwert wieder die 15 %-Grenze und blieb auch im Folgequartal darunter. Der Vergleich zeigt erst ab dem Quartal II/1999 einen gravierenden Punktwertverfall von einer gewissen Dauerhaftigkeit auf. Diese kann im Regelfall frühestens nach Vorliegen der Daten aus mindestens zwei Quartalen angenommen werden (BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 25). Diesen Punktwertabfall konnte die Beklagte erst nach Vorliegen der Daten des Quartals II/1999, folglich erst gegen Ende des Quartals III/1999, feststellen. Eine Handlungspflicht der Beklagten konnte sich daraus mithin frühestens für das Quartal IV/1999 ergeben. Da hatte sie aber bereits gehandelt und den CT/MRT-Fonds mit dem Radiologenfonds mit der Folge zusammengelegt, dass ein Punktwert über dem Durchschnitt der unbudgetierten Honorargruppen erreicht werden konnte: Quartal Radiologenpunktwert Durchschnittspunktwert unbudgetierte Ärzte Abweichung EK PK EK PK EK PK III/1999 6,92 5,25 6,21 4,74 + 11,4 % + 10,8 % IV/1999 7,29 5,16 6,52 4,55 + 11,8 % + 13,4 %

Auch die Weiterentwicklung der Rechtsprechung zur Beobachtungs- und Reaktionspflicht, die das BSG in den Urteilen vom 20.10.2004 vorgenommen hat, führt zu keinem anderen Ergebnis. Danach besteht eine verstärkte Beobachtungspflicht der KÄV, sofern einem Honorarstopf nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern – aber mit einem relevanten Leistungsbereich – zugeordnet ist und der betroffene Bereich zudem in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 31 f.; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 52). Zeigt sich hier eine dauerhafte Steigerung der Leistungsmenge und zugleich ein dauerhafter Punktwertabfall bis deutlich unter andere vergleichbare Durchschnittspunktwerte – z.B. im Vergleich zu den anderen nicht-budgetierten Leistungen –, ohne dass dies von den Betroffenen selbst zu verantworten ist, so ist darauf durch angemessene Erhöhung des Honorarkontingents zu reagieren (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 31). Bei CT-/MRT-Leistungen, die während des Bestehens des CT/MRT-Fonds von 85 (Quartal III/1997) bis zu 107 (Quartal II/1999) Ärzten erbracht worden sind – jeweils hinsichtlich der Nr. 5210 EBM-Ä –, kann von einer "geringen" Zahl von Leistungserbringern nicht die Rede sein. Das BSG selbst hat bei 90 Leistungserbringern von einer "großen" Zahl gesprochen und mit dem Kriterium der "geringen" Zahl eine Honorargruppe von unter 10 Leistungserbringern umschrieben (vgl. BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 32). Auf die Ärzte, die auch MRT-Leistungen erbrachten, ist dabei nicht abzustellen, da diese Gruppe auch hier deutlich mehr als (10-x) Leistungserbringer umfasste und zudem diese Großgeräte radiologen typischerweise zugleich auch in erheblichem Umfang CT-Leistungen erbrachten. Eine gesteigerte Beobachtungspflicht, die ein Eingreifen bei einem Punktwertabfall von weniger als 15 % gegenüber dem Durchschnittspunktwert der nicht-budgetierten Honorargruppen geboten hätte, hätte folglich nicht bestanden. Auch mit dem Argument, die Ursache für den Punktwertabfall liege – zumindest ganz überwiegend – im medizinisch-technischen Fortschritt und der damit einhergehenden Erkenntnis der Vorzüge der Schnittbilddiagnostik, die gegenüber herkömmlichen Diagnoseverfahren aussagekräftigere und zugleich schonendere Methoden biete, sodass die anderen Ärzte ihre Zielaufträge an die Radiologen (sowohl der Zahl nach als auch im Sinne zunehmender Anforderungen höherwertiger Diagnostik) erheblich steigerten, und aus der daraus abgeleiteten Folgerung, dass deshalb die Verantwortung für die Leistungsmengensteigerungen der Gesamtheit der Vertragsärzte zuzurechnen sei, die den Punktwertabfall der Radiologen auszugleichen habe, lässt sich eine gesteigerte Beobachtungs- und Reaktionspflicht nicht begründen – zumal Zweifel daran bestehen, ob die Radiologen selbst auf die Mengenentwicklung keinen Einfluss nehmen können (BSG, Urteile vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 30 und - [B 6 KA 31/03](#)

[R](#) - veröffentlicht in juris - in Abgrenzung zu BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [BSGE 83, 1](#), 5 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)).

