standungen der Begrenzungen der Gesamtscan- und -sequenzzahlen bei CT- und MRT-Leistungen *(Abschnitt Q I 7 - Einleitung - und R - Einleitung - EBM-Ä in der seit 1996 geltenden Fassung)* verweist der Senat auf sein Urteil vom 16. Mai 2001 *(BSGE 88, 126 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29)*, in dem er die Beschränkung der Zahl abrechenbarer Epikutantests je Behandlungsfall auf 30 als rechtmäßig angesehen hat. Ebenso wie das "Epikutan-Test-Teilbudget" *(BSG aaO S 134 bzw S 154)* stellen auch die Scan- und Sequenzzahlbegrenzungen bei CT- und MRT-Untersuchungen "kleine Budgets" dar, die von der Gestaltungsfreiheit des EBM-Ä-Normgebers gedeckt sind und deren Bemessung nicht allein unter fachmedizinischen Aspekten beurteilt werden kann *(s hierzu BSG aaO S 134-136 bzw S 153-156)*. Anlass zu weiteren grundsätzlichen Darlegungen besteht im Rahmen dieses Urteils insoweit nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 Sozialgerichtsgesetz in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung *(vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff)*.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

- zumindest ganz überwiegend - in dem medizinisch-technischen Fortschritt und der damit einhergehenden Erkenntnis der Vorzüge der Schnittbilddiagnostik, die gegenüber herkömmlichen Diagnoseverfahren aussagekräftigere und zugleich schonendere Methoden biete, sodass die anderen Ärzte ihre Zielaufträge an die Radiologen (sowohl der Zahl nach als auch im Sinne zunehmender Anforderungen höherwertiger Diagnostik) erheblich steigerten. Deshalb sei die Verantwortung für die Leistungsmengensteigerungen der vertragsärztlichen Solidargemeinschaft zuzurechnen, die in ihrer Gesamtheit den Punktwertabfall für die Radiologen und Nuklearmediziner ausgleichen müsse. Dem kann indessen so nicht gefolgt werden. Ohne der Frage nachzugehen, ob die Radiologen und Nuklearmediziner selbst eine Mitverantwortung an der Leistungsmengensteigerung trifft, ob sie nämlich selbst auf die Mengenentwicklung Einfluss hätten nehmen können und auch nahmen *(verneinend noch BSGE 83, 1, 5 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 26 S 187 auf der Grundlage des damals zu Grunde zu legenden Berufungsurteils)*, ist generell darauf zu verweisen, dass der Senat in ständiger Rechtsprechung Topfbildungen mit nur begrenzten Honorarvolumina für einzelne Bereiche auch bei solchen Leistungen billigt, die überweisungsgebunden sind, selbst dann, wenn diese einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind *(s o unter Hinweis auf BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 408 mwN)*.

Im vorliegenden Fall ist auch keine sonstige Grundlage zur Anwendung der Rechtsprechung vom 9. September 1998 - B 6 KA 55/97 R - *(BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 § 85 Nr 26)* unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit gegeben. Insofern liegt es anders als in einem heute ebenfalls entschiedenen Parallelverfahren *(s Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R -, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen)*. In diesem Parallelfall, der strahlentherapeutische Leistungen und eine nur kleine Anzahl von Leistungserbringern betraf, gab es Anhaltspunkte dafür, dass diese Zahl durch Zulassungen bisher ermächtigter Krankenhausärzte sprunghaft angestiegen sein und sich dadurch ihre Vergütung aus anderen Bereichen in das Teilkontingent für die strahlentherapeutischen Leistungen verlagert haben könnte, möglicherweise ohne dass dieses dementsprechend erhöht wurde. Darin läge ein Verstoß gegen die aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG herzuleitende Honorarverteilungsgerechtigkeit, wie in jenem Parallelurteil im Einzelnen ausgeführt ist. Aus der in jenem Fall deshalb möglicherweise erforderlichen Aufstockung des Honorarkontingents können die Kläger des vorliegenden Verfahrens aber nichts für sich herleiten, denn nach dem HVM war das für sie relevante Teilkontingent für die radiologisch-diagnostischen Leistungen getrennt von demjenigen für die (strahlen-)therapeutischen. Anhaltspunkte dafür fehlen, dass eine ähnliche Problematik einer signifikant wachsenden Arztzahl mit Verlagerung bisher außerhalb deren Kontingents honorierter Leistungen auch in dem wesentlich breiteren Feld radiologisch-diagnostischer Leistungen bestanden haben könnte.

3. Schließlich greifen auch die Einwendungen nicht durch, die die Kläger - allerdings nur am Rande - gegen bestimmte Regelungen des EBM-Ä erhoben haben. Zu ihren Bean-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

letzteres bestätigt durch BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 30. März 2001, wie oben angegeben; s ferner BSGE 86, 16, 29 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 129; BSGE 92, 87 = SozR 4-2500 § 85 Nr 8, jeweils RdNr 32 f).

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 damals 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.

