

## B 6 KA 30/03 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Kiel (SHS)  
Aktenzeichen  
S 14 KA 221/99  
Datum  
19.09.2001  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
L 6 KA 4/02  
Datum  
05.03.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 30/03 R  
Datum  
20.10.2004  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Für zugelassene und ermächtigte Ärzte/Institutionen kann die Honorarverteilung unterschiedlich geregelt werden.  
2. Ein Anspruch aus [Art 12 Abs 1 GG](#) auf höheres Honorar kann erst dann in Betracht kommen wenn die vertragsärztliche Versorgung in einem Teilbereich mangels ausreichender finanzieller Anreize für vertragsärztliche Tätigkeiten gefährdet ist.  
3. Je geringer die Zahl der Ärzte bzw der Leistungen ist die einem im Honorarverteilungsmaßstab gebildeten Honorartopf zugeordnet sind desto ausgeprägter sind die Anforderungen an die Beobachtungs- und ggf Reaktionspflicht des Normgebers (Weiterentwicklung von BSG vom 9.9.1998 [B 6 KA 55/97 R](#) = [BSGE 83 1](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#)).  
Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 5. März 2003 aufgehoben. Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

Streitig ist die Höhe der Vergütung für radiologisch-strahlentherapeutische Leistungen, die in den Quartalen III/1997 bis II/1999 erbracht wurden.

Die Kläger sind als Ärzte für Radiologie, radiologische Diagnostik bzw Nuklearmedizin im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie erbringen in wesentlichem Umfang strahlentherapeutische Leistungen.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der beklagten KÄV idF ab 1. Juli 1997 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 und Nuklearmediziner zählten (im Folgenden unter dem Begriff Radiologen bzw Radiologie zusammengefasst), aufgeteilt. Das letztere Honorarkontingent wurde weiter in arztgruppenspezifische Honorarkontingente unterteilt, dasjenige für die Arztgruppe der Radiologen zudem in Teilkontingente für den diagnostischen und den (strahlen-)therapeutischen Leistungsbereich gegliedert. 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 höheres Honorar für ihre strahlentherapeutischen Leistungen verlangt. Die bis zum Quartal II/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.

Nach erfolglosen Widersprüchen und erfolglosen Klagen zum Sozialgericht (SG) hat das Landessozialgericht (LSG) unter Aufhebung des

Urteils des SG die Honorarbescheide für die Quartale III/1997 bis II/1999 geändert und die Beklagte verpflichtet, über die Honoraransprüche der Kläger neu zu entscheiden (Urteile vom 19. September 2001 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. Die Beklagte müsse zudem deshalb über die Honoraransprüche der Kläger für ihre strahlentherapeutischen Leistungen neu entscheiden, weil bei diesen seit dem Quartal III/1998 ein dauerhafter gravierender Punktwertabfall erkennbar gewesen sei, dessentwegen die Beklagte jedenfalls zum Quartal I/1999 hätte eingreifen müssen. In diesem Bereich seien die Punktwerte seit dem Quartal III/1997 bis zu den Quartalen I und II/1999 von mehr als 7 bzw 8 Pfennig (Primär- bzw Ersatzkassenbereich) auf weniger als 4 bzw 4,5 Pfennig und damit zugleich im Verhältnis zu dem Quartalspunktwert auf Quoten zwischen 56 % und 48 % abgefallen. Dies beruhe auf dem medizinisch-technischen Fortschritt im strahlentherapeutischen Bereich. Strahlentherapien würden heute nahezu ausschließlich mit Linearbeschleunigern durchgeführt, was schonender und wirksamer, aber auch wesentlich teurer sei. Dies erkennend hätten andere Ärzte ihnen zunehmend mehr - und aufwändigere - Zielaufträge zu Strahlentherapien erteilt. Zudem sei die Ärztezah angestiegen, das Honorarkontingent aber im Wesentlichen gleich geblieben. Unter diesen Bedingungen und angesichts eines Kostenfaktors von ca 80 % sei eine kostendeckende strahlentherapeutische Tätigkeit nicht mehr möglich gewesen. Wegen der Verantwortlichkeit aller Ärzte wäre ein Honorarausgleich zu Lasten der anderen erforderlich gewesen, spätestens ab dem Quartal I/1999. Dies komme zu der Verpflichtung, für alle Quartale III/1997 bis II/1999 Ermächtigte und Zugelassene einander gleichzustellen, hinzu.