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Entwicklung der Zahl der Erbringer von CT//MRT-Leistungen seit Einführung des Großgeräte-Fonds. Zwar hat das BSG in einem Urteil vom 31.08.2005 ([B 6 KA 6/04 R](#) - veröffentlicht in juris) die in den Urteilen vom 20.10.2004 ([B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) und [B 6 KA 31/03 R](#) - veröffentlicht in juris) entwickelten Maßstäbe dahingehend zusammengefasst, dass Veranlassung für eine Korrektur von arztgruppenbezogenen Honorarkontingenten von vornherein nur dann bestehe, wenn sich bezogen auf den Referenzzeitraum Verschiebungen von relevanten Anteilen der ärztlichen Leistungen insgesamt zwischen verschiedenen Arztgruppen ergeben hätten, oder in Folge des medizinischen Fortschritts in einem bestimmten Leistungsbereich die Zahl der Ärzte und der erbrachten Leistungen signifikant ansteige. Freilich gilt auch insoweit: Aus Veränderungen der Arztzahl allein lässt sich eine Korrekturpflicht nicht ableiten. Vielmehr bedarf die Erhöhung des Honorarvolumens einer Fachgruppe zu Lasten anderer zu ihrer Rechtfertigung weiterer Gründe, so z.B. dass zugleich eine medizinisch gerechtfertigte Änderung des Leistungsgeschehens vorliegt - etwa durch Veränderungen der Zusammensetzung der Patientenschaft, der Zahl der Patienten und Behandlungsfälle, oder durch eine sonstige bedarfsbedingte Expansion oder Reduktion der ärztlichen Leistungen (BSG, Beschluss vom 22.06.2005 - [B 6 KA 68/04 B](#) - veröffentlicht in juris). Die Vorzüge der Schnittbilddiagnostik gegenüber der konventionellen Radiologie stellen aber - wie bereits ausgeführt wurde - einen derartigen Rechtfertigungsgrund nicht dar. Im Übrigen hat die Beklagte über die - in ihrer Ausgestaltung zu weitgehende und daher rechtswidrige - Arztzahlveränderungsregelung in ihrem HVM dem CT/MRT-Fonds im Laufe seines Bestehens weitere Mittel zugeführt: Während die Summe des kurativen Honorars aller Honorargruppen vom Quartal III/1997 bis zum Quartal II/1999 um 8,96 % (von 378.482.525,40 DM auf 344.554.875,50 DM) sank, nahm das Honorar des Großgerätefonds im gleichen Zeitraum um 6,93 % (von 10.337.995,58 DM auf 11.054.687,88 DM) zu. Sofern in der Zunahme an Erbringern von CT- und MRT-Leistungen ein Indiz für das Wachstum eines medizinisch berechtigten Leistungsbedarfs gesehen wird, hat die Arztzahlveränderungsregelung nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch zu einer absoluten und relativen Erhöhung des Honorarvolumens geführt. Setzt man das niedrigere Honorarvolumen an, wick das Volumen des CT/MRT-Fonds um mehr als positive 17 % von der allgemeinen Entwicklung ab.

Zu einem anderen Ergebnis führen auch nicht die Stützungs- und Anpassungsregelungen im HVM der Beklagten.

Die Beklagte war aufgrund der Stützungsregelung in § 2 Abs. 2 HVM zu einem früheren Eingreifen nicht verpflichtet gewesen. § 2 Abs. 5 Satz 2 HVM vom 08.11.1997 sah ab dem Quartal I/1998 vor, dass die kurativen Punktwerte der einzelnen Fonds den durchschnittlichen kurativen Punktwert über alle Fonds - getrennt nach budgetierten und unbudgetierten Fachgruppen - um nicht mehr als 20 % unterschreiten durften. Dieser Prozentsatz wurde erst ab dem Quartal I/1999 auf 10 % abgesenkt (§ 2 Abs. 5 Satz 2 HVM vom 27.01.1999). Diese Stützungsregelung konnte auch in ihrer verschärften Fassung im Falle des CT/MRT-Fonds nicht mehr greifen. Denn auch die - in Anlehnung an die Rechtsprechung des BSG geschaffene - Stützungsregelung im HVM der Beklagten setzte einen Punktwertabfall von einer gewissen Dauerhaftigkeit voraus. Eine Pflicht zum Eingreifen konnte demnach frühestens nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des Quartals II/1999 bestehen. Auch die Voraussetzungen für eine Anwendung der Anpassungsregelung des § 2 Abs. 4a Nr. 2 HVM vom 09.05.1998 lagen nicht vor. Danach war der Vorstand der Beklagten berechtigt, bestimmte Veränderungen der Fallzahlen bzw. Fallpunktzahlen von auftragsgebundenen Leistungen bei der Aufteilung der Mittel auf die Fonds zu berücksichtigen. Voraussetzung dafür war, dass die Zunahme der Fallzahl bzw. Fallpunktzahl in der jeweiligen Honorargruppe die durchschnittliche Zunahme der Fallzahl bzw. Fallpunktzahl in den Honorargruppen, die in die Regelung einbezogen waren, um mehr als 10 % überstieg (§ 2 Abs. 4a Nr. 2 Satz 2 HVM vom 09.05.1998). Die Honorargruppe der Radiologen hat in den streitigen Quartalen eine Steigerung der Fallzahlen bzw. Fallpunktzahlen um mehr als 10 % niemals erreicht. Der Vorstand der Beklagten hat die Anpassungsregelung daher zu Recht nicht angewandt.

c) Ebenso wenig wie der Zuschnitt des CT/MRT-Fonds bei seiner Zusammenlegung mit dem Radiologenfonds zu beanstanden war, verstieß die Beklagte nicht dadurch gegen höherrangiges Recht, dass sie die damit bezweckte Stabilisierung der Punktwerte für CT- und MRT-Leistungen allein der Fachgruppe der Radiologen auferlegte - mit der zwangsläufigen Folge eines Absinkens des Punktwerts für die konventionelle Radiologie.

