

L 7 KA 16/04 -25

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

7

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 239/01

Datum
18.08.2004

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 16/04 -25

Datum
09.07.2008

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

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

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. August 2004 aufgehoben, soweit es die Bescheide der Beklagten vom 8. August 2000 und 3. November 2000, beide in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 9. August 2001 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet hat, die Vergütungsansprüche des Klägers neu zu bescheiden. Die Klagen werden insgesamt abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind für beide Rechtszüge nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine höhere Vergütung des Klägers für die Quartale I/00 bis III/00.

Der Kläger ist Facharzt für diagnostische Radiologie und wurde mit Wirkung zum 5. Februar 1997 im Wege einer Sonderbedarfszulassung als Facharzt für Nuklearmedizin und interventionelle Radiologie zur vertragsärztlichen Versorgung in Eisenhüttenstadt zugelassen, nahm seine vertragsärztliche Tätigkeit jedoch erst ab dem Quartal IV/97 auf. Mit Wirkung zum 1. Oktober 1998 wurde er als Facharzt für diagnostische Radiologie und als Facharzt für Nuklearmedizin zu gleichen Anteilen zugelassen. Seit dem Quartal I/01 betreibt er eine Gemeinschaftspraxis mit der Radiologin Dr. R, die zuvor mit der Nuklearmedizinerin Dr. R bis zum Ende deren Zulassung eine Gemeinschaftspraxis und nach deren Ausscheiden zum 30. Juni 1999 eine Einzelpraxis in Frankfurt/Oder führte.

Mit Honorarbescheid vom 8. August 2000 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal I/00 eine Vergütung von 303.935,24 DM; wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 1 bis 26 der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. Mit seinem hiergegen gerichteten Widerspruch brachte der Kläger u.a. vor, angesichts eines Punktwertes von 3,8 DPf. sei eine wirtschaftliche Durchführung der Großgeräte-Diagnostik nicht mehr möglich; außerdem habe berücksichtigt werden müssen, dass er nach dem Ende der Tätigkeit der Kollegin R zahlreiche ihrer Patienten habe übernehmen müssen. Mit Widerspruchsbescheid vom 9. August 2001 half die Beklagte dem Widerspruch insoweit ab, als "die Begrenzungsmaßnahme gemäß § 9 HVM auf 6,48 % begrenzt" werde, im Übrigen wies sie den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie u.a. aus, dass die Mengenzuwachsbegrenzung gemäß § 9 Abs. 1 ihres Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) Anwendung finde, da 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 Pf. unterschritten habe. Der angeforderte Leistungsbedarf sei im Primärkassenbereich um 13,11 % (466.070,30 Punkte) gekürzt worden. Allerdings sei bei der Prüfung des Sachverhalts festgestellt worden, dass die angeforderte erhöhte Leistungsmenge in erheblichen Umfang auf die Fallzahlzunahme durch Übernahme der Patienten von Frau Dr. R zurückzuführen sei, so dass ein Vergleich mit dem Vorjahresquartal nur eingeschränkt möglich sei. Die Mengengrenzung gemäß § 8 Abs. 4 HVM werde daher teilweise aufgehoben, die Begrenzungsmaßnahme gemäß § 9 HVM auf 6,48 % reduziert. Der Anstieg der MRT-Leistungen (Gebührennummern - GNR'n - 5520 und 5521) gegenüber dem Vorjahresquartal um 448.450 Punkte abzüglich der Fachgruppenkürzung von 3,32 % sei in Höhe von 433.561 Punkten von der Mengenzuwachsbegrenzung auszunehmen. In Folge dessen erhalte der Kläger eine Nachvergütung in Höhe von 235.664,3 Punkten (10.189,20 DM) für den Primärkassenbereich. Der Leistungsbedarf Großgeräteleistungen/Leistungen der Strahlentherapie werde für bereichseigene Beteiligte mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des zur Verfügung stehenden Honorarfonds zu den anerkannten Punktzahlen errechne.

