

L 7 KA 1/05 -25

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

7

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 40/02

Datum
10.11.2004

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 1/05 -25

Datum
09.07.2008

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die im Bereich der KV Brandenburg geltenden Honorarverteilungsregelungen zur Vergütung radiologischer Leistungen (insbesondere der Großgeräteleistungen) verstießen im Jahre 2000 nicht gegen höherrangiges Recht

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 10. November 2004 aufgehoben, soweit es den Bescheid der Beklagten vom 8. August 2000 in der Fassung des Änderungsbescheides vom 22. August 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 2002 und den Bescheid der Beklagten vom 24. Januar 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2002 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet hat, die Vergütungsansprüche der Kläger neu zu bescheiden. Die Kläger tragen die Kosten des Verfahrens für beide Rechtszüge. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine höhere Vergütung der Kläger - sie nehmen seit dem 1. Dezember 1991 bzw. 1. April 1992 als Fachärzte für Radiologie an der vertragsärztlichen Versorgung in C teil - für die Quartale I/00, IV/00, I/01 und III/01.

Mit Honorarbescheid vom 8. August 2000 bewilligte die Beklagte den Klägern für das Quartal I/00 eine Vergütung von 291.848,55 DM, welche mit Schreiben vom 22. August 2000 um 486,37 DM erhöht wurde; wegen der Einzelheiten des Honorarbescheides wird auf Blatt 1 bis 25 der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. Mit ihrem hiergegen gerichteten Widerspruch brachten die Kläger u.a. vor, der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten, insbesondere § 8 Abs. 4 i.V.m. § 9, unterlaufe die durch die Budgetregelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bezweckte Mengenbegrenzung, da der Honoraranteil für die nicht-budgetierten Leistungen um so geringer sei, je höher die Überschreitung des EBM-Budgets ausfalle. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) habe jedoch gerade den Schutz der nicht budgetierten "Fächer" vor ungerechtfertigten Mengenausweitungen der budgetierten "Fächer" zum Ziel gehabt. Gänzlich unberücksichtigt sei geblieben, dass die Punktwertdifferenz bei Auftragsleistungen zu den sonstigen Leistungen höchstens 15 % betragen dürfe, was bei den Großgeräteleistungen nicht gegeben sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 2002 wies die Beklagte den Widerspruch unter Hinweis auf die Regelungen des EBM bzw. des HVM sowie die Tatsache, dass die Honorarabrechnung der Kläger keiner Kürzung durch das Praxisbudget bzw. die Begrenzungsmaßnahmen des HVM unterlegen habe, zurück.

Mit ihrer hiergegen gerichteten Klage (Az: [S 1 KA 40/02](#)) haben die Kläger ihr Anliegen weiter verfolgt.

Mit Honorarbescheid vom 30. April 2001 bewilligte die Beklagte den Klägern für das Quartal IV/00 eine Vergütung von 296.619,60 DM; wegen des weiteren Inhalts dieses Honorarbescheides wird Blatt 34 bis 62 der Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Den hiergegen gerichteten Widerspruch - er ist nahezu wortgleich mit dem das Quartal I/00 betreffenden Widerspruch - wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 4. April 2002 zurück, da keine Praxisbesonderheiten festgestellt worden seien, die eine Aussetzung des § 9 HVM ermöglichen.

Mit ihrer hier gegen gerichteten Klage (Az: S 1 KA 102/02) haben die Kläger ihr Anliegen weiter verfolgt.

Mit Honorarbescheid vom 23. Juli 2001 bewilligte die Beklagte die Klägern für das Quartal I/01 eine Vergütung von 260.817,36 DM; wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 71 bis 100 der Verwaltungsakte verwiesen. Den hiergegen gerichteten Widerspruch der Kläger, mit dem diese nunmehr auch die aufgrund ihres niedrigen Punktwertes deutlich niedrigere Vergütung des Notdienstes geltend machten, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15. April 2002 unter Hinweis auf die Regelungen des EBM bzw. des HVM zurück. Mit ihrer ebenfalls am 15. April 2002 erhobenen Klage (Az: S 1 KA 103/02) haben die Kläger ihr Anliegen weiter

verfolgt.