Entgegen der Auffassung des Klägers gibt es keinen Rechtssatz, wonach bei überweisungsgebundenen Facharztgruppen Maßnahmen zur Punktwertstabilisierung nur zu Lasten der Arztgruppen gehen dürfen, die die Leistungen durch ihre Überweisungen veranlassen. Abgesehen davon, dass es in der vom Kläger zum Beleg hierfür herangezogenen Entscheidung lediglich heißt, es bestehe kein Anlass, die anderen Ärzte von den Auswirkungen der Vermehrung von CT/MRT-Leistungen zu verschonen und nur den Radiologen den Punktwertabfall aufzubürden (BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [BSGE 83, 1](#), 6 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)), hat das BSG seine Rechtsprechung inzwischen deutlich modifiziert. Bereits die dem Urteil vom 09.09.1998 ([B 6 KA 55/97 R](#) - [BSGE 83, 1](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)) zugrunde liegende Annahme, die Radiologen könnten selbst auf die Mengenentwicklung ihrer Leistungen keinen Einfluss nehmen, stellt das BSG inzwischen in Frage (BSG, Urteile vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 30 und - [B 6 KA 31/03 R](#) - veröffentlicht in juris - in Abgrenzung zu BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [BSGE 83, 1](#), 5 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Angesichts der neueren Rechtsprechung zur Vergütung von Radiologen (neben den Urteilen vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) - und [B 6 KA 31/03 R](#) - veröffentlicht in juris - die Urteile vom 09.12.2004 - u.a. [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) -, [B 6 KA 40/03 R](#) und [B 6 KA 84/03 R](#) - beide veröffentlicht in juris) kann keine Rede davon sein, dass die KÄVen als HVM-Normgeber verpflichtet wären, Punktwerte für radiologische Leistungen nur zu Lasten aller anderen Facharztgruppen bzw. der Gesamtheit der Vertragsärzte zu stützen.

d) Die Beklagte war nicht verpflichtet, die für die Radiologen, die keine oder nur wenig CT/MRT-Leistungen erbringen, günstige Bildung eines CT/MRT-Topfes weiter beizubehalten.

Zwar können gewichtige Gründe für die Bildung von Honorarkontingenten sprechen (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 17). Eine Rechtspflicht zur Schaffung getrennter Honorartöpfe - mithin eine Reduktion des Gestaltungsspielraums des HVM-Normgebers auf Null - kommt aber nur dann in Betracht, wenn jede andere Möglichkeit zur Umsetzung der Honorarverteilung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig wäre, insbesondere, wenn dies die einzige Möglichkeit wäre, den strukturellen Unterschieden Rechnung zu tragen (BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 13 und 22). Bestehen diese Unterschiede in einer unterschiedlichen Tendenz zur Leistungsmengenausweitung, besteht erst dann keine Alternative zur Schaffung getrennter Honorartöpfe, wenn alle anderen Regelungen - wie z.B. Punktwertbegrenzungen je Behandlungsfall, Punktzahlbergrenzen für Leistungskomplexe und fallzahlbezogene Honorarbegrenzungen sowie Individualbudgets - nicht greifen können

(BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 22).