Mit seiner hiergegen gerichteten Klage (Az: S 1 KA 238/01) hat der Kläger sein Anliegen weiter verfolgt.

Mit Honorarbescheid vom 3. November 2000 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal II/00 eine Vergütung von 246.945,14 DM; wegen des weiteren Inhalts dieses Honorarbescheids wird Blatt 43 bis 73 der Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Dem hiergegen gerichteten Widerspruch half die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 9. August 2001 ebenfalls insoweit ab, als "die Begrenzungsmaßnahme gemäß § 9 HVM auf 12,93 % begrenzt" werde, im Übrigen wies hier sie auch diesen Widerspruch zurück. Die Beklagte ging hierbei - die Begründung im Übrigen deckt sich weitgehend mit den Ausführungen des das Quartal I/00 betreffenden Widerspruchsbescheides - davon aus, dass die angeforderte Höhe der Leistungsmenge und der Fallzahlenanstieg um 241 Fällen auf die Übernahme von Patienten der Praxis von Frau Dr. R zurückzuführen sei. Der Kläger habe für MRT-Leistungen nach den GNR 5520 und 5521 579.600 Punkte mehr als im Vorjahresquartal II/99 abgerechnet. Nach Abzug einer Fachgruppenkürzung von 3,41 % seien 559.836 Punkte (25.648,20 DM) nachzuvergüten.

Mit seiner hier gegen gerichteten Klage (Az: [S 1 KA 239/01](#)) hat der Kläger sein Anliegen weiter verfolgt.

Mit Honorarbescheid vom 31. Januar 2001 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal III/00 eine Vergütung von 300.973,68 DM; wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 87 bis 116 der Verwaltungsakte verwiesen. Auf den Widerspruch des Klägers senkte die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 5. November 2001 "die Begrenzungsmaßnahme gemäß § 9 HVM von 15,92 % auf 10,55 %" und wies den Widerspruch im Übrigen zurück. Der Kläger habe für MRT-Leistungen nach der GNR 5521 340.400 Punkte mehr als im Vorjahresquartal III/99 abgerechnet; nach einer Fachgruppenkürzung in Höhe von 3,25 % verblieben 329.337 Punkte. In Folge der Teilabhilfe erhalte der Kläger eine Nachvergütung von 186.679,3 Punkten (8.795,70 DM). Die weitere Begründung dieses Widerspruchsbescheides deckt sich mit den in den vorangegangenen Widerspruchsbescheiden genannten Ausführungen.

Mit seiner erhobenen Klage (Az: S 1 KA 424/01) hat der Kläger sein Anliegen weiter verfolgt.