Mit Honorarbescheid vom 24. Januar 2002 bewilligte die Beklagte den Klägern für das Quartal III/01 eine Vergütung von 224.489,47 DM; wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 110 bis 139 der Verwaltungsakte verwiesen. Den hiergegen gerichteten Widerspruch - er ist nahezu wortgleich mit dem das Quartal I/01 betreffenden Widerspruch, beanstandet jedoch auch die ungleiche, von der Fachgruppe abhängige Vergütung von Notfallleistungen - wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 7. Juni 2002 unter Hinweis auf die Regelungen des EBM bzw. des HVM zurück.

Mit ihrer erhobenen Klage (Az: S 1 KA 196/02) haben die Kläger ihr Anliegen weiter verfolgt.

In den vom Sozialgericht verbundenen, mit dem Ziel der Neubeschreibung durch die Beklagte geführten erstinstanzlichen Verfahren haben die Kläger lediglich auf ihre jeweiligen Widerspruchsbegründungen verwiesen, jedoch nicht mehr die von der Beklagten im Quartal IV/00 angewandte Mengengrenzung gerügt.

Die Beklagte hat die angegriffenen Bescheide verteidigt. Der von den Klägern beschriebene Mechanismus tangiere weder das Bewertungsgefüge des EBM noch die mengenbegrenzende Wirkungsweise des Praxisbudgets, sondern führe lediglich zu dem Ergebnis, dass ein Honorarvolumen, welches sich aus der gekürzten Punktmenge nach EBM und dem so berechneten durchschnittlichen Punktwert ergebe, zusätzlich zur Aufstockung des Punktwertes für die budgetierten Leistungen zur Verfügung gestanden habe. Dies sei sachgerecht gewesen, da die budgetierten Leistungen keiner Mengenausdehnung unterlägen, während sich Mengenausdehnungen im Bereich der unbudgetierten Leistungen unausweichlich zulasten des Punktwertes für budgetierte Leistungen auswirken würden.

Mit Urteil vom 10. November 2004 hob das Sozialgericht den Honorarbescheid vom 8. August 2000 in Gestalt des Änderungsbescheides vom 22. August 2000 und des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 2002 (Quartal I/00) und den Honorarbescheid vom 24. Januar 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2002 (Quartal III/01) auf und verpflichtete die Beklagte, die Vergütungsansprüche der Kläger für die Leistungen der Quartale I/00 und III/01 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Klagen "betreffend Quartal IV/00 und I/01" wies es ab. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt: Die in den angefochtenen Bescheiden angewandten HVM-Bestimmungen zur "Mengenwachsbegrenzung" seien rechtmäßig. In Anknüpfung an die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 9. September 1998, Az: [B 6 KA 55/97 R](#)) sei auch für die Zeit bis 1999 unstreitig, dass die Ausweitung der CT- und MRT-Leistungen auf dem medizinisch-technischen Fortschritt beruhe. Sei die Ausweitung der Großgeräteleistungen seit 1996 somit nicht von den Radiologen mitzuverantworten, sei ein Regelfall anzunehmen, der Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung biete, wenn der Punktwert des Honorarfonds für Großgeräteleistungen um 15 % und mehr unter den "Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen" absinke. Vergleichspunktwert sei nicht der durchschnittliche Punktwert aller Fachgruppen, sondern der Punktwert des Fachgruppen-Honorarfonds der Radiologen/Nuklearmediziner. Dieser und der Punktwert des Honorarfonds für Großgeräteleistungen hätten sich wie folgt entwickelt (in Klammern die Abweichung in Prozentpunkten):

Primärkassen Ersatzkassen III/98 5,5 zu 6,3 (-11,11 %) 6,6 zu 6,7 (-1,5 %) IV/98 5,6 zu 6,6 (-15,15 %) 6,6 zu 7,1 (-7,04 %) I/99 4,5 zu 5,8 (-22,41 %) 5,3 zu 6,1 (-13,11 %) II/99 4,5 zu 5,8 (-22,41 %) 5,6 zu 6,3 (-15,87 %) III/99 4,7 zu 6,1 (-22,95 %) 5,5 zu 6,4 (-14,06 %) IV/99 4,4 zu 5,9 (-25,42 %) 6,2 zu 7,3 (-15,07 %) I/00 3,9 zu 4,8 (-18,75 %) 4,6 zu 6,5 (-29,23 %) II/00 3,9 zu 4,9 (-17,02 %) 5,5 zu 6,2 (-11,29 %) III/00 4,3 zu 5,0 (-14,00 %) 5,1 zu 6,5 (-21,54 %) IV/00 4,2 zu 4,9 (-14,29 %) 5,6 zu 6,5 (-13,85 %) I/01 4,7 zu 3,8 (-19,15 %) 6,5 zu 5,0 (23,08 %) II/01 4,7 zu 3,8 (-19,15 %) 6,5 zu 5,5 (15,38 %) III/01 5,0 zu 3,8 (-24,00 %) 6,5 zu 5,8 (10,77 %) IV/01 4,9 zu 3,9 (-20,41 %) 6,5 zu 4,9 (24,62 %)