Die Beklagte war nicht verpflichtet, einen getrennten Honorartopf für die CT- und MRT-Leistungen beizubehalten. Zwar wiesen die konventionell-radiologischen einerseits und die CT- sowie die MRT-Leistungen andererseits eine unterschiedliche Mengentendenz aus. Den strukturellen Unterschieden zwischen diesen Leistungen konnte die Beklagte jedoch auch in anderer Weise als durch Beibehaltung getrennter Honorartöpfe Rechnung tragen. Sie hat denn auch die Auflösung des CT/MRT-Fonds durch die Einführung einer Abstufungsregelung flankiert (§ 2 Abs. 3 mit der Anlage zum HVM vom 09.06.1999 - später § 5 Abs. 3 mit Anlage 2 zum HVM vom 24.06.2000). Diese Regelung sollte nur für den Fall greifen, dass der nach den allgemeinen Bestimmungen des HVM berechnete Punktwert der Radiologen über alle Kassen unter 7,5 DPF fällt (Satz 1 der Anlage zum HVM vom 09.06.1999; Satz 1 der Anlage 2 zum HVM vom 24.06.2000). In diesem Fall sollten 60 % des Radiologenfonds "symmetrisch", d.h. mit einem für alle Angehörigen der Honorargruppe gleichen Teilpunktwert verteilt werden, der 4,0 DPF nicht unterschreiten durfte. Für bestimmte Leistungen erfolgte ein Zuschlag (Nr. 1 Buchst. b der Anlage zum HVM vom 09.06.1999); ein ursprünglich vorgesehener Abschlag (Nr. 1 Buchst. c der Anlage zum HVM vom 09.06.1999) entfiel ab dem Quartal I/2000 (vgl. Nr. 1 der Anlage zum HVM vom 24.11.1999). Der nach der "symmetrischen" Verteilung verbleibende Anteil des Honorarfonds von höchstens 40 % wurde "asymmetrisch" verteilt. Dazu wurden zu einen Teilfallpunktzahlen festgelegt, bis zu deren Höhe Punktzahlenforderungen mit einem jeweils einheitlichen (Teil-)Punktwert vergütet wurden (Nr. 2 Abs. 1 der Anlage zum HVM vom 09.06.1999; Nr. 2 Abs. 1 der Anlage 2 zum HVM vom 24.06.2000). Zum anderen wurden den einzelnen Punktzahlbereichen Fallzahlobergrenzen je Arzt zugeordnet und die Fallzahlen, die die Fallzahlobergrenze überstiegen, mit einem verminderten Punktwert vergütet (Nr. 2 Abs. 2 der Anlage zum HVM vom 09.06.1999; Nr. 2 Abs. 2 der Anlage 2 zum HVM vom 24.06.2000). Damit konnten bei geringeren Teilfallpunktzahlen je Behandlungsfall, mithin einem geringem Fallwert, höhere Punktwerte erreicht werden (Nr. 2 Abs. 1 und 5 der Anlage zum HVM vom 09.06.1999; Nr. 2 Abs. 1 und 5 der Anlage 2 zum HVM vom 24.06.2000 - auch als "Punktzahlmodell" bezeichnet, vgl. Nr. 3 Satz 2 der Anlage zum HVM vom 09.06.1999; Nr. 3 Satz 2 der Anlage 2 zum HVM vom 24.06.2000). Zugleich erfolgte eine Staffelung anhand der persönlichen Fallzahlen (Nr. 2 Abs. 2 und 5 der Anlage zum HVM vom 09.06.1999; Nr. 2 Abs. 2 und 5 der Anlage 2 zum HVM vom 24.06.2000 - auch als "Staffelmodell" bezeichnet, vgl. Nr. 3 Satz 2 der Anlage zum HVM vom 09.06.1999; Nr. 3 Satz 2 der Anlage 2 zum HVM vom 24.06.2000). Die fallwertabhängige Staffelung ("Punktzahlmodell") begünstigte tendenziell die konventionelle Radiologie. Dieser Effekt konnte jedoch durch die fallzahlabhängige Abstufung ("Staffelmodell") wieder aufgehoben werden. Der Kläger hat denn auch von der Abstufungsregelung nicht profitiert: Während in den streitigen Quartalen bei ihm im Ersatzkassenbereich die Auszahlungspunktwerte nach Anwendung der Abstufungsregelung die Radiologen-Punktwerte durchweg überstiegen, lagen sie im Primärkassenbereich fast immer darunter: Quartal Radiologen-Punktwert Auszahlungspunktwert des Klägers EK PK EK PK IV/1999 7,29 5,16 7,4846 5,1194 I/2000 5,75 4,24 5,8261 4,0968 II/2000 5,68 4,72 5,7583 4,6210 III/2000 6,52 4,65 7,1054 4,8042 IV/2000 6,42 4,34 6,6033 4,2583 I/2001 4,93 4,48 4,9782 4,4435 Auch wenn Ziel der Abstufungsregelung der Schutz der konventionellen Radiologie gewesen sein sollte, so hat sie dieses Ziel jedenfalls bei rein konventionell-radiologischen Praxen mit hoher Fallzahl, wie der des Klägers, nicht erreichen können. Dies führt jedoch nicht dazu, dass die Beklagte deshalb zur Beibehaltung getrennter Honorartöpfe für die CT/MRT-Leistungen einerseits und die übrigen radiologischen Leistungen andererseits verpflichtet und der Honorarverteilungsmaßstab deshalb rechtswidrig gewesen wäre. Hieraus folgt aber nicht, dass die Abstufungsregelung wirkungslos gewesen ist. Denn bei Radiologen mit unterdurchschnittlichen Fallzahlen konnte sie sehr wohl eine stützende Wirkung entfalten. Im Übrigen musste die Abstufungsregelung aus den unten bei 4. dargestellten Gründen auch nicht die Wirkung einer Besitzstandsregelung entfalten. Eine "Topf-im-Topf-Regelung" musste die Beklagte nicht schaffen. e) Die Auflösung des CT/MRT-Fonds ist auch nicht in fehlerhafter Weise durchgeführt worden.

Zwar sind dabei nicht sämtliche Mittel des CT/MRT-Fonds in den Radiologenfonds überführt worden. In dem CT/MRT-Fonds befanden sich zuletzt im Quartal II/1999 im Primärkassenbereich 4.804.571,03 DM und im Ersatzkassenbereich 3.299.472,76 DM, mithin insgesamt 8.104.043,79 DM. In diesem Quartal betrug der Anteil der Honorargruppe der Radiologen an der Gesamtvergütung 14.640.688,59 DM (Primärkassen: 7.899.375,09 DM; Ersatzkassen: 6.741.313,50 DM). Nach Auflösung des CT/MRT-Fonds belief sich im Quartal III/1998 das Honorarkontingent der Radiologen auf 22.206.674,22 DM (Primärkassen: 11.743.526,74 DM; Ersatzkassen: 10.463.148,48 DM). Somit erhöhte sich der Radiologenfonds nur um 7.565.985,63 DM. Es ist aber nicht zu beanstanden, dass der CT/MRT-Fonds nicht vollständig dem Honorarkontingent der Radiologen zugeschlagen worden war. Denn bei der Bildung des Großgerätetopfes zum Quartal I/1997 waren nicht allein der Honorargruppe der Radiologen, sondern auch anderen Honorargruppen Mittel entnommen worden. Als die Fonds, die zum Quartal III/1997 aus dem einheitlichen Großgerätetopfes entstanden waren, zum Quartal III/1999 aufgelöst wurden, erhielten die Honorargruppen, denen ursprünglich Mittel entnommen worden waren, diese Mittel basiswirksam wieder zurück. Da nicht allein Radiologen CT/MRT-Leistungen erbracht hatten, sondern insbesondere auch ermächtigte Ärzte, die in einer anderen Honorargruppe geführt wurden, sind auch anderen Honorarfonds ursprünglich Mittel entnommen und schließlich wieder zurückgeführt worden. Hieraus erklärt sich die Differenz zwischen dem Mitteln des CT/MRT-Fonds im Quartal II/1999 und dem Zuwachs des Radiologenfonds zum Quartal III/1999.