In den vom Sozialgericht verbundenen erstinstanzlichen Verfahren hat der Kläger mit dem Ziel einer Neubescheidung bezüglich aller Quartale vorgebracht, die auf § 9 Abs. 8 HVM gestützte Kürzung sei rechtswidrig. § 9 Abs. 8 HVM i. V. m. § 8 des bis zum 31. Dezember 1999 geltenden HVM sei unwirksam, da die Voraussetzungen, die das Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) für Berufsausübungsregeln fordere, nicht erfüllt seien. § 8 HVM (alt) könne eine übermäßige Ausdehnung der Leistungsmenge nicht verhindern, sei daher in der konkreten Ausprägung für den Kläger nicht zumutbar und auch nicht verhältnismäßig. Außerdem habe die Beklagte § 8 Abs. 4 HVM (alt) rechtswidriger Weise nur teilweise berücksichtigt, da Praxisbesonderheiten des Klägers ermessensfehlerhaft nicht berücksichtigt worden seien. Bezüglich der Übernahme von Patienten der Praxis R verbiete sich jeder Kürzung. Da der Kläger im Übrigen zu 76 % (Quartal I/00) bzw. 71 % (Quartal II/00) Auftragsleistungen erbracht habe, verbiete sich auch insoweit jede Kürzung, da der Kläger diese Leistungen nicht steuern könne. Die Punktwerte im Primärkassenbereich seien sachwidrig zu niedrig angesetzt. § 4 Abs. 3 Nr. 1 c i.V.m. § 5 Abs. 4 HVM sei nicht von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) gedeckt. Die Vergütung radiologischer Leistungen sei nicht kostendeckend. Der Punktwert richte sich nur nach der Größe des Honorarfonds und dem Gesamtleistungsumfang in diesem Bereich; beide Umstände lägen außerhalb jeder Einwirkungszeit der einzelnen Ärzte. Die auch nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) medizinisch begründete Ausweitung des Leistungsvolumens bei Radiologen dürfe nicht über einen Punktwertverfall finanziert werden. § 4 Abs. 3 Nr. 1 c i.V.m. § 5 Abs. 4 HVM sei auch unverhältnismäßig, da die hohen Betriebskosten der Radiologen nicht durch den HVM zu regeln seien und die Punktwerte für Großgeräteleistungen 25 % bis 30 % niedriger seien als die sonstigen Punktwerte. Es liege eine unzulässige Ungleichbehandlung vor, da die Arztgruppe mit dem höchsten Betriebskosten die geringsten Punktwerte erhalte. Die Honorarverteilung innerhalb des Honorarfonds Fachärzte (§ 8 HVM) stelle sachwidrig ein System "kommunizierender Röhren" dar. Wegen § 8 Abs. 4 HVM sei der Punktwert der nicht-praxisbudgetierten Arztgruppen fast völlig unabhängig von der Mengenentwicklung dieser Arztgruppe, sondern hänge von den Leistungsanforderungen aller Vertragsärzte ab. Die Mengenausweitung aller Fachärzte ginge damit zu Lasten der nicht praxisbudgetierten Ärzte. Dies widerspreche der vom Gesetz und der Rechtsprechung geforderten Grundstruktur, dass Mengenausweitungen durch verursacherbezogene Honorarverantwortung verhindert werden müsse. Der Vergleich der Verhältnisse zwischen Radiologen und den anderen Fachgruppen gehe fehl, denn die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gehe für den Betriebskostenanteil von 80,4 % bei radiologischen Praxen von einem durchschnittlichen Jahresumsatz von 825.000,00 DM und Betriebskosten von 662.300,00 DM aus. Radiologen in Brandenburg hätten aber bei weit unterdurchschnittlichen Jahresumsätzen ebenso hohe Betriebskosten wie ihre Kollegen in den alten Bundesländern.

Die Beklagte hat die angegriffenen Bescheide verteidigt. Im Übrigen sei der Kläger im Hinblick auf die Beendigung der Tätigkeit von Frau Dr. R rechtswidrig begünstigt worden. Denn Frau Dr. R habe nie MRT-Leistungen erbracht, so dass diese auch beim Kläger nicht hätten herausgerechnet werden dürfen. Hinsichtlich der CT-Leistungen habe es nach dem Ausscheiden von Frau Dr. R keine Veränderungen in der Praxis von Frau R gegeben. Die Fallzahlzunahme rühre daher aus der Übernahme von Leistungen der In-vivo-Diagnostik, die jedoch weit unter den (herausgerechneten) MRT-Punktzahlen lägen. Bis zum Jahre 1999 habe die Fachgruppe der Radiologen überdurchschnittliche Überschüsse aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit (Honorar abzüglich Betriebskosten) im Vergleich zu allen anderen Fachgruppen erzielt. Auch im Jahre 2000 liege der durchschnittliche Überschuss der Radiologen von 131.973 DM nur geringfügig unter dem durchschnittlichen Überschuss aller Fachgruppen (134.244,00 DM). Betrachte man den vom Kläger im Jahr 2000 erwirtschafteten Überschuss in Höhe von 230.463,08 DM, könnten die Honorarverteilungsregelungen des HVM nicht rechtswidrig sein.

Mit Urteil vom 18. August 2004 hat das Sozialgericht die Bescheide der Beklagten vom 8. August 2000 und 3. November 2000, beide in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 9. August 2001, "aufgehoben" und die Beklagte verpflichtet, die Vergütungsansprüche des Klägers für Leistungen der Quartale I/00 und II/00 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Klage betreffend der Vergütung der Leistungen des Quartals III/00 wies es ab. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt: Es sei nicht sachwidrig, von der Mengenbegrenzung wegen der anerkannten Praxisbesonderheit die Mehranforderung für MRT-Leistungen, vermindert um die durchschnittliche Kürzungsrate der Fachgruppe, auszunehmen. Die Darstellung des Rechenweges für die Minderung der Mengenbegrenzung in den Widerspruchsbescheiden bleibe für den betroffenen Arzt noch nachvollziehbar. 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 %)

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

Gegen dieses den Beteiligten am 5. November 2004 (Klägerbevollmächtigte) bzw. 8. November 2004 (Beklagte) zugestellte Urteil haben beide Beteiligte am 3. Dezember 2004 Berufung eingelegt.

Der Kläger wiederholt sein erstinstanzliches Vorbringen und macht darüber hinaus geltend: das Urteil des Sozialgericht sei insgesamt fehlerhaft. Es werde daher auch bezüglich der Quartale I/00 und II/00 angegriffen, da die Mengenbegrenzungsregelungen des § 9 HVM rechtswidrig seien. Die Beklagte habe § 9 Abs. 6 HVM bezüglich der Quartale II/00 und III/00 unzutreffend angewandt; schon bei der Berechnung seien ihr Fehler unterlaufen. Da nach Auffassung der Beklagten ferner die Fallzahlzunahme beim Kläger in erster Linie aus der nuklearmedizinischen In-vivo-Diagnostik, welche er von Frau Dr. R übernommen habe, herrühre, müsse sie auch die tatsächliche Punktzahlzunahme in Höhe von 323.500 Punkten für alle streitigen Quartale berücksichtigen, was noch nicht geschehen sei. Soweit das Sozialgericht offenbar eine Verpflichtung der Beklagten zum Einschreiten erst dann annehme, wenn der Punktwert des Großgeräte-Honorarfonds in vier aufeinander folgenden Quartalen um mehr als 15 % Punkte hinter dem Punktwert für die sonstigen Leistungen zurück bleibe, sei diese Rechtsauffassung durch das o.g. Urteil des BSG nicht gedeckt. Die vom BSG entwickelte 15%-Grenze sei nicht starr, sondern stelle nur einen "Regelfall" dar. Schließlich habe das Sozialgericht außer Acht gelassen, dass der von ihm in den streitgegenständlichen Quartalen herangezogene Punktwert für die Großgeräte-/Strahlentherapieleistungen von der Beklagten zu hoch, weil durch den EBM gestützt, angegeben worden sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. August 2004 sowie die Honorarbescheide der Beklagten vom 8. August 2000 und vom 3. November 2000, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. August 2001, und den Honorarbescheid vom 31. Januar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 2001 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, die Vergütungsansprüche des Klägers für die Quartale I bis III/00 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,

weiterhin,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. August 2004 abzuändern, soweit darin die Bescheide der Beklagten vom 8. August 2000 und 3. November 2000 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 9. August 2001 aufgehoben und sie zur Neubescheidung verpflichtet worden ist, und die Klagen insgesamt abzuweisen,

hilfsweise,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Unter Berufung auf neuere Rechtssprechung des BSG (Urteil vom 20. Oktober 2004, Az: [B 6 KA 30/03 R](#)) vertritt sie die Auffassung, dass wenn - wie im vorliegend maßgebenden HVM - zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden seien, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdeckten, es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr gebe, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könne. Daher habe das Sozialgericht den Punktwert der Fachgruppe der Radiologen nicht als heranzuziehenden Vergleichspunktwert definieren dürfen. Die gesamte Vergütungssituation sowohl des Klägers als auch der Fachgruppe der Radiologen - dieser habe das 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) Dr. med. Hubert Karnahl Betriebs- Kostensatz Honorar minus BK- Betriebs- Kostensatz Honorar minus BK- Betriebs- kostensatz Honorar minus BK- 1998 80,30 % 73.965,43 60,50 % 66.898,95 80,30 % 46.222,98 Abweichung Durchschnitt Ä 10,56 % -30,91 % 1999 81,80 % 67.019,32 60,90 % 66.593,17 81,80 % 109.003,16 Abweichung Durchschnitt Ä 0,64 % 63,69 % 2000 81,80 % 62.656,96 60,90 % 63.966,43 81,80 % 109.975,83 Abweichung Durchschnitt Ä -2,05 % 71,93 % - KBV Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 1999, 2000, 2001 - Quartal I/1998-IV/1998 Blatt 4 Quartalsauswertung 10.05.2002, Quartal I/1999-IV/2001 Blatt 4 Quartalsauswertung 21.05.2003 -Honorare Dr. Karnahl

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 vor hätten Steuern erzielen können als ihre Fachkollegen, die ausschließlich konventionelle Radiologie oder beides anböten. Im Jahr 1998 habe im Honorarfonds Großgeräteleistungen insgesamt Honorar in Höhe von 20,44 Millionen DM für 76 Ärzte/Einrichtungen zur Honorarverteilung zur Verfügung gestanden. Hieraus habe sich eine durchschnittliche Vergütung je Arzt/Einrichtung in Höhe von rund

269.000 DM ergeben. Im Jahr 1999 sei der Honorarfonds Großgeräte bei gleich bleibender Anzahl von Ärzten um 4,5 % auf 31,37 Millionen DM angehoben worden (Vergütung pro Arzt: 281.200 DM). Für die Folgejahre sei dieser Vergütungsanteil um 1,3 % auf 21,66 Millionen DM (für das Jahr 2000) und um weitere 3,1 % auf dann 22,34 Millionen DM im Jahr 2001 angehoben worden. Entgegen der klägerischen Darstellung sei der Punktwert für Leistungen des Honorarfonds Großgeräte nur einmalig gravierend im Vergleich der Jahre 1998 bzw. 1999 um durchschnittlichen 14 % gesunken, wie folgender Tabelle zu entnehmen sei:

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

Das weitere Absinken des Punktwertes im Jahre 2000 um nochmals 9 % sei entscheidend auf die zum 1. Januar 2000 wirksam werdende Trennung der Gesamtvergütung in den fachärztlichen und hausärztlichen Versorgungsbereich zurückzuführen. Auch habe der Fachgruppe Radiologie insgesamt ein etwa gleich bleibender Gesamtvergütungsbetrag zur Verfügung gestanden. Anders als in dem vom BSG entschiedenen Fall würden aus dem Honorarfonds Großgeräteleistungen der Beklagten nicht nur wenige Ärzte und Einrichtungen vergütet: während die Zahl der aus dem Honorarfonds Großgeräte zu vergütenden Vertragsärzte von 94 im Jahre 1999 (incl. Doppelzählung; 76 ohne Doppelzählung) auf 100 im Jahre 2000 (incl. Doppelzählung) angestiegen sei, habe sich die Zahl der MRT-/CT-Leistungserbringer von 81 (im Jahre 1999) auf 82 (im Jahre 2000) - jeweils inklusive Doppelzählung - erhöht.

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

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Die gleichfalls zulässige Berufung der Beklagten ist hingegen begründet, denn das Urteil des Sozialgerichts ist rechtswidrig, soweit es den die Quartale I/00 und II/00 betreffenden Klagen teilweise stattgegeben hat. Die Klagen sind vielmehr insgesamt unbegründet.

I. Die begründete Berufung der Beklagten führt zur teilweisen Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils und zur Abweisung der Klage insgesamt. Zu Unrecht hat das Sozialgericht die die Quartale I/00 und II/00 betreffenden streitgegenständlichen Honorar- und Widerspruchsbescheide "aufgehoben" und die Beklagte zur Neubescheidung verpflichtet. Denn die einschlägigen Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) wurden von der Beklagten zutreffend angewandt und erweisen sich als rechtmäßig.

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 HVM 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 HVM 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 Honorar und den anerkannten Punktzahlen unter Berücksichtigung des § 9 zuzüglich der Kürzungspunktzahlen aus der Praxis- und Zusatzbudgetierung gemäß AI 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. 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.

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/99 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. Ausweislich Liste K dieses Honorarbescheids berücksichtigte sie für die Errechnung des Kürzungsfaktors (2.276 anerkannte Behandlungsfälle des Vorjahresquartals x 1,05 =) 2.390 Fälle. Ferner ermittelte sie durch die oben genannte Anhebung bzw. Absenkung der Fallzahlbereiche einen so genannten Anpassungsfaktor von 90,772 %, der - bezogen auf die anerkannte arztindividuelle Fallpunktzahl des Vorjahresquartals von 2.221,1 - zu einer arztindividuellen Fallpunktzahl von 2.016,1 für das Quartal I/99 führte. Diese multipliziert mit den abgerechneten Behandlungsfällen (2.816) ergab einen Leistungsbedarf von 5.677.442,6 Punkten, welcher 13,11 % (Kürzungsfaktor) hinter dem vom Kläger angeforderten bzw. nach dem EBM anerkannten Leistungsbedarf von 6.534.134 Punkten zurücklag.

Diese Kürzungsquote führte im Primärkassenbereich - nur hier unterschritt, wie von § 9 Abs. 1 HVM gefordert, der Punktwert der nicht-budgetierten Leistungen des Honorarfonds "Leistungen Fachärzte" den Wert von 6,5 Pf - zur Kürzung des angeforderten Leistungsbedarfs um 466.372,3 Punkte.

Diese Mengenzuwachsbegrenzung reduzierte die Beklagte im Rahmen des Widerspruchsverfahrens auf 230.708 Punkte (Kürzungsquote 6,48 %), indem sie in Anwendung von § 8 Abs. 4 Satz 9 HVM (alt) als Praxisbesonderheit berücksichtigte, dass die vom Kläger erbrachten MRT-Leistungen nach den Gebührennummern 5520 und 5521 EBM gegenüber dem Vorjahresquartal um 448.450 Punkte zunahmen. Unter Berücksichtigung der so genannten Fachgruppenkürzung von 3,32 % wurden somit 433.561 Punkte als Praxisbesonderheit von der Mengenzuwachsbegrenzung ausgenommen.

Dieses Vorgehen ist rechtlich nicht zu beanstanden. Insbesondere war die Beklagte nicht verpflichtet, darüber hinaus gehende Leistungen als Praxisbesonderheiten anzuerkennen. Der Kläger hat bereits nicht dargelegt, in welchem tatsächlichen, die Punktzahl von 433.561 übersteigenden Umfang er im Quartal I/00 Leistungen erbracht haben will, die im Vorjahresquartal noch von der Ärztin Dr. R erbracht wurden. Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, sämtliche MRT-Leistungen und die gesamte nuklearmedizinische In-vivo-Diagnostik als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Als Praxisbesonderheit können allenfalls solche Leistungen in Betracht kommen, die der Kläger für ehemalige Patienten von Frau Dr. R nach dem Ende ihrer Tätigkeit erbracht hat. Da nach den Angaben der Beklagten Frau Dr. R jedoch zu keinem Zeitpunkt MRT-Leistungen erbrachte, können allenfalls die vom Kläger übernommenen Leistungen der nuklearmedizinischen In-vivo-Diagnostik als Praxisbesonderheit anerkannt werden. Ob die vom Kläger erbrachten MRT-Leistungen gegebenenfalls aus anderen Gründen grundsätzlich im angeforderten Umfang zu vergüten sind, ist an dieser Stelle nicht zu klären.

Das von der Beklagten gefundene Ergebnis, zu welchem sie in Anwendung der - grundsätzlich in jedem HVM erforderlichen - Härtefallklausel in § 8 Abs. 4 Satz 9 HVM (alt) gelangt, lässt Ermessenfehler im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), welche zur Rechtswidrigkeit der Härtefallentscheidungen führen könnten, nicht erkennen. Insbesondere hat sie ihr Ermessen entsprechend dem Zweck jeder Härtefallregelung ausgeübt, im atypischen Einzelfall mögliche unbillige Belastungen einer generell rechtmäßigen Regelung zu verhindern. Eine zweckentsprechende Umsetzung der Härtefallklausel darf deshalb nicht nur die Umstände im Blick haben, welche die Abweichung vom typischen Fall und die dadurch hervorgerufene Belastung ausmachen. Vielmehr ist gerechtfertigt und geboten, ebenfalls die gegebenenfalls vorhandenen günstigen Auswirkungen der Regelung auch in den atypischen Fällen mit in die Ermessensentscheidung einzustellen (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 18](#) zu einem früheren HVM der Beklagten). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beklagte bei der Entscheidung über den Umfang der Befreiung des Klägers von der Mengenbegrenzung auch berücksichtigt hat, dass die Begrenzungsregelung selbst dem anerkanntenswerten Ziel der Punktwertstabilisierung diene und diese Wirkungen dem Kläger gleichfalls zu Gute kam. Dass von den als Praxisbesonderheit berücksichtigten 448.450 Punkten somit 3,32 % als so genannte Fachgruppenkürzung unberücksichtigt blieben, da der Kläger in diesem Umfang von der durch die Mengenbegrenzung bewirkten Punktwertstabilisierung profitierte, ist daher nicht zu beanstanden.

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.

e) Dem Kläger steht auch nicht wegen des bei den Großgeräteleistungen zu verzeichnenden Punktwerteabfalls bzw. wegen der Punktwertdifferenz gegenüber anderen Leistungen ein Anspruch auf höheres Honorar zu, und zwar weder unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung (hierzu unter aa) noch unter demjenigen eines 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 vom Kläger angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der CT-/MRT-Leistungen gefährdet haben könnten, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte Praxis mit dem Schwerpunkt auf CT-/MRT-Leistungen im Bereich der Beklagten insolvent geworden wäre, noch ergibt sich aus den o.g. Einkommensstatistiken, dass die Einnahme-/ Ausgabesituation für solche Radiologen problematisch geworden sein könnte.

Nach den von der Beklagten in das Verfahren eingeführten Statistiken überstiegen in den Jahren 1998 und 1999 im vertragsärztlichen Bereich die durchschnittlichen Gewinne in der Fachgruppe der Radiologen diejenigen aller niedergelassenen Gebietsärzte (ohne Laborärzte, Radiologen, Nuklearmediziner und Pathologen) um 10,56 % (73.965,43 Euro gegenüber 66.898,95 Euro) im Jahre 1998 und 0,64 % (67.019,32 Euro gegenüber 66.593,17 Euro) im Jahre 1999, während im Jahre 2000 ein Unterschreiten um 2,05 % (62.656,96 Euro gegenüber 63.966,43 Euro) zu konstatieren ist. Damit waren nicht nur die im EBM vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von unter 70.000,- 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,- 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. Die Gewinnsituation des Klägers stellt sich demgegenüber nur für das Jahr 1998 ungünstiger (minus 30,91 %) als die Einkommenssituation aller oben genannten Gebietsärzte dar; Ursache hierfür dürfte sein, dass der Kläger bis einschließlich dem Quartal III/98 nur über eine Sonderbedarfszulassung verfügte und daher nur im begrenzten Umfang Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen durfte. In den beiden Folgejahren erzielte der Kläger jedoch im vertragsärztlichen Bereich erheblich überdurchschnittliche Gewinne (63,69 % im Jahre 1999, 71,93 % im Jahre 2000).

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 den 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 Honorar beträge, ermittelt werden. Das beruht darauf, dass sich der Anspruch eines Vertragsarztes auf Honorarteil habe 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 Honorar topf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern - aber mit einem relevanten Leistungsbereich - zugeordnet und der zudem in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist, eine gesteigerte Beobachtungspflicht trifft. Zeigt sich hier eine dauerhafte Steigerung der Leistungsmenge und zugleich ein dauerhafter Punktwertabfall bis deutlich unter andere vergleichbare Durchschnittspunktwerte, ohne dass dies von den Betroffenen selbst zu verantworten ist, so ist darauf durch angemessene Erhöhung des Honorarkontingents zu reagieren (BSG a.a.O.).

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall bereits deswegen nicht erfüllt, weil nach den von der Beklagten in den Rechtsstreit eingeführten Daten im streitgegenständlichen Jahr 2000 100 (incl. Doppelzählungen) 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. Darüber hinaus belegt auch der vom Kläger erzielte Fallwert, der den Fallwert der o. g. Gebietsärzte im den streitigen Quartalen um zum Teil 100 % übersteigt, dass der Kläger in seiner radiologischen Praxis weit überdurchschnittliche Einkommen erzielte, die für die Beklagte keinerlei Anlass zur Zahlung höherer Vergütungen gab.

2. Quartale II/00 und III/00

Für die Quartale II/00 und III/00 gelten die vorstehenden Ausführungen in entsprechender Weise.

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

Soweit die Klägerseite darüber hinaus für die Quartale II/00 und III/00 rechnerische Fehler beanstandet, die sich jeweils der den Honorarbescheiden beigefügten Liste K entnehmen ließen, ist dies - worauf die Beklagte im Erörterungstermin vom 13. Mai 2008 hinwies - darauf zurückzuführen, dass sämtlichen Berechnungen der Beklagten exaktere Zahlenwerte (regelmäßig bis 8 Dezimalstellen nach dem Komma) zu Grunde liegen, während in Liste K nur die auf maximal 2 Dezimalstellen nach dem Komma gerundeten Zahlenwerte ausgewiesen werden.

II. Die Berufung des Klägers ist zwar zulässig, aber unbegründet.

1. Obwohl der Kläger bezüglich der streitgegenständlichen Quartale I/00 und II/00 im erstinstanzlichen Verfahren obsiegt hat, fehlt seiner Berufung, auch soweit sie sich auf diese beiden Quartale bezieht, nicht die für jedes Rechtsmittel erforderliche formelle Beschwerde. Denn bei Bescheidungsurteilen nach [§ 131 Abs. 3 SGG](#) - ein solches stellt die Entscheidung des Sozialgerichts bezüglich der beiden genannten Quartale dar - kann die Beschwerde eines Klägers auch darin liegen, dass die von ihm vertretene Rechtsauffassung von der Vorinstanz nicht geteilt wird und sich dies für den Kläger negativ auswirkt (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer Sozialgerichtsgesetz, 8.A., vor § 143 RdNr. 5a m.w.N.). Dies ist hier der Fall, da der Kläger die die Quartale I/00 und II/00 betreffenden Bescheide der Beklagten aus Gründen die über die Entscheidung des Sozialgerichts hinaus gehen für rechtswidrig hält und er im Falle des Obsiegens mit einer noch höheren Vergütung rechnen dürfte.

2. Die Berufung ist jedoch unbegründet. Da sich die streitgegenständlichen Honorar- und Widerspruchsbescheide als insgesamt rechtmäßig

erweisen (siehe hierzu I.), kann dem Kläger auch kein über das erstinstanzliche Urteil hinausgehender Anspruch auf Neubescheidung zustehen.

III. 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