Als ersatzweise heranzuziehende Vergleichsbasis eignet sich der von den Klägern angeführte Quartalspunktwert des § 12 Abs 2 HVM nicht. Denn dieser Punktwert, der auf der Grundlage der durch die EBM-Ä-Budgetierungen gekürzten Punktmengen errechnet wurde - und dadurch "künstlich erhöht" war -, lag gerade nicht der Vergütung eines Großteils der Leistungen zu Grunde. Der Gesamtdurchschnitt aller - gleichfalls erhöhten - Punktwerte für budgetierte Leistungen wäre ebenfalls 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. Bedenken gegen dessen Heranziehung bestehen schon deshalb, weil dieser ebenfalls 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. Selbst wenn man aber diese Bedenken mangelnder Aussagekraft zurückstellen würde, ergäbe dieser Vergleich keinen Punktwertabfall, der so gravierend und dauerhaft gewesen wäre, dass eine Eingriffspflicht der Beklagten bestanden hätte. Der vom LSG für die diagnostisch-radiologischen Leistungen durchgeführte Vergleich zeigte einen gravierenden - auf 15 % zulaufenden - Punktwertabfall von einer gewissen Dauerhaftigkeit erst für die Quartale I und II/1999 auf *(s die Feststellungen im Berufungsurteil)*. Diesen Punktwertabfall konnte die Beklagte erst nach Vorliegen auch der Daten vom Quartal II/1999, dh erst gegen Ende des Quartals III/1999, feststellen. Eine Handlungspflicht der Beklagten konnte sich daraus mithin frühestens für das Quartal IV/1999 ergeben.

Auch eine Weiterentwicklung dieser Rechtsprechung unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit, die aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG herzuleiten ist *(vgl zuletzt BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 6, und BSGE 92, 233 = SozR aaO Nr 9, jeweils RdNr 7)*, kann dem Begehren der Kläger nicht zum Erfolg verhelfen. Sie machen dafür geltend, die Ursache für den Punktwertabfall liege

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS
Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

sein könnte. Nach den von der Beklagten für ihren KÄV-Bereich vorgelegten Statistiken *(Schriftsatz der Beklagten vom 16. September 2003 Anlage 3)* wurden im Jahr 1999 im vertragsärztlichen Bereich - nach Abzug eines Kostensatzes von 78,9 % - durchschnittliche Gewinne von mehr als 70.000 € je Radiologe im diagnostischen Bereich erzielt (72.546 €). Damit waren die im EBM-Ä vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von unter 70.000 € je Arzt überschritten *(s hierzu BSGE 86, 16, 18 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 117; BSGE 89, 259, 262 = SozR aaO Nr 34 S 189: fiktiver Gesamtdurchschnitt 138.000 DM)*. Der Gewinn der Kläger lag noch über dem genannten Fachgruppendurchschnitt (um 12.000 € darüber, nämlich bei 84.650 €).

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 radiologische Leistungen erst bei einem bestimmten Punktwert (zB 6 bzw 9 Pfennig, wie zum Teil geltend gemacht wird) kostendeckend erbracht werden können. Insoweit fehlt die Entscheidungserheblichkeit. Dementsprechend ist die von den Klägern insoweit erhobene Verfahrensrüge, das LSG habe die erforderliche Aufklärung unterlassen, ohne Erfolg.

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 dauerhaften gravierenden Punktwertabfalls im Sinne des Urteils vom 9. September 1998 - B 6 KA 55/97 R - *(BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 § 85 Nr 26)* gegeben noch bestand ein anderer rechtlich zwingender Anlass zu einer Punktwertkorrektur.

In dem Urteil vom 9. September 1998 *(aaO)* hat der Senat zu dem Fall eines Honorartopfes für CT- und MRT-Leistungen ausgeführt, es bestehe eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht derart, dass die KÄV zu regelmäßiger Überprüfung der Honorar- und Punktwertentwicklung verpflichtet ist und im Falle eines gravierenden Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen uU stützend eingreifen muss. Der Senat hat als Voraussetzungen für eine solche Reaktionspflicht hervorgehoben, 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 *(BSG aaO S 4 f bzw S 186 f)*. Ein gravierender Punktverfall sei erst dann gegeben, wenn der Punktwert für die aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen mindestens 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen liege *(BSG aaO S 5 bzw S 187)*. Die Grundsätze dieses Urteils hat der Senat wiederholt in Bezug genommen *(zB Urteile vom 3. März 1999 - B 6 KA 56/97 R = USK 99 102 S 593 und vom 3. März 1999 - B 6 KA 8/98 R = SozR 3-2500 § 85 Nr 30 S 232,*

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

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 uU 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, wie in den Senatsurteilen vom 3. März 1999 - B 6 KA 6/98 R und B 6 KA 8/98 R - dargelegt ist *(letzteres veröffentlicht in SozR 3-2500 § 85 Nr 30)*. Der Senat hat dort ausgeführt, dass die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung 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 KÄVen (§ 85 Abs 4 SGB V - Verteilung der Gesamtvergütungen) überantwortet ist *(vgl dazu die ausführliche Darstellung in BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 30 S 228)*. Das BSG verneinte die geltend gemachten Ansprüche auf höheres Honorar. Das BVerfG hat die gegen diese Urteile gerichteten Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung angenommen *(BVerfG <Kammer>, Beschlüsse vom 30. März 2001 - 1 BvR 1491/99 <NZS 2001, 486 f> und 1 BvR 1496/99 -, letzteres zu BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 30)*.