Unter Berücksichtigung eines bis einschließlich des Quartals III/99 dauernden Beobachtungszeitraums sei die Beklagte verpflichtet, den Großgeräte-Punktwert im Primärkassenbereich für die Quartale I/00 und - nach einer gewissen Erholung in den Quartalen III und IV/00 und einem verkürzten nochmaligen Beobachtungszeitraum von 2 Quartalen - im Quartal III/01 zumindest soweit zu stützen, dass die Differenz kleiner als 15 % Punkte sei. Für das Quartal III/00 im Primärkassenbereich sowie für alle Quartale im Ersatzkassenbereich bestehe eine solche Verpflichtung nicht, weil der Punktwert aus dem Großgeräte-Fonds hier nicht 15 % Punkte oder mehr unter den Punktwert aus dem Fachgruppenhonorarfonds gesunken sei. Das Quartal I/01 falle in den erneuten Beobachtungszeitraum.

Gegen dieses den Beteiligten am 14. Januar 2005 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 7. Februar 2005 Berufung eingelegt. Sie vertritt unter Berufung auf neuere Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 20. Oktober 2004, Az: [B 6 KA 30/03 R](#)) die Auffassung, dass wenn - wie im vorliegend maßgebenden HVM - zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden seien, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdeckten, es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr gebe, dessen Punkt-wert als Vergleichsbasis herangezogen werden könne. Daher habe das Sozialgericht den Punkt-wert der Fachgruppe der Radiologen nicht als heranzuziehenden Vergleichspunktwert definieren dürfen. Die gesamte Vergütungssituation sowohl des Klägers als auch der Fachgruppe der Radiologen - dieser habe das Bundessozialgericht wesentliche Bedeutung beigemessen - stelle sich seit 1998 wie folgt dar:

Erzielte Einnahmen (vor Steuern) lt. Quartalsstatistiken

Radiologen Alle niedergelassenen Gebietsärzte (Durchschnitt ohne Lab., Rad., Nukl., Path) Kläger Betriebs- kostensatz Honorar minus BK- Betriebs- kostensatz Honorar minus BK- Betriebs- kostensatz Honorar minus BK- IV/1998 80,30 % 20.775,64 60,50 % 17.752,92 80,30 % 32.352,44

1999 81,80 % 67.019,32 60,90 % 66.593,17 81,80 % 107.134,16 Abweichung Durchschnitt Ä 0,64 % 60,9 %

2000 81,80 % 62.656,96 60,90 % 63.966,43 81,80 % 99.330,92 Abweichung Durchschnitt Ä -2,05 % 55,3 %

2001 81,80 % 62.656,96 60,90 % 63.966,43 81,80 % 93.304,46 Abweichung Durchschnitt Ä -2,05 % 44 %

- KBV Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 1999, 2000, 2001 - Quartal I/1998-IV/1998 Blatt 4 Quartalsauswertung 10.05.2002, Quartal I/1999-IV/2001 Blatt 4 Quartalsauswertung 21.05.2003 -Honorare der Kläger

Darüber hinaus sei festzustellen, dass sämtliche fünf im Land Brandenburg auf Großgeräteleistungen spezialisierte Praxen - dies seien Vertragsärzte mit mindestens 2/3 aller Leistungen im Bereich CT/MRT - bei Annahme des gleichen Betriebskostensatzes erheblich höhere Gewinne von Steuern erzielen konnten als ihre Fachkollegen, die ausschließlich konventionelle Radiologie oder beides anbieten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 10. November 2004 abzuändern, soweit darin der Bescheid vom 8. August 2000 in der Fassung des Bescheides vom 22. August 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 2002 sowie der Honorarbescheid vom 24. Januar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2002 aufgehoben und die Beklagte zur Neubeschcheidung verpflichtet worden ist, und die Klagen insgesamt abzuweisen.