3. Ebenso wenig zu beanstanden ist die Entwicklung, die der Radiologenfonds ab dem Quartal III/1999 genommen hat.

a) Ein Punktwertverfall, der die Beklagte mit Wirkung für die streitigen Quartale zu einer Korrektur verpflichtet hätte, ist nach der Auflösung des CT/MRT-Fonds zum Quartal III/1999 nicht eingetreten. Wird - wie oben unter 2b näher dargelegt wurde - der Punktwert der unbudgetierten Honorargruppen als Vergleichsmaßstab angelegt, so ist dieser durch den Punktwert der Radiologen nicht dauerhaft gravierend unterschritten worden. Vielmehr lag - wie bereits oben (unter 2b) aufgezeigt wurde - der Radiologepunktwert im Quartal III/1999 um 11,4 % (Ersatzkassen) bzw. 10,8 % (Primärkassen) und im Quartal IV/1999 um 11,8 % (Ersatzkassen) bzw. 13,4 % (Primärkassen) über dem Durchschnittspunktwert der unbudgetierten Honorargruppen. Auch in der Folgezeit lag der Punktwert der Radiologen durchweg über dem Durchschnitt der unbudgetierten Honorargruppen:

Punktwerte der nicht-budgetierten Arztgruppen, nach einzelnen Gruppen aufgeschlüsselt Quartal fach-ärztl. In-ternist. Radiolog. Patholog./Zy-tolog. Notärzte- Ermächt.- übrige Ärzte Strahlenthe-rapie Labormed. III/1999 EK 5,68 6,92 7,19 5,59 6,21 6,82 - - PK 4,27 5,25 5,62 4,27 4,74 5,65 - - IV/1999 EK 5,87 7,29 6,98 5,86 6,87 6,87 - - PK 4,10 5,16 4,67 4,10 5,13 5,13 - - I/2000 EK 4,64 5,75 5,59 4,94 - 5,36 - - PK 3,34 4,24 3,75 3,59 - 3,95 - - II/2000 EK 4,46 5,68 5,90 4,45 - 5,07 - - PK 3,50 4,72 4,48 3,50 - 4,02 - - III/2000 EK 5,10 6,52 6,80 5,10 - 5,96 - - PK 3,48 4,65 4,65 3,48 - 4,04 - - IV/2000 EK 5,18 6,42 6,76 5,63 - 6,21 6,67 5,76 - PK 3,27 4,34 4,03 3,53 - 3,62 4,18 3,63 I/2001 EK 4,13 4,93 6,04 4,59 - 5,12 5,38 4,59 PK 3,55 4,48 4,45 3,94 - 3,88 4,54 3,94 -) Ab Quartal I/2000: Notärzte und Ermächtigte zusammengefasst. -) Neuberechnung mit Berücksichtigung der KO-Leistungen. -) Neuberechnung gemäß dem ab 01.10.2000 geltenden HVM (vom 30.03.2001). Selbst nach den sonstigen von der Beklagten vorgelegten Zahlen überschritt der Punktwert der Radiologen im Quartal I/2001 den Durchschnittspunktwert der unbudgetierten Honorargruppen von 4,59 DPF. (Ersatzkassen) bzw. 3,94 DPF. (Primärkassen)

um 7,4 % bzw. 13,7 %. Auch eine gesteigerte Beobachtungs- und Reaktionspflicht im Sinne der neueren Rechtsprechung (siehe BSG, Urteile vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) und [B 6 KA 31/03 R](#) - veröffentlicht in juris) hat aus den gleichen Gründen, wie sie oben unter 2b bereits dargelegt wurden, nicht bestanden.

Die Stützungsregelung, nach der die Punktwerte in den einzelnen Fonds den durchschnittlichen kurativen Punktwert über alle Fonds - getrennt nach budgetierten und unbudgetierten Leistungserbringern - um höchstens 10 % unterschreiten durften (§ 2 Abs. 5 Satz 2 und 3 HVM vom 27.01.1999, § 2 Abs. 5 Satz 3 und 4 HVM vom 24.11.1999; § 5 Abs. 6 Satz 3 und 4 HVM vom 24.06.2000), konnte auch ab dem Quartal III/1999 nicht greifen. Denn in dieser Zeit lag der Punktwert der Radiologen durchweg über dem Durchschnitt der unbudgetierten Honorargruppen. Ebenso wenig lagen die Voraussetzungen der Anpassungsregelung des § 2 Abs. 4a Nr. 2 HVM vom 09.05.1998 bzw. § 2 Abs. 4d Nr. 2 HVM vom 09.06.1999 vor. Die Honorargruppe der Radiologen hat in der Zeit, in der die Anpassungsregelung noch in dieser Fassung galt (bis Quartal IV/1999), die für deren Anwendung erforderliche Steigerung der Fallzahlen bzw. Fallpunktzahlen um mehr als 10 % nicht erreicht. Eine Anpassung des Radiologenfonds auf der Grundlage der Neufassung der Regelung zum Quartal I/2000 war ausgeschlossen, weil der Punktwertdurchschnitt der unbudgetierten Honorargruppen nicht um die dafür erforderlichen 15 % unterschritten wurde (§ 2 Abs. 4a HVM vom 24.11.1999, § 5 Abs. 7 HVM vom 24.06.2000). Vielmehr überschritt der Punktwert der Radiologen durchweg den Durchschnittspunktwert der unbudgetierten Honorargruppen.

b) Der Zuschnitt des Radiologenfonds ist auch nicht infolge der Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich zum Quartal I/2000 rechtswidrig geworden.