Der danach erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG - 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 *(vgl dazu zB BSGE 75, 187, 189 ff = SozR 3-2500 § 72 Nr 5 S 6 ff; BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 5 f; BSGE 88, 20, 24 = SozR 3-2500 § 75 Nr 12 S 70; BSGE 88, 126, 136 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 155)*. Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die von den Klägern angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Radiologie - oder in einem Teilbereich der Radiologie - gefährdet haben könnten, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte radiologische Praxis im Bereich der beklagten KÄV insolvent geworden wäre, noch ergibt sich aus Einkommensstatistiken oä, dass die Einnahme-/Ausgabesituation für Radiologen problematisch geworden

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

halb der einzelnen Arztgruppen wären mit einem einheitlichen Punktwert zu vergüten. Dies würde die bei der Honorarverteilungsregelung anerkannte Gestaltungsfreiheit der KÄV unverhältnismäßig beschränken.

Die besonderen Regelungen für die Honorierung eines Teils der Ermächtigten im Wege der Vorwegvergütung widersprechen schließlich nicht - wie das LSG und die Kläger geltend machen - den Vorgaben des § 120 Abs 1 Satz 1 SGB V. Dessen Forderung nach einer Vergütung "nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung" ist gewahrt. Die damit verlangte Orientierung an Art und Umfang der Leistungen gestattet Modifizierungen durch zB eine andere Art der Punktwertberechnung, jedenfalls dann, wenn diese durch Besonderheiten bedingt ist *(vgl Clemens in Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer <Hrsg>, SGB V - GKV-Kommentar, Loseblattausgabe, § 120 <Stand März 2004> RdNr 7 mit Hinweis auf BSG SozR 3-2500 § 120 Nr 9 S 49)*. Das ist hier der Fall, wie unter den Gesichtspunkten leistungsproportionaler Honorarverteilung (§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V) und der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG) bereits ausgeführt worden ist. Die HVM-Regelung unterläuft ferner nicht, wie die Kläger meinen, die Bestimmung des § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V, die bei öffentlich geförderten Krankenhäusern und Polikliniken Honorarabschläge von 10 % bzw 20 % vorsieht *(so die für die hier betroffenen Quartale maßgebende Fassung des § 120 SGB V)*; diese Vorschrift bleibt vielmehr von der HVM-Regelung über den Quartalspunktwert unberührt *(vgl Clemens aaO RdNr 62)*.

2. Die Kläger können auch nicht wegen des bei den radiologischen Leistungen zu verzeichnenden Punktwertabfalls eine Honorarstützung beanspruchen. Ein solcher Anspruch ist zunächst nicht unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung gegeben.

Der Schutz des Art 12 Abs 1 GG umfasst grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit *(hierzu zB BVerfGE 88, 145, 159; 101, 331, 346 f; Bundesverfassungsgericht - BVerfG - <Kammer>, Beschlüsse vom 17. August 2004 - 1 BvR 378/00 - NJW 2005, 273, 274 = MedR 2004, 680, 681 <unter 3a aa> und vom 25. Oktober 2004 - 1 BvR 1437/02, RdNr 19; ebenso stRspr des BSG, das den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus Art 12 Abs 1 GG ableitet: dazu zuletzt BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 6, und BSGE 92, 233 = SozR aaO Nr 9, jeweils RdNr 7)*. 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 *(vgl dazu insbesondere BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 5 f)*. 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 KÄVen und

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

kontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind. Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind *(BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 408 mwN)*. Bei der Bildung solcher Honorarkontingente kann grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden *(s BSG SozR aaO S 409 mwN; vgl auch BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 14)*.

Die Begrenzung der Honorarkontingente auf das Gros der Leistungserbringer, dh die Nichteinbeziehung der ermächtigten Krankenhäuser und Institute sowie weiterer Ermächtigter, und deren Honorierung im Wege von Vorwegvergütungen mit einem Quartalspunktwert waren ebenfalls nicht zu beanstanden. Denn aus praktischen Gründen wäre es schwierig gewesen, auch die Ermächtigten den Honorartöpfen zuzuordnen. Die arztgruppenspezifischen Kontingente wurden nach dem Honorarumsatz und der Ärztezahl von 1994 bzw - bei den nicht-budgetierten Arztgruppen - unter Berücksichtigung der Gesamtvergütungsanteile des 1. Halbjahres 1996 berechnet; dabei wurde entsprechend dem Verhältnis der damaligen zur heutigen Arztzahl eine Hochrechnung vorgenommen. Bei Einbeziehung der Ermächtigten hätten deren Zahl und Honorarumsätze hinzugerechnet und das Honorarkontingent entsprechend erweitert werden müssen. Dies zum Zweck einer für alle Arztgruppen gleichmäßigen Regelung durchzuführen, hätte es erfordert, die abweichenden Verhältnisse bei den Ermächtigten zu berücksichtigen. Deren Leistungsspektren und Leistungsumfang sind im Regelfall erheblich kleiner und ändern sich häufiger als die der Vertragsärzte, sodass bei der Hochrechnung nicht jeder Ermächtigte zahlenmäßig wie ein Zugelassener hätte bewertet werden dürfen. Ob dies überhaupt handhabbar wäre und praktikabel umgesetzt werden könnte, ist fraglich. Jedenfalls ist es wegen dieser Probleme nicht zu beanstanden, dass die Beklagte darauf verzichtete, die Ermächtigten den Honorarkontingenten der Fachgruppen zuzuordnen.