Die Kläger, die sich zur Sache nicht geäußert haben, beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

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

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Zu Unrecht hat das Sozialgericht die die Quartale I/00 und III/01 betreffenden streitgegenständlichen Honorar- und Widerspruchsbescheide "aufgehoben" und die Beklagte zur Neubeschcheidung verpflichtet. Denn die einschlägigen Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) wurden von der Beklagten zutreffend angewandt und erweisen sich als rechtmäßig. Auch die Klagen vom 18. Februar 2002 und 10. Juli 2002 sind daher unbegründet.

1. Quartal I/00

a) Rechtsgrundlage für Honorarverteilungsbestimmungen ist [§ 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) in der ab 1. Januar 2000 geltenden, hier anzuwendenden Fassung. Danach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung ([§ 73 SGB V](#)). Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Sätze 1-3 SGB V](#)).

Die KVen haben bei der Ausformung des HVM einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist. Zu beachten sind dabei allerdings insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie der aus [Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen. Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf. Die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen ist daher rechtmäßig. Dabei können Arztgruppen, die - wie z.B. diagnostisch und strahlentherapeutisch tätige Radiologen und Nuklearmediziner - gewisse Ähnlichkeiten aufweisen, getrennt geführt oder zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst werden. Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die in [§ 85 Abs. 3 bis 3c SGB V](#) normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können. Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind. Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind. Die Zuordnung zu einem Honorarkontingent wird auch nicht ohne Weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge - im Gefolge medizinisch-technischer Fortschritte mit der Entwicklung aussagekräftigerer und schonenderer Diagnose- und Behandlungsverfahren - ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt. Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden.

Auch die fehlende Einbeziehung der Radiologen in die Praxisbudgets des EBM-Ä begründet kein Verbot, für diese Fachgruppe im HVM einen Honorartopf zu schaffen und eine individuelle Budgetierung vorzunehmen. Die zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets haben grundsätzlich nichts an der Berechtigung der KVen geändert, im HVM auch mengensteuernde Regelungen zu treffen, um so eine gerechte Honorarverteilung zu erreichen und zugleich ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gerecht zu werden ([BSGE 94, 50; 93, 258](#), jeweils m.w.N.).

b) Die im Bereich der Beklagten geltenden, hier anzuwendenden HVMe vom 31. März 2000, gültig ab 1. Januar 2000, sahen für den Primär- und Ersatzkassenbereich übereinstimmend vor, dass die Gesamtvergütung nach Abzug von Rückstellungen und der Vergütung für sog. Zentrale Honorarfonds (z. B. für Fremdarzt-, bei Präventions- oder Laborleistungen) in die Honorarfonds "Hausärzte" und die Honorarfonds "Fachärzte" aufzuteilen war. Zu letzteren zählten u.a. der Honorarfonds "Großgeräte" und der Honorarfonds "Leistungen Fachärzte". Nach [§ 8 Abs. 2 HVM](#) ergab sich der Honorarfonds "Großgeräte" aus dem auf den Zentralen Honorarfonds Großgeräteleistungen/Leistungen der Strahlentherapie im Jahr 1999 entfallenden Anteil an der Gesamtvergütung bereichseigener Beteiligter lt. Anlage 1. Der Leistungsbedarf Großgeräteleistungen/Leistungen der Strahlentherapie für bereichseigene Beteiligte wurde mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des zur Verfügung stehenden Honorarfonds zu den anerkannten Punktzahlen errechnete.

Nach [§ 8 Abs. 4 HVM](#) stand der nach Abzug der erforderlichen Vergütung für die Leistungen der Honorarfonds "Großgeräte", "Psychotherapie" und "Einrichtungen Facharzt" verbleibende Teil der Honorarfonds "Fachärzte" zur Vergütung des Honorarfonds "Leistungen Fachärzte" zur Verfügung. Hierbei wurde der durchschnittliche Punktwert für die Leistungen dieses Honorarfonds als Verhältnis des zu dem

zur Verfügung stehenden Honorars und den anerkannten Punktzahlen unter Berücksichtigung des § 9 zuzüglich der Kürzungspunktzahlen aus der Praxis- und Zusatzbudgetierung gemäß A I Teil B der Allgemeinen Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes - EBM - (Praxis- und Zusatzbudgetierung) gebildet. Mit diesem Punktwert wurden die nicht der Praxis- und Zusatzbudgetierung unterliegenden Leistungen des Honorarfonds "Leistungen Fachärzte" vergütet (Satz 3). Die der Praxis- und Zusatzbudgetierung unterliegenden Leistungen dieses Honorarfonds wurden mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des verbleibenden Honorars und dem unter Berücksichtigung der Praxis- und Zusatzbudgetierung anerkannten Leistungsbedarf für diese Leistungen ergab (Satz 4).