Die KÄVen waren durch [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des GKV-GRG 2000 mit Wirkung vom 01.01.2000 verpflichtet, die Verteilungen der Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung vorzunehmen. Die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung, hatte der Bewertungsausschuss zu bestimmen ([§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des GKV-GRG 2000; vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000, Deutsches Ärzteblatt [DÄ] 2000, A-556). Dabei war bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung grundsätzlich der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil des Gesamtpunktzahlvolumens des Jahres 1996 zu Grunde zu legen; lag dieser in den Jahren 1997 bis 1999 höher, so war von diesem höheren Anteil auszugehen ([§ 85 Abs. 4a Satz 2 SGB V](#) i.d.F. des GKV-GRG 2000). Damit bildete der höchste Vergütungsanteil für die hausärztliche Versorgung in den Jahren 1996 bis 1999 die Grundlage für die Bestimmung des Vergütungsanteils der auf die hausärztliche Versorgung entfallenden Leistungen ab dem Jahr 2000.

Die vom Gesetz vorgesehene Stärkung des hausärztlichen Vergütungsanteils - beginnend mit dem Jahr 2000 - führte in Relation zu den bisherigen Vergütungsanteilen der fachärztlichen Versorgung in den Jahren 1996 bis 1999 notwendigerweise zu einer Verminderung des fachärztlichen Vergütungsanteils. Dies musste sich typischerweise bei allen fachärztlichen Fachgruppen bemerkbar machen. Das BSG sieht aus diesem Grunde in den Punktwerten, die bis zum Jahr 1999 in den einzelnen Arztgruppen der fachärztlichen Versorgung gezahlt wurden, keine aussagekräftigen Vergleichsparameter für die Vergütung fachärztlicher Leistungen ab dem Jahre 2000 (BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 15).

Der Bewertungsausschuss ist bei seinem Beschluss vom 16.02.2000 von Honorarverschiebungen zu Lasten der Fachärzte von 1 bis 6 % unter Berücksichtigung einer Grundlohnsummensteigerung von 1,43 % ausgegangen (DÄ 2000, A-555). Dass im Bezirk der Beklagten die Punktwerte der Radiologen vom Quartal IV/1999 zum Quartal I/2000 im Ersatzkassenbereich um 21,1 % (von 7,29 DPf. auf 5,75 DPf.) und im Primärkassenbereich um 17,8 % (von 5,16 DPf. auf 4,24 DPf.) zurückgegangen sind, führt nicht zur Rechtswidrigkeit der Honorarverteilung. Ganz abgesehen davon, dass sich die Prognose des Bewertungsausschusses nicht auf Punktwerte, sondern auf Gesamtvergütungsanteile und nicht auf einzelne Quartale, sondern auf die gesamten Jahre 1999 und 2000 bezogen hat, ergibt sich aus dem Umstand, dass eine Honorarverschiebung über den vom Bewertungsausschuss prognostizierten Prozentsatz hinaus eingetreten ist, für die Beklagte keine Pflicht zu punktwertausgleichenden Stützungsmaßnahmen.

c) Die Beklagte hat dem Radiologenfonds zum Quartal I/2000 auch nicht durch die Einbeziehung der Zahlungen aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich in die Punktwertberechnung rechtswidrig Mittel entzogen. Dadurch dass ab dem Quartal I/2000 - anders als zuvor - auch die Zahlungen von Fremdkassen bei der Punktwertberechnung berücksichtigt wurden, sind - anders als der Kläger meint - dem Honorarkontingent der Radiologen nicht erstmals Leistungsmengen zugerechnet worden, ohne dass diesem ein entsprechender Gesamtvergütungsanteil zugeordnet worden wäre. Vielmehr wurden die Finanzmittel für diese Leistungen, die von der Beklagten über den Fremdkassenausgleich realisiert worden sind, in die Punktwertberechnung einbezogen und die zu verteilenden Mittel damit erhöht.

d) Nicht zu beanstanden ist die vom Kläger im Übrigen nicht monierte Ausgliederung der Fachärzte für Strahlentherapie aus dem Radiologenfonds ab dem Quartal IV/2000 (vgl. § 5 Abs. 3 HVM vom 30.03.2001). Dabei wurde für die Strahlentherapeuten keine eigene Honorargruppe gebildet. Vielmehr wurden diese im Wege des Vorwegabzugs mit dem durchschnittlichen Punktwert über alle fachärztlichen Honorarfonds vergütet (§ 5 Abs. 2 Buchst. b Satz 1 HVM vom 30.03.2001). Selbst wenn die der Ausgliederung der Strahlentherapeuten aus der Honorargruppe der Radiologen selbst zu einem weiteren Rückgang des Radiologenpunktwerts geführt haben sollte, stößt dies auf keine rechtlichen Bedenken. Denn eine Pflicht der Beklagten, die Strahlentherapeuten in der Honorargruppe der Radiologen zu belassen, hatte nicht bestanden (zur Pflicht zur Bildung von Honorarkontingenten siehe nur BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#)).

4. Der Kläger kann nicht beanspruchen, dass der günstige Punktwert für die konventionell radiologische Leistungen, wie er vor Auflösung des CT/MRT-Fonds bestanden hatte, oder die HVM-Regelungen, die zu diesem günstigen Punktwert geführt hatten, weiterhin für ihn Anwendung finden.

