

---

## S 71 KA 335/00

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	9
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	:
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 71 KA 335/00
Datum	18.09.2002

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 7 KA 303/02
Datum	04.03.2005

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. September 2002 wird zur¼ckgewiesen. Die KlÄgerin hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Åber die Honoraransprüche ehemals zugelassener VertragsÄrzte f¼r das I. Quartal 1999.

Die KlÄgerin ist Insolvenzverwalterin Åber die VermÄgen der ehemals zur vertragsÄrztlichen Versorgung zugelassenen und in einer Gemeinschaftspraxis tÄtigen Radiologen Dr. med. K und Dipl.-Med. D. Der Honorarabrechnung f¼r das streitige Quartal legte die Beklagte den von ihrer Vertreterversammlung am 28. November 1996 beschlossenen und in ihrem Mitteilungsblatt im Januar 1997 (S.A 63) ver¼fflichten, am 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 26. November 1998 (ver¼fflicht im Mitteilungsblatt der Beklagten im Januar 1999 [S.A 204]), insoweit in Kraft ab 1. Januar 1999, zugrunde.

---

Nach Â§ 10 Abs. 1 dieses HVM wurden zur VergÃ¼tungverteilung aller Krankenkassen Teilbudgets gebildet (Ziff. 2.15 Radiologen/Nuklearmediziner), denen die Leistungen aus den EBM Kapitel Q I und Q II, R, S und T zugeordnet wurden (Â§ 10 Abs. 5 Satz 1 HVM). Nach Â§10 Abs. 5 Satz 2 HVM durfte der Punktwert 7,0 Deutsche Pfennig (Dpf) nicht unterschreiten. Sofern dieser Interventionspunktwert unterschritten wurde, erfolgte eine verursacherbezogene AuffÃ¼llung aus den entsprechenden Fachgruppen-Teilbudgets (Â§ 10 Abs. 5 Satz 3 HVM). Die SÃ¤tze 2 und 3 des Â§ 10 Abs. 5 HVM wurden mit Wirkung zum 1. Oktober 1998 durch Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten vom 17. September 1998 (Mitteilungsblatt der Beklagten von November 1998 S.A 186) gestrichen. Das hatte zur Folge, dass der (floatende) Punktwert im hier streitigen Quartal im PrimÃ¤rkassenbereich auf 4,293 Dpf. und im Ersatzkassenbereich auf 5,625 Dpf. sank.

Die Ã¶rzte wandten sich deshalb gegen den Honorarbescheid fÃ¼r das I. Quartal 1999 und trugen vor, dass mit den genannten Punktwerten eine angemessene VergÃ¼tung nicht mehr gewÃ¼hrleistet sei. Es liege ein VerstoÃ¼ gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vor. Wegen der Charakteristik radiologischer Leistungen als Ã¼berweisungsleistungen sei ihnen eine Leistungsausweitung nicht mÃ¶glich. Bei einem Punktwert von 4 bis 5 Dpf. kÃ¶nnten sie ein positives betriebswirtschaftliches Ergebnis nicht erzielen.

Diesen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. April 2000 als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck. Der dem Honorarbescheid zugrunde liegende HVM verstoÃ¼e nicht gegen das Gebot der angemessenen VergÃ¼tung Ã¤rztlicher Leistungen. Die UmsÃ¤tze und die Gewinne der Mehrzahl der Radiologen lasse nicht den Schluss zu, dass eine generelle GefÃ¼hrdung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung â weder im Teilbereich der konventionellen Radiologie noch in dem der GroÃ¼ngerÃ¤teteleistungen -, wie sie fÃ¼r einen VerstoÃ¼ gegen das Gebot der angemessenen VergÃ¼tung gefordert werden mÃ¼sse, gegeben sein kÃ¶nne. Durch den Wegfall des Interventionspunktwertes von 7,0 Dpf. sei der Punktwert fÃ¼r radiologische Leistungen zwar gesunken, jedoch fÃ¼hre dies nicht zu einer GefÃ¼hrdung der Sicherstellung der radiologischen Versorgung. Tatsache sei, dass in Berlin bis auf einen Zulassungsbezirk, sÃ¤mtliche Verwaltungsbezirke fÃ¼r Radiologen wegen Ã¼berversorgung gesperrt seien oder waren. Festzustellen sei auch, dass die Entwicklung in der Computertomographie (CT) und der Magnetfeld-Resonanz-Tomographie (MRT) rasant sei. Seien in der CT per 1. Januar 1998 noch 31 GerÃ¤te in 30 Arztpraxen installiert, so seien es per 1. Januar 1999 38 GerÃ¤te in 36 Arztpraxen gewesen. Im Bereich der MRT seien am 1. Januar 1998 lediglich 11 GerÃ¤te in 10 Arztpraxen vorhanden gewesen. Am 1. Januar 1999 seien es bereits 19 GerÃ¤te in 18 Arztpraxen gewesen. Hinzu kÃ¶men zum 1. Januar 1999 noch 30 CT-GerÃ¤te an insgesamt 24 Standorten und 15 MRT-GerÃ¤te an 12 Standorten, die ebenfalls von ambulant tÃ¤tigen Ã¶rzten genutzt wÃ¼rden. Dies habe zu der gegenwÃ¤rtigen Honorarentwicklung gefÃ¼hrt, bei der bei einer in etwa gleichbleibenden Leistungsentwicklung im konventionell-radiologischen Bereich eine starke Zunahme der Leistungen in der CT und der Kernspintomographie zu verzeichnen sei.