Ferner enthielt § 9 HVM für den Fall, dass der Punktwert für die nicht der Praxis- und Zusatzbudgetierung unterliegenden Leistungen des Honorarfonds Leistungen Hausärzte oder des Honorarfonds Leistungen Fachärzte den Wert von 6,5 Pfennig unterschreitet, eine Mengenzuwachsbegrenzung, wobei für das Quartal I/00 noch die Regelungen des § 8 HVM in der bis zum 31. Dezember 1999 gültigen Fassung Anwendung finden sollten. Nach § 8 Abs. 2 HVM (alt) wurden die angeforderten Punktzahlen nur bis zu einer arztindividuellen Punktzahlobergrenze vergütet, die sich aus dem Produkt aus arztindividueller Fallzahl - sie durfte die arztindividuelle Fallzahl des Vorjahresquartals maximal um 5 % übersteigen - und Fallpunktzahlen ergab. Letztere wurden, aufsetzend auf der anerkannten arztindividuellen Fallpunktzahl des Vorjahresquartals, dadurch gebildet, dass für die ersten 50 % der arztindividuellen Fälle die Fallpunktzahl um 10 % angehoben, für die darüber hinaus gehenden Fälle hingegen, gestaffelt von 10 % bis 90 %, abgesenkt wurde. Für die ersten vier Quartale nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit wurde diese Regelung nicht angewandt; vom 5. bis 12. Abrechnungsquartal blieb die Regelung ausgesetzt, sofern die individuell abgerechnete Fallzahl den Durchschnitt der Fachgruppe nicht überstieg. Sofern Überschreitungen vorlagen, die auf Praxisbesonderheiten zurückzuführen waren, konnte der Vorstand auf Antrag Abweichungen bezüglich dieser Honorarbegrenzung festlegen (§ 8 Abs. 4 HVM (alt)).

c) Diese Regelungen wandte die Beklagte im Honorarbescheid vom 8. August 2000 zutreffend an. Etwas anderes haben die Kläger, die in diesem Quartal keiner Begrenzung infolge des Praxisbudgets oder nach dem HVM unterlagen, auch nicht vorgebracht.

d) Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerseite sind die von der Beklagten zur Anwendung gebrachten, das Quartal I/00 betreffenden Honorarverteilungsregelungen rechtmäßig, denn sie stehen nicht in Widerspruch zu den unter a) genannten Anforderungen.

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

Auch der von den Klägern beschriebene und von der Beklagten eingeräumte Mechanismus von § 8 Abs. 4 Satz 3 HVM, der eine Verringerung des Vergütungsanteils für die nicht der Praxis- und Zusatzbudgetierung unterliegenden Leistungen zum Ergebnis hat, führt nicht zur Rechtswidrigkeit dieser Regelung. Denn zum einen durfte die Beklagte insoweit berücksichtigen, dass sich Mengenausweitungen im Bereich der unbudgetierten, nach dem EBM keiner Mengengrenzung ausgesetzten Leistungen wegen § 8 Abs. 4 Satz 4 HVM zwangsläufig zu Lasten des Punktwerts für die budgetierten Leistungen auswirkten. Zum anderen wurde einem grenzenlosen Punktwertverfall der unbudgetierten Leistungen - die Kläger sind hiervon nur bezüglich der nicht dem Honorarfonds Großgeräte zuzuordnenden radiologischen Leistungen betroffen - bereits durch die Mengenzuwachsbegrenzung in § 9 HVM entgegengewirkt. Der von der Beklagten mit § 8 Abs. 4 Satz 3 HVM verfolgte Zweck, den Punktwert für budgetierte Leistungen zu stützen, erweist sich somit nicht als sachwidrig und widerspricht insbesondere nicht den Vorgaben des EBM.