Das Vertrauen in den Fortbestand bisher günstiger HVM-Regelungen ist nicht geschützt. Der HVM-Normgeber bindet sich durch Regelungen, die für einzelne Arztgruppen oder Teile einzelner Arztgruppen günstig sind, nicht für die Zukunft. Vielmehr unterliegen aus Gründen des Vertrauensschutzes lediglich rückwirkende Änderungen Einschränkungen (vgl. etwa BSG, Urteil vom 24.09.2003 - [B 6 KA 41/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 4](#)). Der Fall gibt keinen Anlass der Frage nachzugehen, ob ein erweiterter Vertrauensschutz dann zu gewähren ist, wenn ein bestimmter Vergütungsrahmen lange Zeit beibehalten wurde, der Vertragsarzt hiernach zu bestimmten ökonomischen Entscheidungen

veranlasst wurde und die Änderung so abrupt kam, dass eine wirtschaftliche Reaktion im Sinne einer Anpassung nicht möglich war und dies zur Existenzgefährdung führte. Da der HVM im hier relevanten Zeitraum ständigen Änderungen im Ein- bis Zweijahresrhythmus unterworfen war, stellte sich die Frage nach dem Vertrauensschutz bereits nicht.

Ein Vertragsarzt hat auch keinen Anspruch auf Besitzstandswahrung. Ein Besitzstand derart, dass die Chance erhalten bleiben müsste, alle Leistungen weiterhin im bisherigen Umfang honoriert zu erhalten, kommt keinem Vertragsarzt zu. Die Erhaltung von Verdienstchancen kann weder aus Art. 14 Abs. 1 noch aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) abgeleitet werden (BSG, Urteil vom 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#) - Umdruck Rn. 30, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Der Kläger konnte oder wollte nicht am Leistungserbringungs geschehen im Großgerätebereich teilnehmen. Dies ist aber keine Folge der HVM-Regelungen. Wer in einem stark technisierten Facharztgebiet an der Versorgung teilnimmt, ist immer dem Risiko ausgesetzt, dass andere Marktteilnehmer (Vertragsärzte) durch entsprechende Investitionsentscheidungen einen Wettbewerbsvorteil erlangen.

5. Schließlich kann der Kläger nicht im Hinblick auf die Angemessenheit der Vergütung eine Honorarstützung beanspruchen. Das BSG hat in Urteilen vom 09.12.2004 (u.a. [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 116 ff.) im Einzelnen ausgeführt, nach welchen gesetzlichen und verfassungsrechtlichen Grundsätzen die Angemessenheit der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen zu beurteilen ist. Das BSG hat dabei zunächst an seiner Rechtsprechung festgehalten, dass aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar erst dann in Betracht kommt, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 117 ff. m.w.N.). Auch unmittelbar aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) ergibt sich kein wesentlich weitergehender Vergütungsanspruch. Denn in diesem Zusammenhang ist ein Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen der Vertragsärzte und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten vorzunehmen. Dieser Ausgleich ist erst dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 126 ff.; so bereits BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 21 f.).

Nach den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) veröffentlichten Daten erzielte die Arztgruppe der Radiologen in den neuen Bundesländern im Jahr 2000 einen Honorarumsatz je Arzt von 1.029.100 DM sowie - abzüglich Betriebskosten von 81,8 % - einen Überschuss je Arzt von rund 187.300 DM (KÄBV [Hrsg.], Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2001, Tabellen D 4 und D 7). Im Jahr 2001 konnte bei einem Honorar je Arzt von 580.200 EUR und einem Betriebskostenanteil von 81,8 % ein Überschuss von rund 105.600 EUR erzielt werden (KÄBV [Hrsg.], Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2002, Tabellen III. 5 und III. 7). Damit wurden die im EBM-Ä vom 01.07.1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von 138.000 DM bzw. unter 70.000 EUR je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 22 m.w.N.) weit übertroffen. Diese Zahlen schließen die Annahme eines flächendeckend unangemessen niedrigen Vergütungsniveaus der vertragsärztlichen Tätigkeit in den streitigen Quartalen IV/99 bis I/2001 aus (so auch BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 141 für die vergleichbare Situation in den alten Bundesländern in den Quartalen III/1997 bis II/1998).

Auch die Situation im Bereich der Beklagten spricht dagegen, dass eine mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübte vertragsärztliche Tätigkeit als Radiologe keine existenzfähige Praxisführung mehr ermöglichte. Danach entwickelte sich in der Gruppe der Radiologen der Honorarumsatz und - unter Zugrundelegung eines Betriebskostensatzes von 79,2 % bis 1998 und danach von 81,8 % - der Überschuss je Arzt folgendermaßen:

Quartal Honorarumsatz im Quartal im Jahr Betriebs- kostensatz Überschuss im Quartal im Jahr I/1998 235.551 DM 79,2 % 48.995 DM II/1998 211.900 DM 79,2 % 44.075 DM III/1998 209.858 DM 79,2 % 43.650 DM IV/1998 228.860 DM 86,169 DM 79,2 % 47.602 DM 184.323 DM I/1999 222.766 DM 81,8 % 40.543 DM II/1999 216.409 DM 81,8 % 39.386 DM III/1999 197.656 DM 81,8 % 35.973 DM IV/1999 202.865 DM 839.696 DM 81,8 % 36.921 DM 152.824 DM I/2000 186.223 DM 81,8 % 33.893 DM II/2000 183.302 DM 81,8 % 33.361 DM III/2000 181.573 DM 81,8 % 33.046 DM IV/2000 188.041 DM 739.139 DM 81,8 % 34.223 DM 134.523 DM I/2001 95.455 EUR 81,8 % 17.374 EUR II/2001 104.739 EUR 81,8 % 19.062 EUR III/2001 99.307 EUR 81,8 % 18.074 EUR IV/2001 105.677 EUR 405.178 EUR 81,8 % 19.233 EUR 73.743 EUR Da es sich hierbei um den Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit allein handelt, lag der Überschuss unter Einbeziehung der privatärztlichen Einnahmen noch höher. Auch wenn sich die Einkommenssituation der Radiologen im Bezirk der beklagten KÄV verschlechtert hatte, kann bei ihr von einem existenzgefährdend niedrigen Vergütungsniveau nicht die Rede sein. Dabei ist im Auge zu behalten, dass sich das im EBM-Ä vom 01.07.1997 kalkulierte Durchschnittseinkommen von 138.000 DM je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) nicht ableiten lässt. Einen allgemeinen verfassungsrechtlichen Maßstab dafür, welchen Gewinn ein Vertragsarzt aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erwarten darf, gibt es nicht (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 147).