Diese Schwierigkeit, Ermächtigte den Honorartöpfen zuzuordnen, musste andererseits nicht dazu führen, auf die Bildung fachgruppenbezogener Honorarkontingente gänzlich zu verzichten. Die Beklagte bzw ihre Vertreterversammlung durfte diese vielmehr wegen der gewichtigen Gründe, die für die Honorarverteilung nach fachgruppenbezogenen Honorartöpfen sprechen, trotzdem bilden und dabei Ermächtigte insgesamt oder teilweise außen vor lassen. Sie konnte also ein Honorierungssystem mit unterschiedlichen Strukturen für die Ermächtigten einerseits und die Zugelassenen andererseits schaffen, indem sie die Leistungen Ermächtigter im Wege der Vorwegvergütung honorierte, diejenigen der Zugelassenen dagegen aus fachgruppenspezifischen Honorarkontingenten.

Dem von den Klägern geltend gemachten Anspruch auf gleiche Vergütungsregelungen oder jedenfalls auf gleich hohe Vergütung wie für die Ermächtigten wäre im Übrigen im Ergebnis kaum tragbar. Das liefe darauf hinaus, dass Unterschiede zwischen zugelassenen Ärzten und Ermächtigten nicht mehr gemacht werden dürften. Alle Leistungen inner-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

lende Einwand kann keinen Erfolg haben. Ihm ist entgegenzuhalten, dass ein HVM möglichst gleichmäßige Regelungen für alle Arztgruppen und Sonderbestimmungen für einzelne Arztgruppen nicht ohne begründeten Anlass treffen soll. Der Normgeber muss nicht individuell für jede Arztgruppe eine besondere Bestimmung oder für einzelne Arztgruppen Sonderregelungen treffen; er hat vielmehr die Befugnis zur Schematisierung und Typisierung *(vgl hierzu allgemein zB BVerfGE 99, 280, 290 mwN; 105, 73, 127)*. Dementsprechend dürfen in einem HVM für alle Arztgruppen einheitliche Regelungen getroffen werden.

Solche für alle Arztgruppen im Prinzip einheitlichen Regelungen dürfen aber zwischen Ermächtigten und Zugelassenen differenzieren, wenn dies sachlich begründet ist. Dies war hier der Fall. Es bestand eine Sonderregelung der Honorierung mit einem Quartalspunktwert zu Gunsten eines engen Kreises von Leistungserbringern. Diesen Punktwert erhielten nach der Änderung des HVM zum 1. Oktober 1997 nur die ermächtigten Krankenhäuser und Institute sowie solche Ärzte, deren Ermächtigungsumfang dem Versorgungsauftrag eines vergleichbaren Vertragsarztes entsprach und die nicht von der EBM-Ä-Budgetierung ausgenommen waren. Die Regelung betraf somit nur einen sehr begrenzten Adressatenkreis, zu dem die Kläger nicht gehörten und mit dem sie kaum vergleichbar waren. Es gab ausreichende Sachgründe, zugelassene Vertragsärzte wie die Kläger nicht mit diesem kleinen Kreis von Leistungserbringern gleichzustellen, sondern die Vergütung für sie auf der Grundlage fachgruppenspezifischer Honorarkontingente zu regeln.

Die Bildung von Honorarkontingenten nach Fachgruppen für das Gros der Leistungserbringer, wie dies vorliegend für alle Arztgruppen - darunter auch für die Radiologen und Nuklearmediziner - erfolgte, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Der Senat hat in ständiger Rechtsprechung die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen als rechtmäßig angesehen *(BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 408 f mwN)*. Dies gilt auch für Einteilungen der vorliegenden Art, nämlich zunächst in ein Kontingent für die budgetierten und ein anderes für die nicht-budgetierten Arztgruppen, dann mit Unterteilungen in arztgruppenspezifische Honorarkontingente sowie bei den Radiologen mit weiteren Teilkontingenten für den diagnostischen und den therapeutischen Bereich. Die sachliche Rechtfertigung folgt aus dem Bestreben, durch Topfbildungen zu erreichen, 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 *(BSG aaO S 408 f)*. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihr vertragsärztliches Honorar sicherer kalkulieren können *(s zB BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 6, 10, 11, und BSGE 92, 233 = SozR aaO Nr 9, jeweils RdNr 7)*. Der Zuordnung zu einem Honorar-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