Darüber hinaus begegnet auch die Einbeziehung der Vergütungen für Notfalldienste in die einzelnen Honorartöpfe, die in Abhängigkeit von der ärztlichen Fachrichtung ggf. zur unterschiedlichen Vergütung gleicher Notfalleleistungen führt, keinen Bedenken. Denn die Beklagte konnte hierdurch einer - in anderen KV-Bezirken nach Einführung der Praxisbudgets zu beobachtenden (vgl. SG Dortmund MedR 01, 651) - Mengenausweitung im Notfalldienst vorbeugen, um die mit der Budgetierung bezweckte Punktwertstabilisierung nicht zu gefährden (a.a.O.).

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

Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) umfasst grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit ([BVerfGE 88, 145](#), 159; [101, 331](#), 346). Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen des [§ 72 Abs. 2](#) und des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) erfolgt ist. Diese ergeben spezifisch vertragsarztrechtliche Begrenzungen der Honorierung. Die Vorschrift des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) enthält Vorgaben für die Bemessung der Gesamtvergütungen und die Zuweisung dieser Aufgabe an die dort genannten Vertragsparteien. Das so festgelegte Gesamtvergütungsvolumen haben die KVen und die Krankenkassenverbände zu beachten, wenn sie gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ("im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses" bzw. früher: des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung treffen. Dabei haben sie zwei Ziele zu realisieren. Sie müssen zum einen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und zum anderen für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die u. U. bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen zugleich in vollem Umfang gerecht zu werden, können es notwendig machen, diese in einen verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen. Hierfür hat der Gesetzgeber des SGB V ineinander greifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen. Die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung ist vorrangig den Kompetenzen von Bewertungsausschuss ([§ 87 SGB V](#) - Bestimmung von Inhalt und Punktzahlen der abrechenbaren Leistungen), Gesamtvertragsparteien ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#) - Bemessung der Gesamtvergütungen) und KVen ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#) - Verteilung der Gesamtvergütungen) überantwortet ([BSGE 93, 258](#)).

aa) Der danach erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruchs der

Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG a.a.O., ständige Rechtsprechung).

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

Nach den von der Beklagten in das Verfahren eingeführten Statistiken überstiegen in den Jahren 1998 und 1999 im vertragsärztlichen Bereich die durchschnittlichen Gewinne in der Fachgruppe der Radiologen diejenigen aller niedergelassenen Gebietsärzte (ohne Laborärzte, Radiologen, Nuklearmediziner und Pathologen) um 10,56 % (73.965,43 Euro gegenüber 66.898,95 Euro) im Jahre 1998 und 0,64 % (67.019,32 Euro gegenüber 66.593,17 Euro) im Jahre 1999, während in den Jahre 2000 bzw. 2001 ein geringfügiges Unterschreiten um 2,05 % bzw. 2,09 % zu konstatieren ist. Damit waren nicht nur die im EBM vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von unter 70.000,00 Euro je Arzt (vgl. BSG a.a.O.) annähernd erreicht. Vielmehr übertrafen diese durchschnittlichen Gewinne der Radiologen in Brandenburg auch diejenigen ihrer Kollegen im KV-Bezirk Süd-Württemberg (dort: 62.188 Euro im Jahre 1998, 66.545,00 Euro im Jahre 1999, die Zahlen sind dem o. g. Urteil des BSG entnommen), so dass auch der Einwand der Klägerseite entkräftet ist, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ermittelten, von der Beklagten herangezogenen Betriebskostensätze von 80,3 % bzw. 81,8 % in den hier betrachtenden Jahren dürften in den neuen Bundesländern wegen der erheblich ungünstigeren Kostenstruktur auf die dort niedergelassenen Radiologen nicht angewandt werden. Demgegenüber erzielten die Kläger im vertragsärztlichen Bereich - verglichen mit ihrer Fachgruppe - weit überdurchschnittliche Gewinne (60,9 % im Jahre 1999, 55,3 % im Jahre 2000, 44 % im Jahre 2001). Die Gefahr einer zur Existenzbedrohung führenden Vergütung bestand somit nicht. Angesichts dieser Gesamtsituation, die für die hier maßgeblichen Zeiträume keinen Ansatzpunkt für einen Anspruch auf höheres Honorar unter dem Gesichtspunkt mangelnden Anreizes für die vertragsärztliche Tätigkeit mit der Folge einer Versorgungsgefährdung gibt, bedarf es keiner Ermittlung oder Beweiserhebung darüber, ob CT-/MRT-Leistungen erst bei einem bestimmten Punktwert kostendeckend erbracht werden können (vgl. BSG a.a.O.).