Die Einkommenssituation des Klägers stellte sich in den streitigen Quartalen deutlich ungünstiger dar als die seiner Fachgruppe:

Quartal Honorarumsatz im Quartal im Jahr Betriebs- kostensatz Überschuss im Quartal Im Jahr IV/1999 140.714,71 DM 81,8 % 25.610,08 DM I/2000 110.791,11 DM 81,8 % 20.163,98 DM II/2000 102.455,90 DM 81,8 % 18.646,97 DM III/2000 88.354,27 DM 81,8 % 16.080,48 DM IV/2000 103.422,36 DM 405.023,64 DM 81,8 % 18.822,87 DM 73.714,30 DM I/2001 109.993,86 DM 81,8 % 20.018,82 DM Ausweislich der vorgelegten Einkommensteuerbescheide und der Gewinnermittlungen hat der Kläger nur 1999 noch einen Gewinn (in Höhe von 40.727 DM) erzielt, in den Folgejahren dagegen nur noch Verluste (2000 in Höhe von 34.659 DM und 2001 in Höhe von 2.167 DM). Auf seine individuelle Situation kann es aber bei der maßgeblichen Frage, ob im Bezirk der beklagten KÄV die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch die Vergütung radiologischer Leistungen gefährdet ist, nicht ankommen. Weder das SGB V noch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) garantieren jedem Vertragsarzt wirtschaftlichen Erfolg.

Allerdings hat das BSG in dem Urteil vom 09.12.2004 ([B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 148) erwogen, dass es Situationen geben kann, in denen eine KÄV unter Sicherstellungsgesichtspunkten gehalten ist, über einen gewissen Zeitraum eine im Grundsatz wirtschaftlich arbeitende Praxis mit Sonderzahlungen zu stützen, soweit diese wegen ihrer örtlichen Lage den von durchschnittlichen Praxen erzielten Umsatz, z.B. wegen zu niedriger Fallzahlen, nicht erreichen kann. Eine vergleichbare Stützungsnotwendigkeit kann nach Auffassung des BSG bestehen, wenn eine radiologische Praxis die Computertomographie für sich genommen wirtschaftlich anbieten kann, die Aufgabe der nach rein ökonomischen Erwägungen nicht sinnvollen konventionellen Radiologie aber im Hinblick auf eine ortsnahe Versorgung der Versicherten und ein fehlendes Angebot an chirurgischer und/oder internistischer Teilradiologie unerwünscht wäre. In solchen Situationen ist – wie das BSG betont – die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt nicht in Frage gestellt; gleichwohl kann eine KÄV zu Stützungen verpflichtet sein.

Eine derartige Situation lässt sich für die Praxis des Klägers in den streitigen Quartalen nicht feststellen. Die prekäre wirtschaftliche Situation, in die seine Praxis nach der Zusammenlegung des CT/MRT-Fonds mit dem Radiologenfonds geraten war, ist vor allem darauf zurückzuführen, dass er nur Leistungen der konventionellen Radiologie anbietet. Bei der Auflösung des CT/MRT-Fonds existierten im Bezirk der Beklagten nur fünf radiologische Praxen, die ausschließlich Leistungen der konventionellen Radiologie erbrachten. Die Beklagte durfte daher davon ausgehen, dass das notwendigerweise durch die Zusammenlegung der Fonds verursachte Absinken des Punktwerts für konventionell radiologische Leistungen durch das Ansteigen des Punktwerts für CT/MRT-Leistungen kompensiert wird. Zusätzlich hat die Beklagte die Auswirkungen der Fondszusammenlegung dadurch abgemildert, dass sie als Anlage zu ihrem HVM eine Abstaffelungsregelung eingeführt hat, die bei niedrigen Punktzahlen je Behandlungsfall – wie sie in der konventionellen Radiologie anders als bei den CT/MRT-Leistungen vorkommen – zu einer Erhöhung des Punktwerts führt. Die sehr komplexe Regelung hat allerdings – wie bereits oben unter 2d dargelegt wurde –, da sie auch fallzahlabhängig ist, im Falle des Klägers nicht nur zu höheren, sondern auch zu niedrigeren Punktwerten geführt. Jedenfalls ist aber für die streitigen Quartale nicht ersichtlich, dass die vom Kläger angebotenen Leistungen der konventionellen Radiologie – trotz der Zulassungsbeschränkungen, die in dieser Zeit wegen Überversorgung für Radiologen in dem relativ verdichteten Planungsbereich "Plauen-Stadt/ Vogtlandkreis", in dem der Kläger seine Praxis hat, bestanden hatten (siehe nur die Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im Freistaat Sachsen vom 29.09.1999, KVS-Mitteilungen 1999, 1, 2) – unter Sicherstellungsgesichtspunkten derart wichtig waren, dass die Beklagte deshalb gehalten gewesen wäre, in seinem Einzelfall stützend einzugreifen.

6. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 01.01.2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl. BSG, Urteil vom 30.01.2002 - [B 6 KA 12/01 R - SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#) S. 115 ff).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-01-12