---

Im anschließenden Klageverfahren haben die Ärzte ihr Begehren weiterverfolgt und im Wesentlichen vorgetragen, dass sie einen Anspruch auf eine angemessene vertragsärztliche Vergütung hätten. In ihrem Fall sei der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt. Der Anteil ihrer Fachgruppe am Berliner Gesamthonorar sei innerhalb eines Jahres um 0,82 v.H. gesunken. Für diese Absenkung ihres Anteils am Gesamthonorar gebe es keine vernünftigen und sachlich nachvollziehbaren Gründe.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 18. September 2002 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Abschaffung des Interventionspunktwertes von 7 Dpf. durch die von der Vertreterversammlung der Beklagten vorgenommene Änderung des HVM mit Wirkung ab dem IV. Quartal 1998 nicht zu beanstanden sei. Weder bestehe ein Anspruch eines Vertragsarztes auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert, noch darauf, dass die Leistungen mit dem gleichen Punktwert wie Grundleistungen oder die Leistungen anderer Ärzte vergütet würden. Ein fester Punktwert für alle auf Überweisung erbrachten Leistungen sei rechtlich nicht geboten und auch nicht durchsetzbar, zumal hierdurch ein Anreiz zum Missbrauch geschaffen würde. Nach der Aufhebung des Interventionspunktwertes sei es zwar zu einem Punktwertabfall in dem Teilbudget Radiologie/Nuklearmedizin gekommen, für das hier streitbefangene Quartal könne jedoch noch nicht von einer dauerhaften Entwicklung gesprochen werden, die eine Korrekturpflicht auslöse. Es liege kein erheblicher Punktwertabfall im Sinne der höchststrichterlichen Rechtsprechung vor. Das Bundessozialgericht (BSG) habe für überweisungsgebundene Leistungen ohne Mitverantwortung der betroffenen Arztgruppe bei der Mengenausweitung eine Reaktionspflicht bei Abfall des Punktwertes um 15 v.H. oder mehr gegenüber dem größten Teil der sonstigen Leistungen angenommen. Nach den Berechnungen der Beklagten habe der durchschnittliche Punktwert aller Fachgruppen minus 15 v.H. im Primärkassenbereich 4,263 Dpf. und im Ersatzkassenbereich 5,356 Dpf. betragen. Die Punktwerte der Radiologen in dem hier streitbefangenen Quartal und in dem Vorquartal hätten jeweils über diesen Werten gelegen.

Gegen das ihr am 29. Oktober 2002 zugestellte Urteil richtet sich die am 29. November 2002 eingelegte Berufung der Klägerin, zu deren Begründung sie ihr bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Ergänzend trägt sie vor, die Honorierung von ärztlichen Leistungen sei dann nicht mehr angemessen, wenn die Fachgruppe insgesamt die Praxisunkosten nicht mehr decken könne. Ein solcher Fall sei hier gegeben. Im Übrigen sei entgegen der Auffassung des erstinstanzlichen Gerichts der bei der Fachgruppe der Radiologen nach Streichung des Interventionspunktwertes eingetretene Punktwertabfall von dauerhafter Art. Der Punktwertabfall wirke sich erheblich auf den wesentlichen Teil der von sämtlichen Radiologen ohne Großgeräteleistungen erbrachten Leistungen aus. Nur die Teilgruppe der Radiologen, die Leistungen mit Großgeräten abrechneten, erhielten eine angemessene Vergütung. Die konventionell tätigen Radiologen hingegen nicht.

Die Klägerin beantragt,

---

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. September 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheides für das I. Quartal 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. April 2000 zu verurteilen, sie hinsichtlich der Honoraransprüche der Ärzte für dieses Quartal unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

die sie für unbegründet hält.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und auf die die Ärzte betreffende Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Eine Entscheidung durch den Berichterstatter im Wege schriftlicher Entscheidung konnte ergehen, weil die Voraussetzungen des [Â§ 155 Abs. 3](#) und 4 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und des [Â§ 153 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Â§ 124 Abs. 2 SGG](#) vorliegen.

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Honorarbescheid der Beklagten für das I. Quartal 1999 und die diesem zugrunde liegende Regelung des HVM der Beklagten sind nicht zu beanstanden.

Honorarverteilungsregelungen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind an den gesetzlichen Vorgaben des [Â§ 85 Abs. 4](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art. 12](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) ergibt, zu messen ([BSGE 73, 131](#), 135 f. = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 4](#) S. 23 f.; [BSGE 81, 213](#), 217 f. = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 23](#) S. 152 f.; Urteil des BSG vom 9. September 1998 – [B 6 KA 55/97 R](#) –). Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [Â§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistung des Kassenarztes zugrunde zu legen sind. Die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars an den nach der gefestigten Rechtsprechung des BSG die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind. Danach sind die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten. Der normsetzenden Körperschaft verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden ([BSGE 73, 131](#), 135 f. = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 4](#)

---

S. 23 f.; Urteil des BSG vom 9. September 1998 (B 6 KA 55/97 R -). Im vorliegenden Verfahren beanstandet die Klägerin, dass es aufgrund der Abschaffung des Interventionspunktwertes in Höhe von 7 Dpf. vom IV. Quartal des Jahres 1998 an in der Fachgruppe der Radiologen zu einem Punktwertverfall mit der Folge gekommen sei, dass die von ihnen erbrachten Leistungen nicht mehr leistungsgerecht vergütet worden seien. Ihnen stehe ein Rechtsanspruch auf einen höheren Punktwert zu.

Als Rechtsgrundlage für diesen Anspruch kommt insoweit ausschließlich das aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([BSGE 73, 131, 139, 140 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 4 S. 29](#); [BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 24 S. 168](#)) in Betracht. Dagegen kann ein solcher Anspruch nicht auf das objektiv-rechtliche Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen ([Â§ 72 Abs. 2 SGB V](#)) gestützt werden, das im Allgemeinen keine subjektiven Rechte des Vertragsarztes begründet ([BSGE 75, 178 = SozR 3-2500 Â§ 72 Nr. 1](#); [BSGE 77, 279, 288](#); [BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 10 S. 62 f.](#); [BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 12 S. 82](#)). Ein Vertragsarzt kann für die von ihm im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen keine Vergütung in einer bestimmten Höhe beanspruchen. Einem solchen Anspruch steht das vom Gesetz vorgegebene gesamtvertragliche Vergütungssystem entgegen (Urteil des BSG vom 3. März 1999 (B 6 KA 8/98 R) (SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 30)). Danach honorieren die Krankenkassen nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung, sondern sie entrichten mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine vertraglich vereinbarte Vergütung. Dieser für die Honorierung aller vertraglichen Leistungen maximal zur Verfügung stehende Geldbetrag steht unabhängig von der Zahl der ärztlichen Leistungserbringer und der erbrachten ärztlichen Leistungen fest. Daher kann sich für den einzelnen Arzt von vornherein kein Anspruch auf ein Honorar in bestimmter Höhe, sondern nur ein Anspruch auf einen seiner Leistung entsprechenden Anteil an dieser Gesamtsumme ergeben (Urteil des BSG vom 3. März 1999 (B 6 KA 8/98 R) a.a.O.).

Das danach allein als Prüfungsmaßstab in Betracht kommende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern ebenso das Gebot, wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln ([BVerfGE 98, 365, 385](#)). Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten ist der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, dass sie bei der am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben darf. Dieses dem Gleichheitssatz inne wohnende Differenzierungsgebot kann verletzt sein, wenn die Honorierung aller ärztlichen Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwerts und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führt, die die

---

Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht ausweiten kann. Maßgebend für die Beurteilung, ob das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt ist, ist nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung, deren Honorarverteilung angegriffen wird (Urteil des BSG vom 3. März 1999 – [B 6 KA 8/98 R](#) -, a.a.O.).

Das Gesetz räumt dabei ausdrücklich die Möglichkeit ein, eine u.a. nach Arztgruppen oder Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung der Vergütung vorzusehen ([Â§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes vom 21. Dezember 1992, [BGBl. I S. 2266](#)). Dementsprechend ist es grundsätzlich zulässig, im HVM gesonderte Honorarpflichten für die verschiedenen Fachgruppen zu bilden und Vorsorge dagegen zu treffen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Gruppen verändert wird (BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 24](#) und 26).

An diesen Grundsätzen gemessen ist der Honorarbescheid der Beklagten nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat zutreffend entschieden, dass ein Arzt keinen Anspruch auf ein Honorar in einer bestimmten Höhe, sondern nur einen Anspruch auf einen seiner Leistung entsprechenden Anteil an der für die Honorierung aller vertragsärztlichen Leistungen zur Verfügung stehenden Gesamtsumme hat. Anhaltspunkte dafür, dass die Ärzte hier einen ihrer Leistung entsprechenden Anteil von der Gesamtsumme nicht erhalten haben, haben die Ärzte weder vorgetragen noch sind sie sonst ersichtlich. Der Senat sieht insoweit von einer Darstellung der Entscheidungsgründe ab und verweist insoweit auf die Gründe der hier angefochtenen Entscheidung des Sozialgerichts Berlin ([Â§ 153 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes [SGG]). Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren erstmals vorgetragen hat, dass die Honorierung der Radiologen in dem hier streitbefangenen Quartal gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstöße, weil die Vergütung noch nicht einmal die Praxiskosten dieser Fachgruppe abdecke, kann sie hiermit keinen Erfolg haben. Anhaltspunkte dafür, dass ein derartiger Sachverhalt im hier streitigen Quartal vorgelegen hat, sind von der Klägerin weder substantiiert vorgebracht noch sonst ersichtlich. Das von ihr insoweit vorgelegte Gutachten zur Ermittlung der Umsatz-, Kosten- und Ertragsentwicklung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung der radiologischen Praxen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein im Zeitraum von 1993 bis 1997 der Rinke Treuhand GmbH vom 6. August 1999 betrifft offensichtlich zum einen einen anderen Kassenarztbezirk und zum anderen einen anderen, hier nicht einschlägigen Zeitraum. Im übrigen trägt selbst die Klägerin vor, dass zumindest die Radiologen mit "Großgeräteleistungen" durch die "Abrechnung von Leistungen mit Großgeräten einen angemessenen Vergütungsanspruch" erzielen hätten. Dafür, warum dies für die konventionell tätigen Radiologen in dem hier streitbefangenen Zeitraum nicht der Fall gewesen sein soll, fehlt auch hier jeder substantiierte Vortrag. Letztlich kann dies aber auch offen bleiben, denn entscheidend für die Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung ist nicht der einzelne Arzt oder ein Teil einer Fachgruppe, sondern die Vergütungssituation der jeweiligen Fachgruppe insgesamt. Vor diesem

---

Hintergrund kann die Klägerin auch nicht mit Erfolg geltend machen, die Beklagte hätte innerhalb der Fachgruppe der Radiologen eine weitere Differenzierung zwischen "Radiologen mit Großgeräteleistungen" und "konventionellen Radiologen" vornehmen müssen, um einer unterschiedlichen Honorarentwicklung dieser Gruppen entgegenzuwirken. Dabei verkennt sie auch, dass die Beklagte hinsichtlich der Bildung von Honorartöpfen für verschiedene Fachgruppen einen Gestaltungsspielraum hat. Dabei ist sie berechtigt, der jeweiligen Fachgruppe einen bestimmten Honorartopf zuzuordnen, um das Risiko der Leistungsmengenausweitung bei der jeweiligen Fachgruppe zu belassen.

Soweit die Klägerin eine Verletzung der der Beklagten obliegenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht hinsichtlich der Honorarentwicklung der Radiologen rügt, kann sie auch hiermit keinen Erfolg haben. Eine solche Beobachtungs- und Reaktionspflicht hat die Rechtsprechung bei der Bildung von Teilbudgets angenommen. Danach hat die Beklagte Verteilungsregelungen, mit denen sie in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abweicht, regelmäßig zu überprüfen. Sie hat sie zu verändern bzw. weiterzuentwickeln, wenn sich herausstellt, dass der Zweck der Regelung ganz oder teilweise nicht erreicht oder gar verfehlt wird (BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 12](#) S. 80 f.), oder wenn die vorgenommene Einteilung in Teilbudgets dazu führt, dass der Punktwert in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfällt als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen und als Grund dafür keine von den jeweiligen Leistungserbringern selbst verursachten Mengenausweitungen erkennbar sind (BSGE 77, 288, 293 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 11](#) S. 69, BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 24](#) S. 168). Eine Korrekturverpflichtung setzt weiter voraus, dass es sich um eine dauerhafte, also nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt. Außerdem muss ein vom Umsatz wesentlicher Leistungsbereich einer Arztgruppe betroffen sein. Der Punktwerteverfall muss erheblich sein; nicht jede Punktwertdifferenz zwischen verschiedenen Honorartöpfen gibt Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung. Werden Honorartöpfe für Leistungen gebildet, die Ärzte nur auf Anweisung hin erbringen können und bei den ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit ein Punktwertabfall nicht zugerechnet werden kann, sieht das BSG im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 v.H. oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen (BSGE 83, S. 1 ff. = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 26](#)). Der Senat kann unentschieden lassen, ob der nach Abschaffung des Interventionspunktwertes ab dem IV. Quartal 1998 eingetretene Punktwertabfall von dauerhafter Art war. Denn jedenfalls hätte darauf hat das Sozialgericht zu Recht hingewiesen hätte betrug der durchschnittliche Punktwert aller Fachgruppen im I. Quartal 1999 im Primärkassenbereich 5,0153 Dpf. und im Ersatzkassenbereich 6,301 Dpf. Die Punktwerte der Radiologen betragen demgegenüber im Primärkassenbereich 4,293 Dpf. und im Ersatzkassenbereich 5,693 Dpf. Sie lagen damit nicht um mehr als 15 v.H. oder mehr unter dem durchschnittlichen Punktwert aller Fachgruppen.

Im übrigen hat die Vertreterversammlung der Beklagten auf den Punktwertverlust für radiologische Leistungen nach Abschaffung des Interventionspunktwertes

---

reagiert und zum 1. Januar 1999 aus dem Teilbudget der Fachgruppe Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin Fachgruppenunterbudgets für Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner gebildet (Mitteilungsblatt der Beklagten Februar 1999 S.A 207). Sodann hat die Beklagte mit Wirkung zum 1. April 1999 die Leistungen des Abschnitts R (Magnetfeld-Resonanztherapie) sowie der Abschnitte Q I.4 (Gefäßgefäße) und Q I.5 (interventionelle Radiologie) aus dem Teilbudget der Radiologen ausgegliedert und Unterbudgets gebildet. Diese Budgets wurden auf der Basis der Honoraranteile des ersten Halbjahres 1998 gebildet (Mitteilungsblatt der Beklagten Mai 1999 S.A 223).

Die Punktwerte für radiologische Leistungen haben sich aufgrund dieser Maßnahmen in den Folgequartalen (II/1999 bis IV/1999) wie folgt entwickelt:

Primärkassen Ersatzkassen II/1999 4,720 Dpf. 6,801 Dpf. III/1999 5,032 Dpf. 6,782 Dpf. IV/1999 5,087 Dpf. 6,955 Dpf.

Die durchschnittlichen Punktwerte aller Fachgruppen betragen demgegenüber:

Primärkassen Ersatzkassen II/1999 5,125 Dpf. 6,950 Dpf. III/1999 5,180 Dpf. 6,260 Dpf. IV/1999 5,351 Dpf. 6,502 Dpf.

Diese nahezu angeglichenen Punktwerte belegen, dass die Beklagte, unabhängig davon, ob überhaupt aufgrund der Punktwertentwicklung der Radiologen eine Reaktionspflicht bestand, auf das Absinken des Punktwertes für radiologische Leistungen angemessen reagiert hat.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil die dafür erforderlichen Voraussetzungen des [Â§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorlagen.

Erstellt am: 22.11.2005

Zuletzt verändert am: 22.12.2024