bei allerdings insbesondere das in § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie der aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 Grundgesetz (GG) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssten *(vgl BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 408; SozR 4-2500 § 85 Nr 2 RdNr 19)*. Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf *(vgl BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 6; BSGE 92, 233 = SozR 4-2500 § 85 Nr 9, jeweils RdNr 9)*. Gründe für unterschiedliche Vergütungsregelungen für Zugelassene einerseits und für Ermächtigte andererseits sind in verschiedener Hinsicht denkbar. Die Unterschiede können so gestaltet sein, dass sie dazu führen, entweder die Ermächtigten oder die Zugelassenen besser zu stellen. Sie können aber auch "neutral" sein in dem Sinne, dass sich erst aus der konkreten Mengenentwicklung in dem betroffenen Sachbereich ergibt, ob sich höhere Punktwerte für die Zugelassenen oder für die Ermächtigten errechnen. Der Sachgrund für unterschiedliche Regelungen kann zB darin liegen, dass die Leistungsmengenentwicklung bei den zugelassenen Ärzten nicht auf die Ermächtigten durchschlagen soll. Ein sachlicher Grund für unterschiedliche Regelungen kann sich aber auch daraus ergeben, dass die Zugelassenen Honorartöpfen zugeordnet werden, einer gleichen Zuordnung der Ermächtigten jedoch praktische Gründe entgegenstehen.

Die hiernach gegebene Gestaltungsfreiheit der KÄV bei der Ausgestaltung ihres HVM ist durch die von den Klägern beanstandeten Regelungen nicht überschritten worden.

Die Unterschiede der HVM-Regelungen, die eine Honorierung der Ermächtigten mit dem Quartalspunktwert und der Zugelassenen aus Honorarkontingenten vorsahen, waren nicht so gestaltet, dass von vornherein eine Besserstellung der Ermächtigten zu erwarten gewesen wäre, wie die Kläger geltend machen. Ob sich ein Vorteil für die Zugelassenen oder für die Ermächtigten ergab, hing von der Mengenentwicklung in dem jeweiligen Bereich ab. War in dem Honorarkontingent eines Bereichs die Mengenentwicklung rückläufig, so stieg hier der Punktwert, während die Ermächtigten uU keine solchen Steigerungen hatten. Dies war zB in nicht-radiologischen Bereichen der Fall, wie die Beklagte unter Hinweis auf Honorarklagen von Ermächtigten angegeben hat.
Den HVM-Regelungen kann auch nicht mit Erfolg entgegengehalten werden, sie hätten aber speziell im radiologischen und nuklearmedizinischen Bereich eine ungerechtfertigte Tendenz zur Benachteiligung der Zugelassenen gehabt. Für diese seien auf Grund der Kontingentierung von vornherein geringere Punktwerte zu erwarten gewesen, weil voraussehbar gewesen sei, der hier besonders schnelle medizinisch-technische Fortschritt mit der Entwicklung effektiverer und schonenderer Diagnose- und Therapiemethoden werde zu vermehrten Überweisungen der anderen Ärzte und dadurch zu Mengenausweitungen mit der Folge eines Punktwertabfalls für die aus dem Honorarkontingent honorierten Ärzte führen. Dieser auf die spezielle Situation in einem Leistungsbereich abstel-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Leistungen der ermächtigten Ärzte, honoriert. Ab dem Quartal IV/1997 erhielten eine Vergütung mit dem Quartalspunktwert nur noch diejenigen ermächtigten Krankenhausärzte, deren Ermächtigungsumfang dem Versorgungsauftrag eines vergleichbaren Vertragsarztes entsprach *(soweit im Berufungsurteil diese Einschränkung und damit die Ergänzung des § 12 Abs 3d HVM vom 18. März 1998 unberücksichtigt geblieben ist, ist es nicht bindend, s BSG SozR 3-5520 § 31 Nr 8 S 29 f mwN)*; von den verbliebenen ermächtigten Ärzten wurden diejenigen, die Arztgruppen angehörten, die nicht der EBM-Ä-Praxisbudgetierung unterlagen wie Radiologen und Nuklearmediziner *(s Allgemeine Bestimmungen A I., Teil B EBM-Ä unter Nr 1.1 iVm 1.5)*, den nicht-budgetierten Arztgruppen zugeordnet. Ihre Leistungen wurden wie bei den Regelungen über Individualbudgets mit einem Durchschnittspunktwert über alle nicht-budgetierten Arztgruppen hinweg vergütet.