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, unternehmerischen Risikos, 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 Leistungsumfanges, habe die Einbeziehung dieser in die Kontingente unterbleiben und ihre Honorierung anders - im Rahmen von Vorwegabzügen - geregelt werden können. Gegenüber der Sachgerechtigkeit unterschiedlicher Punktwerte für Ermächtigte und Zugelassene könne nicht mit Erfolg angeführt werden, dass sie - die Beklagte - ihren HVM aber im Jahr 1999 dahin ergänzt habe, dass für strahlentherapeutische Leistungen unabhängig davon, ob sie von Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten oder ermächtigten Instituten erbracht würden, ein einheitlicher Punktwert gelte. Aus dieser Änderung zum Quartal III/1999 könne nicht auf das nachträgliche Zugeständnis der Beklagten geschlossen werden, die strahlentherapeutischen Leistungen hätten schon längst höher honoriert werden müssen. Mit der Gleichschaltung habe sie vielmehr - zeitgerecht - der Zunahme minimal-chirurgischer Eingriffe mit anschließender Strahlentherapie statt der bisherigen invasiv-chirurgischen Behandlungen Rechnung getragen. Ferner könne auch kein dauerhafter gravierender Punktwertabfall, der sie zu früherem Eingreifen verpflichtet hätte, festgestellt werden. Hierfür eigne sich weder ein Vergleich mit dem Quartalspunktwert, denn dieser sei "künstlich erhöht" - ergebe sich nämlich aus der Division der Gesamtvergütungen durch die Punktzahlanforderungen erst nach Anwendung der EBM-Ä-Budgetierung -, noch ein Vergleich mit dem durchschnittlichen Punktwert der budgetierten Arztgruppen, weil dieser infolge der Budgetierungen gleichfalls erhöht sei. Der mithin einzig mögliche Vergleich mit dem durchschnittlichen Punktwert der nicht-budgetierten Arztgruppen ergebe für die strahlentherapeutischen Leistungen einen gravierenden Punktwertabfall erst für die Quartale I und II/1999, den sie bereits zum Quartal III/1999 durch die genannte Regelung über den einheitlichen Punktwert aufgefangen habe. Überdies sei zum Quartal I/2000 die allgemeine Stützungsregelung für solche Arztgruppen in Kraft getreten, die Leistungen nur auf Überweisung erbrächten und deren Punktwert auf 15 % unter dem durchschnittlichen sinke. Die Gesamthonorarsituation der Kläger sei im Übrigen nicht problematisch gewesen. Ihr Jahresgewinn je Arzt habe mit ca 80.000 bis 96.000 ₰ - bei Zugrundelegung eines Kostenanteils von ca 78,9 % - deutlich über dem im EBM-Ä vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von ca 67.000 ₰ je Vertragsarzt und ebenfalls deutlich über dem Gesamtdurchschnitt zugelassener Radiologen gelegen.

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 19. September 2001 zurückzuweisen.

Die Kläger beantragen,  
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. Das LSG habe über diesen Gleichbehandlungsanspruch hinaus ihnen zu Recht auch deshalb höheres Honorar zuerkannt, weil die Punktwerte für ihre strahlentherapeutischen Leistungen infolge der Ausweitung der Leistungsmengen gravierend abgesunken seien. Der Anerkennung eines übermäßigen Punktwertabfalls durch Vergleich mit dem Quartalspunktwert könne nicht entgegengehalten werden, diese Werte seien infolge der Berechnung auf der Grundlage der durch die EBM-Ä-Budgetierung verminderten Punktzahl "künstlich erhöht". Denn die Erhöhung habe lediglich 11,3 % betragen, nachdem die von EBM-Ä-Budgets betroffenen Ärzte ihre Leistungsmengen erheblich reduziert hätten. Der Vergleich mit dem Durchschnittspunktwert der budgetierten Leistungen hätte dieselben Mängel; außerdem habe die Beklagte bei den budgetierten Arztgruppen keine sachlich-rechnerischen Richtigstellungen mehr vorgenommen. Der Vergleich mit dem Durchschnittspunktwert der nicht-budgetierten Leistungen sei deshalb ungeeignet, weil dies nur ein kleiner Teil aller Leistungen sei. Mithin verbleibe nur der Vergleich mit dem Quartalspunktwert. Der Punktwertabfall sei von der Gesamtheit der Solidargemeinschaft zu verantworten, denn die anderen Ärzte hätten in der Erkenntnis, dass minimal-chirurgische Eingriffe mit anschließender Strahlentherapie schonender und zugleich wirksamer als herkömmliche invasiv-chirurgische Eingriffe seien, ihre Zielaufträge zur Strahlentherapie erheblich ausgeweitet. Infolgedessen seien die Punktwerte erheblich gesunken und ergäben keine Kostendeckung mehr. Werde von dem Umsatz im

vertragsärztlichen Bereich ein Kostensatz von ca 80 % in Abzug gebracht, so sei im Laufe der Jahre weniger verblieben, als die 1997 bei geringerer Leistungsmenge errechneten Kosten von 80 % ergeben hätten. Das Honorarkontingent für die strahlentherapeutischen Leistungen sei zudem deshalb zu gering bemessen, weil die Zahl der strahlentherapeutisch Tätigen durch Zulassungen bisher ermächtigter Krankenhaus-Radiologen deutlich gestiegen sei. Bedenklich seien schließlich die Angaben der Beklagten über ihre - der Kläger - angebliche Gewinnsituation. Diese sei für diesen Rechtsstreit unerheblich und im Übrigen falsch. Der Vergleich erfasse auch die Umsätze aus dem radiologisch-diagnostischen Bereich, während es vorliegend allein um den strahlentherapeutischen Bereich gehe.

II

Die Revision der Beklagten ist zulässig und im Sinne einer Zurückverweisung an das LSG begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Dies gründet sich allerdings auf andere Beanstandungen als diejenigen, die das LSG gegenüber den - den Honorarbescheiden zu Grunde liegenden - Regelungen des § 12 HVM (in der in den Quartalen III/1997 bis II/1999 maßgeblichen Fassung) erhoben hat. Der erkennende Senat teilt die Vorgaben, die die Beklagte nach Auffassung des LSG bei der Neubescheidung zu beachten hat, nicht. Zwar hält auch er die angefochtenen Bescheide ebenfalls - indessen aus anderen Gründen - für möglicherweise rechtswidrig. Die abschließende Entscheidung hierüber erfordert aber ergänzende Ermittlungen und Überprüfungen des LSG, an das der Rechtsstreit deshalb zurückzuverweisen ist. Insofern hat die Revision der Beklagten zwar nicht im Sinne der von ihr erstrebten Berufungszurückweisung, aber in inhaltlicher Hinsicht teilweise Erfolg.

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 idF 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 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 (strahlen-)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 Leistungen mit dem sog Quartalspunktwert. Die Regelungen entsprechen den von der Rspr des 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 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](#) 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 strahlentherapeutischen 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 schonenderer und wirksamerer 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 abstellende 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 Honorarkontingent 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 Arztlzahl 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 innerhalb 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 strahlentherapeutischen Leistungen zu verzeichnenden Punktwertabfalls eine Honorarstützung beanspruchen, jedenfalls nicht unter dem unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung und/oder demjenigen eines gravierenden dauerhaften Punktwertabfalls.

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 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 in 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 Strahlentherapie gefährdet haben könnten, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte Praxis mit dem Schwerpunkt auf strahlentherapeutischen Leistungen im Bereich der beklagten KÄV insolvent geworden wäre, noch ergibt sich aus Einkommensstatistiken oä, dass die Einnahme-/Ausgabesituation für solche Radiologen problematisch geworden sein könnte. Nach den von der Beklagten für ihren KÄV-Bereich vorgelegten Statistiken (Schriftsatz der Beklagten vom 4. Juli 2003 Anlage 4) wurden in den Jahren 1998 und 1999 im vertragsärztlichen Bereich - nach Abzug eines Kostensatzes von 80 % - durchschnittliche Gewinne von mehr als 62.000 ¤ je Radiologe - im diagnostischen und therapeutischen Bereich zusammen - erzielt (62.188 bzw 66.545 ¤). Damit waren die im EBM-Ä vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von unter 70.000 ¤ je Arzt annähernd erreicht (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). Die Gewinne der Kläger lagen noch über diesen Beträgen (nämlich bei ca 100.000 bzw 70.000 ¤).

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 bzw speziell strahlentherapeutische Leistungen erst bei einem bestimmten Punktwert (zB 6 bzw 9 Pfennig, wie zum Teil geltend gemacht wird) kostendeckend erbracht werden können.

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 Computer- und Magnetresonanztomographie-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 Punktwertverfall 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, 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 Punktwertes 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 strahlentherapeutischen Leistungen durchgeführte Vergleich zeigte einen gravierenden - auf 15 % zulaufenden - Punktwertabfall von einer gewissen Dauerhaftigkeit erst für die Quartale I und II/1999 auf (vgl dazu die Feststellungen im Berufungsurteil iVm dem Berufungsurteil des Parallelverfahrens [B 6 KA 31/03 R](#)). 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.

3. Indessen begründete der vorliegend zu verzeichnende Punktwertabfall möglicherweise unter anderem Aspekt für die Kläger einen Anspruch auf höheres Honorar. Der 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), ist bei der Honorarverteilung in besonderem Maße zu beachten.

Für einen Anspruch auf andere Honorarverteilung reicht allerdings nicht das Vorbringen der Kläger aus, die Ursache für den Punktwertabfall liege - zumindest ganz überwiegend - in dem medizinisch-technischen Fortschritt und der damit einhergehenden Erkenntnis der Vorzüge der weiterentwickelten Strahlentherapie mit ihren schonenderen und zugleich wirksameren Methoden, sodass die Chirurgen zunehmend von invasiv-chirurgischen Eingriffen abgerückt und zu minimal-chirurgischen Eingriffen mit anschließender Strahlentherapie übergegangen seien und auch die anderen Ärzte ihre Zielaufträge an die Radiologen (sowohl der Zahl nach als auch im Sinne zunehmender Anforderungen höherwertiger Leistungen) erheblich gesteigert hätten. Deshalb sei die Verantwortung für die Leistungsmengensteigerungen der vertragsärztlichen Solidargemeinschaft zuzurechnen, die in ihrer Gesamtheit den Punktwertabfall bei den strahlentherapeutischen Leistungen ausgleichen müsse. Dem kann indessen so nicht gefolgt werden. Ohne der Frage nachzugehen, ob die Radiologen und Nuklearmediziner selbst eine Mitverantwortung an der Mengensteigerung strahlentherapeutischer Leistungen 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).

Unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus [Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#) ist aber zu berücksichtigen, dass die KÄV bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern - aber mit einem relevanten Leistungsbereich - zugeordnet und der zudem in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist, eine gesteigerte Beobachtungspflicht trifft. Zeigt sich hier eine dauerhafte Steigerung der Leistungsmenge und zugleich ein dauerhafter Punktwertabfall bis deutlich unter andere vergleichbare Durchschnittspunktwerte - hier zB im Vergleich zu den anderen nicht-budgetierten Leistungen -, ohne dass dies von den Betroffenen selbst zu verantworten ist, so ist darauf durch angemessene Erhöhung des Honorarkontingents zu reagieren (grundlegend zur Beobachtungs- und Reaktionspflicht [BSGE 83, 1, 4 bis 6](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26 S 186 bis 188](#)).

Anders als radiologisch-diagnostische Leistungen, die von einer großen Zahl von Leistungserbringern erbracht werden (ca 90 Radiologen im KÄV-Bezirk der Beklagten nach deren Angaben im Schriftsatz vom 4. Juli 2003 Anlage 4), werden strahlentherapeutische Leistungen typischerweise nur von wenigen Radiologen bzw Nuklearmedizinern erbracht. Nach den Angaben der Kläger bzw ihres Prozessbevollmächtigten gab es neben den zwei Universitätskliniken und vier ermächtigten Einrichtungen nur eine Arztpraxis, die strahlentherapeutische Leistungen erbrachte - diese zunächst mit eineinhalb, später mit zweieinhalb Strahlentherapeuten -. Ungefähr Mitte 1998 kam eine weitere Arztpraxis mit einem Strahlentherapeuten hinzu, im Jahr 1999 eine dritte wiederum mit einem Strahlentherapeuten. Das könnte erklären, weshalb das Quartalshonorar der Kläger trotz ungefähr gleich gebliebener Leistungsmenge zwischen den Quartalen III und IV/1997 und den Quartalen I und II/1999 - also innerhalb eines Zeitraums von nicht einmal zwei Jahren - um mehr als 30 % absank. Die durch die Erhöhung der Ärztezahl erfolgte Steigerung der Leistungsmenge ist möglicherweise einem gestiegenen Bedarf infolge medizinisch-technischen Fortschritts und damit einhergehender Erkenntnis der Vorzüge der weiterentwickelten Strahlentherapie mit ihren

schonenderen und zugleich wirksameren Methoden zuzurechnen, sodass die Verantwortung möglicherweise nicht den Strahlentherapeuten selbst, sondern dem Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist. Falls das LSG zu diesem Ergebnis kommt, wäre weiter zu prüfen, ob eine angemessene Erhöhung des Leistungskontingents für die strahlentherapeutischen Leistungen erfolgte. Die Erforderlichkeit der Aufstockung würde umso mehr dann gelten, falls sich die Steigerung der Ärztezah durch Zulassungen bisher ermächtigtter Krankenhausärzte, die bereits solche Leistungen erbrachten, aber bisher nicht aus dem Honorarkontingent für strahlentherapeutische Leistungen, sondern anderweitig honoriert wurden, ergeben haben sollte. Dann hätte es sich um eine Verlagerung von Leistungen - ohne insgesamt deren Menge zu steigern - gehandelt, die sich bei einer so kleinen Zahl von Honorarbeziehern aus diesem Honorarkontingent in erheblichem Maße auf den Punktwert auswirken musste. Ob dem schon durch angemessene Erhöhung des Honorarkontingents Rechnung getragen wurde und - falls nicht -, ab welchem Zeitpunkt diese Änderungen für die Beklagte ersichtlich waren, ergibt sich nicht mit ausreichender Klarheit aus dem Berufungsurteil. Dessen Ausführungen, das Honorarkontingent sei mit der größeren Zahl der Ärzte linear multipliziert, allerdings auf die insgesamt erhöhte Zahl der Leistungen verteilt worden, bedürfen näherer Klärung durch das Berufungsgericht.

Unter Beachtung dieser Vorgaben wird das Landessozialgericht überprüfen müssen, ob die Bemessung des Teilkontingents für strahlentherapeutischen Leistungen rechtswidrig war. Gegebenenfalls wird es der Beklagten aufgeben, auf der Grundlage einer entsprechenden Neubemessung des Honorarkontingents (zur Möglichkeit der Beschränkung auf noch nicht bestandkräftige Fälle s [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 25) über die Honoraranprüche der Kläger neu zu entscheiden. Bei seiner neuen Entscheidung wird das LSG auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden haben.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2005-03-23