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

Nach der Rechtsprechung des BSG ([BSGE 83, 1](#)) - ergangen zu dem Fall eines Honorartopfes für CT-/MRT-Leistungen - besteht eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht derart, dass die KV zu regelmäßiger Überprüfung der Honorar- und Punktwertentwicklung verpflichtet ist und im Falle eines gravierenden Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen u.U. stützend eingreifen muss. Voraussetzung ist, dass ein dauerhafter Punktwertabfall vorliegen und die Arztgruppe in einem vom Umsatz her wesentlichen Leistungsbereich betroffen sein muss, dass die zum Punktwertverfall führende Mengenausweitung nicht von der betroffenen Arztgruppe mit zu verantworten ist sowie dass der Honorarrückgang nicht durch Rationalisierungseffekte auf Grund von Mengensteigerungen und/oder beim Kostenfaktor kompensiert wird. Ein gravierender Punktverfall ist erst dann gegeben, wenn der Punktwert für die aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen mindestens 15 % unter denjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt (BSG a.a.O.). Die Anwendung dieser Grundsätze vermag für die Kläger keinen Anspruch auf höheres Honorar zu begründen. Ein Absinken des Punktwertes auf 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen kann nicht festgestellt werden. Dieses in der Rechtsprechung des BSG zunächst herausgearbeitete Kriterium passt auf Honorarverteilungsregelungen der hier zu beurteilenden Art nicht. Sind wie im vorliegend maßgebenden HVM zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so gibt es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte (BSG a.a.O.).

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

Darüber hinaus kann die Frage, ob aus dem Punktwertverfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der KV zur Korrektur der Honorarverteilung folgt, nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zuzuordnenden Honorarkontingente bzw. der daraus resultierenden Punktwerte und Honorarbeträge, ermittelt werden. Das beruht darauf, dass sich der Anspruch eines Vertragsarztes auf Honorarteilhabe aus [§ 72 Abs. 1 Satz 2](#) i.V.m. [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) unter der Geltung begrenzter Gesamtvergütungen erst durch sämtliche, einem bestimmten Leistungsbereich zuzuordnende Honorarkontingente und die für diese Honorarkontingente berechneten Verteilungspunktwerte zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch konkretisiert. Die isolierte Betrachtung einzelner Honorarkontingente und der dafür auszahlenden Punktwerte hingegen kann die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Arztgruppe für deren vertragsärztliche Leistungen regelmäßig nur unzureichend widerspiegeln. Demgemäß ist bei der Prüfung, ob eine Stützungspflicht der KVen gegeben sein könnte, entscheidend auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte einer Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abzustellen (BSG vom 29. August 2007, Az.: [B 6 KA 43/06 B](#) - veröffentlicht in Juris - m.w.N.) Unter Beachtung dieser Prämissen waren die Voraussetzungen für eine Reaktionspflicht der Beklagten im streitbefangenen Quartal I/00 nicht gegeben.

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

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall bereits deswegen nicht erfüllt, weil im streitgegenständlichen Jahr 2000 100 (incl. Doppelzahlungen) Vertragsärzte aus dem Honorarfonds Großgeräte vergütet wurden, von einer nur geringen Zahl aus diesem Honorarfonds vergüteter Leistungserbringer somit nicht die Rede sein kann.

dd) Angesichts der oben geschilderten individuellen Gewinnsituation der klägerischen Praxis ist daher ein Punktwertabfall im Bereich der Großgeräteleistungen ohne rechtliche Bedeutung.

2. Quartale IV/00, I/01 und III/01

Für die Quartale IV/00, I/01 und III/01 gelten die vorstehenden Ausführungen in entsprechender Weise.

Es gilt das unter 1. zum Quartal I/00 Gesagte.

Dass gem. § 9 Abs. 3 HVM (neu) nunmehr eine vereinfachte Regelung zur Ermittlung der Punktzahlobergrenze - ohne abgestaffelte Fallpunktzahlen - anzuwenden war, ändert im Ergebnis nichts.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-11-24