Die nach Abzug der Vorwegvergütungen verbleibenden Gesamtvergütungsanteile wurden in Honorarkontingente für nach dem EBM-Ä budgetierte und nicht-budgetierte Arztgruppen aufgeteilt, mit weiteren Unterteilungen in arztgruppenspezifische Kontingente. Deren Volumina richteten sich nach den Honorarumsätzen und Ärztezahlen der Arztgruppen von 1994; bei den nicht-budgetierten Arztgruppen wurden ab 1. Oktober 1997 wegen der Änderungen des EBM-Ä von 1996 die Verhältnisse im 1. Halbjahr 1996 berücksichtigt. Innerhalb des nicht-budgetierten Bereichs wurde ein Honorarkontingent für solche Ärzte gebildet, die ausschließlich durch Zielauftrag tätig wurden. Dieses wurde in Kontingente für Laborärzte, Radiologen und Pathologen gegliedert. Das Honorarkontingent der Arztgruppe der Radiologen war nochmals in Teilkontingente für den diagnostischen und für den therapeutischen Leistungsbereich unterteilt. Der Auszahlungspunktwert ergab sich aus dem Vergütungsvolumen des jeweiligen Honorarkontingents und der in das Kontingent fallenden Gesamtpunktzahlanforderung.

Diese HVM-Regelungen mit der Folge uU unterschiedlicher Verteilungspunktwerte für ermächtigte Ärzte bzw Einrichtungen im Vergleich zu denen für die zugelassenen Ärzte derselben Fachgruppe sind entgegen der Ansicht der Kläger und des LSG nicht zu beanstanden. Die Kläger haben keinen Anspruch auf Vergütung ihrer radiologischen Leistungen mit dem sog Quartalspunktwert. Die Regelungen entsprechen den von der Rspr des Bundessozialgerichts (BSG) aufgestellten Rechtsgrundsätzen. Die Beklagte hat den ihr bei der Ausgestaltung ihres HVM zustehenden Normsetzungsspielraum nicht überschritten.

Der Senat hat bereits wiederholt ausgesprochen, dass die KÄVen bei der Ausformung des HVM einen Gestaltungsspielraum haben, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist *(zusammenfassend: Urteile vom 10. Dezember 2003 und vom 10. März 2004 - B 6 KA 54/02 R = BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 6, und B 6 KA 3/03 R = BSGE 92, 233 = SozR 4-2500 § 85 Nr 9, jeweils RdNr 7)*. Zu beachten sind da-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

noseverfahren aussagekräftigere und zugleich schonendere Methoden biete, ihre Zielaufträge an Radiologen erheblich ausgeweitet. Zusätzlich zum Punktwertabfall eine Kostenunterdeckung zu fordern, sei nicht gerechtfertigt. Falls eine solche Forderung aber doch gestellt werde, so sei dem LSG ein Ermittlungsmangel anzulasten. Es hätte ihrem Vorbringen, CT- und MRT-Leistungen könnten bei den ausgezahlten Punktwerten nicht kostendeckend, - notfalls mit Hilfe eines Sachverständigen - nachgehen müssen. Ferner sei zu beanstanden, dass die Zahl der abrechenbaren Gesamtscan- und Gesamtsequenzzahlen bei CT- und MRT-Untersuchungen begrenzt sei; damit werde die medizinisch im Durchschnitt erforderliche Anzahl, jedenfalls im CT-Bereich, deutlich unterschritten. Schließlich seien der sachliche Zweck und die Rechtserheblichkeit der Angaben der Beklagten über ihre - der Kläger - angebliche Gewinnsituation nicht erkennbar; zudem seien deren Grundlagen, vor allem der angenommene Kostensatz, zweifelhaft.

II

Die Revisionen der Kläger und der Beklagten sind zulässig. Für die Revision der Kläger fehlt es nicht an der erforderlichen Beschwer. Hierfür reicht es aus, dass sie im Rahmen der vorinstanzlich erfolgten Verurteilung der Beklagten zur erneuten Entscheidung andere Maßgaben der Revisionsinstanz begehren *(BSGE 91, 153 = SozR 4-2500 § 85 Nr 3, jeweils RdNr 9; BSGE 92, 87 = SozR 4-2500 § 85 Nr 8, jeweils RdNr 4)*.

In der Sache ist die Revision der Beklagten begründet, die der Kläger hingegen unbegründet. Das Urteil des LSG ist aufzuheben und die Berufung der Kläger gegen das erstinstanzliche Urteil zurückzuweisen. Die von ihnen erhobenen Beanstandungen gegen die Honorarbescheide und gegen die diesen zu Grunde liegenden Regelungen des § 12 HVM und des EBM-Ä *(jeweils in der in den Quartalen II und III/1999 maßgeblichen Fassung)* greifen nicht durch.

1. Rechtsgrundlage für Honorarverteilungsregelungen ist § 85 Abs 4 Satz 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch *(SGB V - hier anzuwenden in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes <GRG> vom 20. Dezember 1988, BGBl I 2477)*. Danach haben die KÄVen die Gesamtvergütung nach Maßgabe des HVM an die Vertragsärzte zu verteilen; bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen.

Nach dem HVM der Beklagten in der Fassung ab 1. Juli 1997 (Beschluss vom 9. April 1997 mit Änderungen vom 25. Juni 1997, vom 18. März 1998 und vom 10. März 1999) wurde - nach dem Abzug von Vorwegvergütungen - ein Quartalspunktwert ermittelt. Mit diesem wurden bestimmte Leistungen, ua die ambulant auf Überweisung erbrachten Leistungen der Krankenhäuser und der ärztlichen Institute sowie im Quartal III/1997 die

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Beklagte verteidigt das Urteil des LSG indessen insoweit, als dieses eine Handlungspflicht der Beklagten wegen Abfalls des Punktwertes für radiologische Leistungen verneint hat.

Die Beklagte beantragt,

> das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 5. März 2003 aufzuheben und die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 10. April 2002 zurückzuweisen
> sowie die Revision der Kläger zurückzuweisen.

Die Kläger beantragen,

> das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 5. März 2003 dahin zu ändern, dass die Beklagte bei ihrer neuen Entscheidung über ihre - der Kläger - Honoraransprüche für die Quartale II und III/1999 einen Punktwert der erbrachten Leistungen um nicht mehr als 15 % unter dem durchschnittlichen Quartalspunktwert für die sonstigen ärztlichen Leistungen zu gewährleisten hat,
> sowie die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Sie halten die Auffassung des LSG für zutreffend, dass der Punktwert für die radiologischen Leistungen der Zugelassenen nicht unter dem Quartalspunktwert für die Ermächtigten liegen dürfe. Innerhalb derselben Fachgruppe dürfe nicht nach dem Status - zugelassen oder ermächtigt - differenziert werden, schon gar nicht zu Lasten der Zugelassenen, weil diesen ein Vorrang vor den Ermächtigten zukomme und sie zudem anders als diese ein erhebliches unternehmerisches Risiko, höhere Investitionen und höhere laufende Kosten hätten. Über diesen Gleichbehandlungsanspruch hinaus stehe ihnen höheres Honorar auch deshalb zu, weil die Punktwerte für ihre diagnostischen Leistungen (Schnittbilddiagnostik mit CT und MRT) infolge der Ausweitung der Leistungsmengen gravierend abgesunken seien. Der Anerkennung eines übermäßigen Punktwertabfalls durch Vergleich mit dem Quartalspunktwert oder dem Durchschnittspunktwert der budgetierten Leistungen könne nicht entgegengehalten werden, diese Werte seien infolge der Berechnung auf der Grundlage der durch die EBM-Ä-Budgetierung verminderten Punktzahl "künstlich erhöht". Die Erhöhung sei gering, seitdem die von EBM-Ä-Budgets betroffenen Ärzte ihre Leistungsmengen erheblich reduzierten. Gerade die budgetierten Fachgruppen stellten in großer Zahl, zB Internisten und Orthopäden nach Ausschöpfung ihrer eigenen Röntgenbudgets, Überweisungsaufträge an Radiologen aus. Ferner erbrächten sie - die Radiologen - auf Grund der Begrenzung der abrechenbaren Gesamtscan- und -sequenzzahlen bei CT- und MRT-Untersuchungen ungefähr ebenso viele Umsonst-Leistungen wie die budgetierten Fachgruppen. Das gleiche Ausmaß an Punktwertminderungen ergebe im Übrigen der ebenfalls wichtige Vergleich mit dem Durchschnittspunktwert der anderen - budgetierten wie nicht-budgetierten - Arztgruppen. Der Punktwertabfall sei von der Gesamtheit der Solidargemeinschaft zu verantworten, denn die anderen Ärzte hätten in der Erkenntnis, dass die Schnittbilddiagnostik gegenüber herkömmlichen Diag-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Nach erfolglosen Widersprüchen und erfolgloser Klage zum Sozialgericht (SG) hat das Landessozialgericht (LSG) unter Aufhebung des Urteils des SG die Honorarbescheide für die Quartale II und III/1999 geändert und die Beklagte verpflichtet, über die Honoraransprüche der Kläger neu zu entscheiden (Urteile vom 10. April 2002 und vom 5. März 2003). Zur Begründung ist im Berufungsurteil ausgeführt, die Beklagte könne eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Honorarverteilung vorsehen, dürfe aber vom Grundsatz gleicher Punktwerte für gleiche Leistungen nur aus sachlichen Gründen abweichen. Diese fehlten bei unterschiedlicher Vergütung für Vertragsärzte und Ermächtigte. Das lasse sich nicht mit dem unterschiedlichen Zulassungsstatus begründen, denn Ermächtigte hätten dieselben Rechte und Pflichten wie Zugelassene. Unterschiede bei den Kostenanteilen seien ebenfalls nicht erkennbar, und die Budgetierung nach dem EBM-Ä gelte weder für zugelassene noch für ermächtigte Radiologen. Einen weitergehenden Anspruch über die sich hieraus ergebende Folge der Neubescheidung hinaus hätten die Kläger nicht. Eine Handlungspflicht der Beklagten wegen dauerhaften gravierenden Punktwertabfalls habe nicht bestanden. Der Punktwert für diagnostische radiologische Leistungen sei zwar im Verlauf der Quartale abgesunken; dies beruhe auf vermehrten Überweisungen an Radiologen, vor allem wegen der Verbesserungen der Schnittbilddiagnostik und sonstigem medizintechnischem Fortschritt. Der Punktwertabfall habe aber weder die Kostendeckung in Frage gestellt noch ein Ausmaß von 15 % erreicht, sodass eine Handlungspflicht der Beklagten (noch) nicht bestanden habe.

Sowohl die beklagte KÄV als auch die Kläger haben Revision eingelegt.

Die Beklagte macht mit ihrer Revision geltend, entgegen der Auffassung des LSG seien die Vergütungsunterschiede zwischen zugelassenen Vertragsärzten und Ermächtigten nicht zu beanstanden. Der diesen gewährte Quartalspunktwert sei dadurch erhöht gewesen, dass er aus der Division der Gesamtvergütung durch diejenige Punktmenge berechnet worden sei, die sich nach Anwendung der EBM-Ä-Budgetierung ergeben habe. Dies sei ein Ausgleich für die Budgetierung gewesen, die sich für Radiologen zwar nicht aus dem EBM-Ä, aber - jedenfalls seit dem Quartal IV/1997 - aus der Bestimmung des HVM über die Bildung von Individualbudgets ergebe. Die Unterschiede in der Vergütungsstruktur für Zugelassene einerseits und Ermächtigte andererseits seien durch signifikante Unterschiede ihres Status, ihres unternehmerischen Risikos, ihres Praxisaufwandes und des Umfanges ihrer Leistungsverpflichtung gerechtfertigt. Jedenfalls deshalb, weil bei den zugelassenen Vertragsärzten die ihren Gruppen jeweils zustehenden Geldmengen mit Hilfe der Veränderung der Ärztezahlen hätten hochgerechnet werden können, bei den Ermächtigten indessen nicht ohne weiteres wegen ihres typischerweise uU nur kleinen Leistungsumfangs, habe die Einbeziehung dieser in die Kontingente unterbleiben und ihre Honorierung anders - im Rahmen von Vorwegabzügen - geregelt werden können. Die

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Die Kläger haben der Beklagten deren außergerichtliche Kosten für alle Rechtszüge als Gesamtschuldner zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Streitig ist die Höhe der Vergütung für radiologische und nuklearmedizinische Leistungen, die in den Quartalen II und III/1999 erbracht wurden.

Die Kläger sind als Ärzte für Radiologie im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie erbringen ausschließlich Diagnoseleistungen mittels Schnittbilddiagnostik (Computer- und Magnetresonanztomographie <CT und MRT>).

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der beklagten KÄV in der Fassung für die Quartale II und III/1999 regelte in seinem § 12 zunächst Vorwegvergütungen, insbesondere für hausärztliche Leistungen, mit einem einheitlichen Quartalspunktwert. Dieser galt ua auch für ambulant auf Überweisung erbrachte Leistungen von Krankenhäusern und ärztlichen Instituten sowie Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte, ab dem Quartal IV/1997 nur noch für solche Ärzte, deren Ermächtigungsumfang dem Versorgungsauftrag eines Vertragsarztes entsprach. Im Übrigen wurden die Gesamtvergütungen in ein Kontingent für die nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) budgetierten Arztgruppen und in ein Kontingent für die nicht-budgetierten Arztgruppen, zu denen auch die Radiologen zählten, aufgeteilt. Das letztere Honorarkontingent wurde weiter in arztgruppenspezifische Honorarkontingente unterteilt. Deren Volumina richteten sich nach den Honorarumsätzen und Ärztezahlen von 1994 unter ergänzender Heranziehung der Verhältnisse des 1. Halbjahres 1996. War eine nicht-budgetierte Arztgruppe für eine Anteilsbildung zu klein, so konnte für sie ein individuelles Budget auf der Grundlage des Vergütungsvolumens von 1994 gebildet werden.

Die Kläger haben, soweit hier noch im Streit, mit ihren Widersprüchen gegen die Honorarbescheide geltend gemacht, die in den Quartalen II und III/1999 bestehenden Vergütungsunterschiede zwischen Vertragsärzten und Ermächtigten seien nicht gerechtfertigt gewesen. Das Volumen des Honorarkontingents für niedergelassene Radiologen habe für kostendeckende Punktwerte nicht ausgereicht. Das an den Verhältnissen von 1994 bzw 1996 orientierte Kontingent hätte im Zuge des medizinisch-technischen Wandels, der andere Ärzte zu erheblich vermehrten Anforderungen radiologischer Leistungen veranlasst habe, erhöht werden müssen.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

JLaw – für Android
JLaw – für iOS

BUNDESSOZIALGERICHT

Im Namen des Volkes

Verkündet am
20. Oktober 2004

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 26/03 R

1. .....,

2. ……,

3. ……,

Kläger, Revisionskläger und
Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte: .....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg,

Beklagte, Revisionsbeklagte und
Revisionsklägerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 20. Oktober 2004 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Dr. B e r t und Dr. D e p p i s c h - R o t h für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 5. März 2003 aufgehoben. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 10. April 2002 wird zurückgewiesen.

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Landessozialgerichts wird zurückgewiesen.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS