-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	19.07.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	31.05.2000

3. Instanz

Datum	16.05.2001

Die Revision der KlÃ¤ger und die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg vom 31. Mai 2000 werden mit der MaÃgabe zurÃ¼ckgewiesen, daÃ die Beklagte bei der Neubescheidung der KlÃ¤ger Ã¼ber ihre HonoraransprÃ¼che fÃ¼r die Quartale III/1997 bis II/1998 die Rechtsauffassung des Senats zu beachten hat. Die KlÃ¤ger haben der Beklagten Â¾ und die Beklagte hat den KlÃ¤gern Â¼ der Kosten fÃ¼r das Revisionsverfahren zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Die Beteiligten streiten um die Berechnung der Fallpunktzahlen fÃ¼r verschiedene Zusatzbudgets.

Die KlÃ¤ger sind als ÃrzteÃ fÃ¼r Allgemeinmedizin zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung in Gemeinschaftspraxis zugelassen. In den Quartalen III/1997 bis II/1998 wiesen sie Fallzahlen zwischen 1326 (III/1997) und 1624 (I/1998) auf. Der KlÃ¤ger zu 1. verfÃ¼gte bereits im Quartal III/1997 Ã¼ber die Qualifikation zur Erbringung

psychosomatischer Leistungen nach den Nrn 850 bis 858 des Einheitlichen BewertungsmaÃstabes fÃ¼r Ã¤rztliche Leistungen (EBM-Ã), bei der KlÃ¤gerin zu 2. war dieses vom Quartal IV/1997 an der Fall. Allein der KlÃ¤ger zu 1. hat die Genehmigung zur Abrechnung kardiologischer Leistungen sowie sonographischer Leistungen.

Im Zuge der EinfÃ¼hrung von Praxis- und Zusatzbudgets durch den EBM-Ã zum 1. Juli 1997 erkannte die beklagte KassenÃ¤rztlichen Vereinigung (KÃV) den KlÃ¤gern qualifikationsgebundene Zusatzbudgets fÃ¼r folgende Bereiche zu:

Sonographie (Fallpunktzahl 18,2, halbiert auf 9,1 (Untergruppe U)),

Psychosomatik. Ãbende Verfahren (Fallpunktzahl 7,0 (Untergruppe U)),

Kardiologie (Fallpunktzahl 3,6, halbiert auf 1,8 (Untergruppe U))

sowie bedarfsabhÃ¤ngige Zusatzbudgets fÃ¼r

Betreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen (Fallpunktzahl 3,1 (Untergruppe U)),

Phlebologie ohne Zusatzbezeichnung (Fallpunktzahl 4,7 â errechnet aufgrund einer Sonderregelung im HonorarverteilungsmaÃstab (HVM)),

Allergologie ohne Zusatzbezeichnung (Fallpunktzahl 24,7 â errechnet aufgrund einer Sonderregelung im HVM).

Gegen die ihnen von der Beklagten fÃ¼r die Quartale III/1997 bis II/1998 erteilten Honorarabrechnungen legten die KlÃ¤ger wegen der dabei vorgenommenen KÃ¼rzung der von ihnen abgerechneten Punkte bei den genannten Zusatzbudgets WidersprÃ¼che ein, die die Beklagte zurÃ¼ckwies. Die Fallpunktzahlen fÃ¼r die Zusatzbudgets seien aufgrund der ab 1. Juli 1997 geltenden und zuvor bekannt gemachten Regelungen des EBM-Ã festgesetzt und zutreffend errechnet worden; von der nur zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs vorgesehenen MÃ¶glichkeit zur Erweiterung der Zusatzbudgets gemÃ¤Ã den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.3 EBM-Ã sei kein Gebrauch gemacht worden (Widerspruchsbescheide vom 20. August 1998 (betr Quartale III und IV/1997) und vom 19. April 1999 (betr Quartale I und II/1998)).

Die dagegen erhobenen, zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbundenen Klagen sind teilweise erfolgreich gewesen. Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte unter Ãnderung ihrer Bescheide verpflichtet, Ã¼ber die HonoraransprÃ¼che der KlÃ¤ger hinsichtlich der HÃ¶he der Zusatzbudgets "Psychosomatik. Ãbende Verfahren" und "Betreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen" erneut unter Beachtung seiner (des SG) Rechtsauffassung zu entscheiden; im Ã¼brigen hat es die Klage abgewiesen. Die EinfÃ¼hrung von Praxis- und Zusatzbudgets und die Differenzierung in zwei Fallpunktzahlbereiche sei zwar grundsÃ¤tzlich nicht zu beanstanden, allerdings dÃ¼rfe den in die Untergruppe U eingestuften Ãrzten ein Wechsel in die Untergruppe O nicht faktisch

verschlossen sein. Beim Zusatzbudget "Psychosomatik. Ã□bende Verfahren" habe die Beklagte insoweit die von der KlÃ¤gerin zu 2. zwischenzeitlich neu erworbene Qualifikation und beim Zusatzbudget "Betreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen" den gestiegenen Versorgungsbedarf fÃ¼r die KlÃ¤ger berÃ¼cksichtigen mÃ¼ssen. Bei den Zusatzbudgets "Kardiologie" und "Sonographie" seien sie dagegen zutreffend in die Untergruppe U eingestuft worden, weil ihre Abrechnungswerte deutlich unter den Mittelwerten der Fachgruppe lÃ¤gen. In den Bereichen "Allergologie" und "Phlebologie" habe die Beklagte die Fallpunktzahlen aufgrund einer besonderen KÃ¼rzungsreglung in der Anlage zu ihrem HVM ebenfalls den PraxisverhÃ¤ltnissen entsprechend zutreffend festgesetzt (Urteil vom 19. Juli 1999).

Dagegen haben die Beklagte Berufung und die KlÃ¤ger AnschluÃ□berufung eingelegt. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung mit der MaÃ□gabe zurÃ¼ckgewiesen, daÃ□ die Beklagte bei der Neubescheidung seine (des LSG) Rechtsauffassung zu beachten habe; auf die AnschluÃ□berufung hat sie die Honorarbescheide weiter abgeÃ¤ndert und die Beklagte auch verpflichtet, Ã¼ber die HonoraransprÃ¼che hinsichtlich der Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" neu zu entscheiden, und die AnschluÃ□berufung im Ã¼brigen zurÃ¼ckgewiesen. Im Grundsatz bestÃ¼nden keine Bedenken gegen die Regelungen Ã¼ber die Zusatzbudgets und die MÃ¶glichkeit der Differenzierung zwischen den Fallpunktzahlbereichen U und O. Der Vorstand der Beklagten habe dieses aufgrund der Vorgaben des EBM-Ã□ selbst regeln dÃ¼rfen, da damit keine "wesentlichen" Auswirkungen auf die Honorarverteilung verbunden seien. Auch die AnknÃ¼pfung an die Punktzahlanforderungen der Quartale I und II/1996 sei sachgerecht. Die Beklagte habe jedoch nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse fÃ¼r die Quartale III und IV/1997 auf die bei den KlÃ¤gern eingetretene erhebliche VerÃ¤nderung in den Bereichen "Psychosomatik. Ã□bende Verfahren" und "Betreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen" reagieren mÃ¼ssen. Bei der Erweiterung der Zusatzbudgets dÃ¼rfe die Beklagte nÃ¤mlich nicht nach strengeren MaÃ□stÃ¤ben verfahren als bei der erstmaligen Einstufung in die Untergruppen O oder U. Bei den in Untergruppe U eingestuften Ã□rzten mÃ¼sse wegen der ihnen zuzugestehenden EntwicklungsmÃ¶glichkeit irgendwann geprÃ¼ft werden, ob sich der Versorgungsbedarf im Laufe der Zeit geÃ¤ndert habe; auch mÃ¼sse im Einzelfall die Zubilligung einer hÃ¶heren Fallpunktzahl als die der Untergruppe U und einer geringeren als die der Untergruppe O mÃ¶glich sein. FÃ¼r Ã□berlegungen, ob die Leistungen entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot erbracht worden seien, sei dabei kein Raum. Als AbhilfemÃ¶glichkeit komme zB in Betracht, daÃ□ die Beklagte die Untergruppen-Einstufung in bestimmten ZeitabstÃ¤nden aufs Neue ermittele. Hinsichtlich der Zusatzbudgets "Kardiologie" und "Sonographie" lÃ¤gen bei den KlÃ¤gern weder Besonderheiten bei der erstmaligen Zuteilung der Fallpunktzahlen vor noch Anhaltspunkte fÃ¼r eine Ã□nderung der Behandlungsausrichtung oder des Patientengutes; sie hÃ¤tten in keinem Quartal den Mittelwert der Untergruppe U Ã¼berschritten. BezÃ¼glich der Zusatzbudgets "Allergologie" und Phlebologie" sei die AnschluÃ□berufung der KlÃ¤ger dagegen erfolgreich. Die Beklagte habe dazu â□□ nicht wie bei den anderen Zusatzbudgets â□□ zwei Fallpunktzahlen gebildet, sondern ihre Vertreterversammlung habe insoweit in einer Anlage zum HVM eine Sonderregelung

getroffen. Danach sei bei Ãrzten ohne die Zusatzbezeichnung ein einheitlicher arithmetischer Punktzahl-Mittelwert je Behandlungsfall aus den von der jeweiligen Praxis in den Quartalen I und II/1996 abgerechneten Werten zu bilden gewesen; dieser Wert sei dann (in Anlehnung an die EBM-Ã-Systematik) um 20 % reduziert und die sich ergebende Fallpunktzahl als Ausgangspunkt fÃ¼r die Berechnung der Punktzahlobergrenze genommen worden. Diese Regelungen wichen von zwingenden Vorgaben des EBM-Ã ab, weil fÃ¼r AllgemeinÃ¤rzte verbindlich fÃ¼r beide Bereiche qualifikationsgebundene und bedarfsabhÃ¤ngige Zusatzbudgets vorgesehen seien. Die Beklagte mÃ¼sse die KlÃ¤ger daher auch fÃ¼r diese Bereiche in die Untergruppen U oder O einstufen (Urteil vom 31. Mai 2000).

Mit ihren vom LSG zugelassenen Revisionen wenden sich sowohl die KlÃ¤ger als auch die Beklagte gegen dieses Urteil.

Die KlÃ¤ger rÃ¼gen die Verletzung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art 12 iVm Art 3 Abs 1 Grundgesetz (GG)) und machen geltend, das LSG habe die Berechnung der Fallpunktzahl fÃ¼r ein Zusatzbudget in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Anlage 4 Abs 1 Satz 1 EBM-Ã zu Unrecht als wirksam angesehen. Wenn diese Regelung die Quartale I und II/1996 unverÃ¤nderlich als Berechnungsgrundlage fÃ¼r die jeweiligen Zusatzbudgets festschreibe, kÃ¶nnten Praxisbesonderheiten, die sich nach diesem Zeitpunkt ergÃ¤ben, nicht mehr berÃ¼cksichtigt werden. Ãrzte, die Anfang 1996 in groÃem Umfang zusatzbudgetierte Leistungen erbracht hÃ¤tten, wÃ¼rden hierdurch ungerechtfertigt begÃ¼nstigt. â Die Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4 EBM-Ã verstieÃen darÃ¼ber hinaus auch gegen das Gleichbehandlungsgebot, weil es nicht mÃ¶glich sei, die einmal auf der Basis der Quartale I und II/1996 vorgenommene Einstufung in die Untergruppen U und O nachtrÃ¤glich zu Ã¤ndern und zu wechseln. Damit wÃ¼rden dauerhaft die in Untergruppe O eingestuften Ãrzte unsachlich begÃ¼nstigt. Zudem wÃ¼rden bei der Einstufung in die Untergruppen nach Nr 4.2 aaO andere MaÃstÃ¤be angewandt als bei der Erweiterung der Zusatzbudgets nach Nr 4.3 aaO. â Des weiteren verstoÃe der EBM-Ã gegen den BewertungsausschuÃ-Vorbehalt des Â§ 87 Abs 1 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Den KÃVen dÃ¼rfe nÃ¤mlich nur die Konkretisierung von Einzelheiten Ã¼bertragen werden. Wenn das LSG darauf abstelle, daÃ die Entscheidung der Beklagten rechnerisch nur 2,8 % ihres (der KlÃ¤ger) Gesamtumsatzes betreffe, wÃ¤hle es einen falschen Ansatzpunkt. Die Frage, ob eine Entscheidung wesentlich sei oder nicht, lasse sich nur anhand der Auswirkungen auf die Gesamtheit der hiervon theoretisch betroffenen Ãrzte beurteilen. Im Ã¼brigen ergÃ¤be sich selbst nach der Rechnung des LSG bei ihnen (den KlÃ¤gern) bezogen auf das Kalenderjahr eine VergÃ¼tungsdifferenz von immerhin 11.376,- DM. FÃ¼r eine einzelfallbezogene Wesentlichkeitsermittlung dÃ¼rfe zudem nicht nur auf die Differenz zum Mittelwert abgestellt werden, sondern es mÃ¼sse die Differenz zwischen beiden Untergruppen gebildet werden. â Verletzt werde schlieÃlich Â§ 85 Abs 4 SGB V, weil dem HVM der Beklagten nicht die wesentlichen Elemente der Honorarverteilung zu entnehmen seien, sondern die Kompetenz fÃ¼r die Honorarverteilung unzulÃ¤ssig auf deren Vorstand verlagert worden sei. Selbst wenn man die Bildung der Untergruppen U und O nicht dem EBM-Ã selbst vorbehalten wolle, habe diese zumindest im HVM geschehen

mÃ¼ssen. Die letztgenannten RÃ¼gen betrÃ¤fen die Zusatzbudgets "Sonographie" und "Kardiologie" gleichermaÃen.

Die KlÃ¤ger beantragen sinngemÃ¤Ã,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg vom 31. Mai 2000 und das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19. Juli 1999 zu Ã¤ndern und die Beklagte unter Aufhebung ihrer Honorarbescheide vom 12. Januar 1998, 9. April 1998, 9. Juli 1998 und 9. Oktober 1998 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 20. August 1998 und 19. April 1999 zu verurteilen, Ã¼ber ihre HonoraransprÃ¼che hinsichtlich der Fallpunktzahlen fÃ¼r alle zuerkannten Zusatzbudgets erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden, ferner,
die Revision der Beklagten zurÃ¼ckzuweisen.

Die Beklagte beantragt sinngemÃ¤Ã,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg vom 31. Mai 2000 zu Ã¤ndern sowie die AnschluÃberufung der KlÃ¤ger gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19. Juli 1999 zurÃ¼ckzuweisen, soweit sie auch auf eine Verpflichtung der Beklagten zur Neubescheidung hinsichtlich der Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" gerichtet war, ferner,
die Revision der KlÃ¤ger zurÃ¼ckzuweisen.

Sie beschrÃ¤nkt ihre Revision ausdrÃ¼cklich auf die Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" und hÃ¤lt das LSG-Urteil insoweit fÃ¼r unzutreffend, da die dazu geschaffenen HVM-Regelungen den Vorgaben in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Anlage 4 Abs 3 EBM-Ã nicht widersprÃ¤chen. Die EBM-Ã-Regelungen sÃ¤hen nicht zwingend die Aufteilung der Fallpunktzahlen von Zusatzbudgets in die Untergruppen U und O vor, sondern rÃ¤umten den KÃVen nur eine entsprechende Option ein. Aus Anlage 4 aaO lasse sich nicht entnehmen, daÃ die Bildung der Untergruppen in anderen Zusatzbudget-Bereichen eine KÃV binde, diese Unterteilung einheitlich auch fÃ¼r die bedarfsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" vorzunehmen. Auf eine solche Differenzierung dÃ¼rfe zumindest dann verzichtet werden, wenn es dafÃ¼r nachvollziehbare und tragfÃ¤hige GrÃ¼nde gebe. Die Besonderheit der genannten Gebiete liege darin, daÃ diese Leistungen nicht nur von Ãrzten erbracht wÃ¼rden, die Ã¼ber eine entsprechende Zusatzbezeichnung verfÃ¼gten. Neben qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets hÃ¤tten daher auch bedarfsabhÃ¤ngige Zusatzbudgets eingerichtet werden mÃ¼ssen, die lediglich auf einen vorhandenen Bedarf bzw eine Leistungserbringung abstellten. Die Ermittlung der dafÃ¼r zugrunde zu legenden Fallpunktzahlen sei sehr problematisch gewesen, weil der in Anlage 3 Abs 1 dargelegte Rechenweg mangels statistisch verwertbarer Ergebnisse nicht habe angewandt werden kÃ¶nnen und bundeseinheitliche Zahlen fÃ¼r bedarfsabhÃ¤ngige Zusatzbudgets wegen der groÃen Unterschiede bei der Ermittlung der Zahlen in den einzelnen KÃVen gefehlt hÃ¤tten; die KassenÃ¤rztliche Bundesvereinigung habe dieses 1997 in zwei Schreiben bestÃ¤tigt. Um den betroffenen Ãrzten auch unter Geltung der Praxisbudgets die FortfÃ¼hrung ihrer bisherigen TÃ¤tigkeit im wesentlichen zu ermÃ¶glichen, habe die Vertreterversammlung daher beschlossen, fÃ¼r die bedarfsabhÃ¤ngigen

Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" auf die jeweiligen einzelnen PraxisverhÃ¤ltnisse abzustellen; fÃ¼r deren Berechnung sei dann die Systematik des EBM-Ã mit der Anlage 4 Abs 1 aaO entsprechend angewandt worden. So seien praxisindividuell die Quartale I und II/1996 herangezogen und die relevanten Fallzahlanforderungen durch die Zahl der budgetrelevanten FÃ¤lle dieser beiden Quartale dividiert worden; die sich ergebende Fallpunktzahl sei dann als Beitrag zur PunktwertstabilitÃ¤t â in Anlehnung an die Praxisbudget-Systematik â um 20 % reduziert worden. Die vorgenommenen Abweichungen seien durch die Besonderheiten dieser Zusatzbudget-Bereiche begrÃ¼ndet und zur Ermittlung adÃ¤quater Fallpunktzahlen erforderlich gewesen. Eine Benachteiligung bestimmter Ãrzte oder Praxen liege darin nicht. Auch das LSG habe im Grundsatz diese Vorgehensweise akzeptiert, weil es zur ErmessensausÃ¼bung der KÃV bei den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.3 EBM-Ã eine individualisierte Betrachtung fordere. â Die Revision der KlÃ¤ger sei unbegrÃ¼ndet. Das LSG habe gerade keine Festschreibung der Fallpunktzahlen auf den Bemessungszeitraum der Quartale I und II/1996 vorgenommen, sondern sie (die Beklagte) zur Neubescheidung nur verpflichtet, wo sich Steigerungen der Punktzahlanforderungen der KlÃ¤ger ergeben hÃ¤tten. In den Leistungsbereichen "Sonographie" und "Kardiologie" solle es â mangels Auswirkungen auf die Praxis der KlÃ¤ger â bei den ermittelten Fallpunktzahlen verbleiben. Damit trage das LSG der aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit resultierenden Differenzierungspflicht Rechnung. Ãhnliches gelte hinsichtlich der fortbestehenden Einstufungen in die Untergruppe U. Das LSG fÃ¼hre zur Untergruppenbildung aus, daÃ es bei bestimmten Konstellationen nicht bei einer dauerhaften Festschreibung der ursprÃ¼nglich vorgenommenen Budgeteinstufung bleiben kÃ¶nne. Das bewirke jedoch keine Unwirksamkeit der Regelungen insgesamt und habe bei den KlÃ¤gern in den genannten Leistungsbereichen keine Auswirkungen. Ferner sei mit dem LSG davon auszugehen, daÃ die KÃVen die Befugnis zur Bildung von Untergruppen in zulÃ¤ssiger Weise Ã¼bertragen worden sei. Die Vertreterversammlung der Beklagten habe allerdings am 12. Juli 2000 die Entscheidung des Vorstandes vorsorglich ausdrÃ¼cklich bestÃ¤tigt. Der Normgeber habe im EBM-Ã selbst die notwendigen wesentlichen Vorgaben fÃ¼r die Bildung der Zusatzbudgets gemacht. Der Entscheidung, abweichend von der AnknÃ¼pfung an Mittelwerte zwei Untergruppen zu bilden, komme dann keine wesentliche Bedeutung mehr zu. In diesem Zusammenhang stattfindende Pauschalierungen fÃ¼hrten nicht zur Rechtswidrigkeit der Regelungen.

Die Beteiligten haben sich Ã¼bereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung (Â§ 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) einverstanden erklÃ¤rt.

II

Die zulÃ¤ssigen Revisionen sowohl des KlÃ¤gers als auch der Beklagten haben keinen Erfolg. Das Urteil des LSG erweist sich in Ergebnis und BegrÃ¼ndung in allen wesentlichen Punkten als zutreffend.

Die KlÃ¤ger, die sich gegen die Berechnung sÃ¤mtlicher ihnen zuerkannter

Zusatzbudgets wenden, haben â□□ Ã¼ber den klagestattgebenden Teil des von der Beklagten insoweit nicht angefochtenen und daher rechtskrÃ¤ftigen LSG-Bescheidungsurteils hinaus â□□ keinen Anspruch auf eine weitergehende Neubescheidung hinsichtlich hÃ¶herer VergÃ¼tungsansprÃ¼che fÃ¼r ihre in den Quartalen III/1997 bis II/1998 erbrachten vertragsÃ¤rztlichen Leistungen. Die von der Beklagten im Rahmen ihrer Honorarverteilung (Â§ 85 Abs 4 SGB V) angewandten und umgesetzten Bestimmungen Ã¼ber die Praxis- und Zusatzbudgets des EBM-Ã□ stehen, soweit der Senat darÃ¼ber auf Grund der RevisionsrÃ¼gen der KlÃ¤ger zu entscheiden hat, mit hÃ¶herrangigem Recht in Einklang. Die streitigen Regelungen sind auch bei den Zusatzbudgets "Sonographie" und "Kardiologie" nicht sowie bei den Zusatzbudgets "Psychosomatik. Ã□bende Verfahren" und "Betreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen" Ã¼ber das Urteil des LSG hinaus nicht zu beanstanden. Es war allerdings auszusprechen, daÃ□ die Beklagte bei der Neubescheidung der KlÃ¤ger die Rechtsauffassung des Senats zu beachten hat.

Mit den BeschlÃ¼ssen des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. MÃ¤rz 1997 sind in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ã□ auf der Grundlage des Â§ 87 Abs 2 Satz 1 iVm Abs 2a Satz 1, 2 und 8 SGB V (idF des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl I 1520)) zum 1. Juli 1997 Praxis- und Zusatzbudgets eingefÃ¼hrt worden (Deutsches Ã□rzteblatt (DÃ□) 1997, A-864 ff = C-654 ff). Danach unterliegen die im EBM-Ã□ enthaltenen Ã¤rztlichen Leistungen nach MaÃ□gabe nÃ¤herer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal ua fÃ¼r die Gruppe der Ã□rzte fÃ¼r Allgemeinmedizin, der die KlÃ¤ger angehÃ¶ren, einer fallzahlabhÃ¤ngigen Budgetierung (Allgemeine Bestimmungen A I. Teil B Nr 1 iVm Nr 1.5 EBM-Ã□). Die von den Budgets umfaÃ□ten Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfÃ¤hig, deren HÃ¶he sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl (Nr 1.5 aaO) und der Zahl der FÃ¤lle (Nr 1.4 aaO) ergibt (Nr 1 Satz 2 und 3 aaO).

Im einzelnen sind die Regelungen des EBM-Ã□ 1997 â□□ vereinfacht dargestellt â□□ so ausgestaltet, daÃ□ fÃ¼r die betroffenen Arztgruppen drei verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden (vgl zum Ganzen bereits: BSGE 86, 16, 18 ff = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23 S 117 ff; s ferner: Die EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 â□□ GrÃ¼nde und Inhalte, DÃ□ 1997, A-860, 861 ff; Ballast, Ersatzkasse 1996, 440 ff; Schauenburg, Betriebskrankenkasse 1997, 193 ff; Metzinger/Woggon, Krankenversicherung 1997, 12 ff; Wezel/Liebold, Handkommentar BM-Ã□, EG-O und GOÃ□, 6. Aufl, Bd 1, S 8-38/1 ff). Dem Praxisbudget ("grÃ¼ner Bereich") unterfallen ca 70 % der das Behandlungsspektrum der jeweiligen Arztgruppe typischerweise abdeckenden Ã¤rztlichen Leistungen. Neben dem Praxisbudget sind bestimmte Ã¤rztliche Leistungspositionen einzelnen arztgruppenspezifischen Zusatzbudgets ("gelber Bereich") zugewiesen (Nr 1.3 und Nr 4 aaO), die ca 10 % des Leistungsspektrums erfassen. Ein noch verbleibender, etwa 20% ausmachender Leistungsbereich bleibt unbudgetiert ("roter Bereich"), ebenso wie bestimmte, nur auf Ã□berweisung in Anspruch genommene oder hochspezialisierte Arztgruppen gÃ¤nzlich davon unberÃ¼hrt sind.

Diese Vorgaben hat die Beklagte in ihrem ab 1. Juli 1997 geltenden HVM

entsprechend umgesetzt und bei den Honorarabrechnungen der KlÃ¤ger fÃ¼r die streitigen Quartale berÃ¼cksichtigt.

Die Regelung der im vorliegenden Fall streitigen Zusatzbudgets findet sich in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4 EBM-Ã. Danach werden zunÃ¤chst fÃ¼r zahlreiche Arztgruppen insgesamt 73 qualifikationsgebundene fallzahlabhÃ¤ngige Zusatzbudgets festgesetzt. Ein Arzt hat Anspruch auf die gebietsbezogenen Zusatzbudgets nach Nr 4.1 aaO EBM-Ã, wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung fÃ¼hrt und ggf eine Zusatzbezeichnung bzw den Nachweis einer Qualifikation nach Â§ 135 Abs 1 und 2 SGB V fÃ¼hren kann. Die gebietsbezogenen Fallpunktzahlen fÃ¼r die Zusatzbudgets nach Nr 4.1 EBM-Ã werden nach der in der Anlage 4 aaO EBM-Ã angegebenen Formel von jeder einzelnen KÃV berechnet. Diese Formel hat den Inhalt: "Punktzahlanforderungen der fÃ¼r ein Zusatzbudget berechtigten Ãrzte einer Arztgruppe aus den Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 dividiert durch die Zahl der budgetrelevanten FÃ¤lle gemÃ¤Ã Nr 4.1 der ersten beiden Quartale des Jahres 1996."

DarÃ¼ber hinaus ist eine Regelung fÃ¼r Gemeinschaftspraxen getroffen worden. In diesem Fall wird die maÃgebliche Fallpunktzahl fÃ¼r das jeweilige Zusatzbudget als arithmetischer Mittelwert der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen der daran beteiligten Ãrzte ermittelt, wobei Ãrzte ohne das entsprechende Zusatzbudget mit der Fallpunktzahl 0 in die Berechnung eingehen (Allgemeine Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.4 EBM-Ã). In Anwendung dieser Regelung sind zB die Fallpunktzahlen fÃ¼r die in Gemeinschaftspraxis tÃ¤tigen KlÃ¤ger bei den Zusatzbudgets "Kardiologie" und "Sonographie" auf die HÃ¤lfte reduziert worden, weil lediglich der KlÃ¤ger zu 1. Ã¼ber eine entsprechende Qualifikation verfÃ¼gt.

Neben den qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets kÃ¶nnen auf Antrag Zusatzbudgets fÃ¼r einen besonderen Versorgungsbedarf zuerkannt werden (Nr 4.2 aaO EBM-Ã). Tatbestandliche Voraussetzungen der insgesamt 16 bedarfsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets sind zB die Betreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen, Phlebologie, die Schmerztherapie bei Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung, die Pneumologie sowie die Laserchirurgie. Auch fÃ¼r diese bedarfsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets wird die gebietsbezogene Fallpunktzahl nach der in der Anlage 4 aaO EBM-Ã angegebenen Formel von jeder KÃV nach den dortigen Abrechnungsergebnissen ermittelt.

Ãber die genannten Regelungen hinausgehend "kÃ¶nnen" die KÃVen nach Abs 3 der Anlage 4 aaO EBM-Ã bei den Zusatzbudgets von der Vorgabe einer fÃ¼r alle berechtigten Ãrzte einer Arztgruppe einheitlichen Fallpunktzahl absehen und eine Differenzierung in zwei Fallpunktzahlen vornehmen. Danach ist in einem solchen Fall wie folgt vorzugehen: "Die berechtigten Ãrzte werden jeweils in die Untergruppe der Ãrzte mit unterdurchschnittlichem Punktzahlfallwert und in die Untergruppe der Ãrzte mit Ã¼berdurchschnittlichem Punktzahlfallwert aus Leistungen des Zusatzbudgets unterteilt. FÃ¼r jede dieser Untergruppen wird gemÃ¤Ã der unter Abs 1 aufgefÃ¼hrten Berechnungsweise ein separater Mittelwert gebildet. Dieser zÃ¤hlt als Fallpunktzahl der Ãrzte der entsprechenden

Untergruppe fÃ¼r Leistungen des Zusatzbudgets."

Der Vorstand der Beklagten hat von der in der Anlage 4 Abs 3 aaO eingerÃ¤umten MÃ¶glichkeit mit Beschluss vom 9. April 1997 Gebrauch gemacht und fÃ¼r die qualifikationsgebundenen und die bedarfsunabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets (mit Ausnahme der bedarfsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets "Phlebologie" und "Allergologie") eine Differenzierung in die Fallpunktzahluntergruppe U (fÃ¼r Ãrzte mit unterdurchschnittlichem Fallwert) und die Gruppe O (fÃ¼r Ãrzte mit Ã¼berdurchschnittlichem Fallwert) vorgesehen, fÃ¼r die jeweils ein eigener arithmetischer Mittelwert errechnet wurde; von dieser Verfahrensweise ist nur bei Arztgruppen mit weniger als 20 Ãrzten bzw Untergruppen mit weniger als zehn Ãrzten abgesehen worden (Nr 1 des Vorstandsbeschlusses). Danach ergab sich die Zuordnung der einzelnen Arztpraxis zu einer der beiden Untergruppen aus den Abrechnungsergebnissen der Quartale I und II/1996; bei Ãrzten, die in einem Quartal Ã¼ber der durchschnittlichen Punktzahlanforderung ihrer Arztgruppe und im anderen Quartal darunter lagen, wurde der arithmetische Mittelwert gebildet; die HÃ¶herstufung von der Untergruppe U in die Untergruppe O bedurfte der Antragstellung durch den Arzt und der Genehmigung durch den Vorstand (Nr 2 VorstandsbeschluÃ). Arztpraxen, die ihre TÃ¤tigkeit erst im Quartal II/1996 oder spÃ¤ter aufgenommen hatten, wurden der Gruppe U zugeordnet, es sei denn, einem Antrag auf Erweiterung der Zusatzbudgets nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.3 EBM-Ã konnte entsprochen werden (Nr 3 VorstandsbeschluÃ).

Im Nachhinein hat sich die Vertreterversammlung der Beklagten mit Beschluss vom 12. Juli 2000 "rein vorsorglich fÃ¼r den Fall, daÃ die Entscheidung des Vorstandes â¦ Ã¼ber die EinfÃ¼hrung differenzierter Fallpunktzahlbereiche doch in der Vertreterversammlung zustehende Kompetenzen eingegriffen hÃ¤tte", ausdrÃ¼cklich mit dem Beschluss des Vorstandes der Beklagten vom 9. April 1997 einverstanden erklÃ¤rt.

Die Beklagte setzte auf dieser Grundlage die entsprechenden Fallpunktzahlen fÃ¼r qualifikationsgebundene Zusatzbudgets (in einer Tabelle B) und fÃ¼r bedarfsabhÃ¤ngige Zusatzbudgets (in Tabelle C) fest. Dieses teilte sie den VertragsÃ¤rzten mit Rundschreiben vom 2. Mai und 24. Juni 1997 mit und erkannte den KlÃ¤gern die qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets fÃ¼r Sonographie (Fallpunktzahl 9,1, Untergruppe U), Psychosomatik. Ãbende Verfahren (Fallpunktzahl 7,0, Untergruppe U), Kardiologie (Fallpunktzahl 1,8, Untergruppe U) sowie bedarfsabhÃ¤ngige Zusatzbudgets fÃ¼r Phlebologie ohne Zusatzbezeichnung (Fallpunktzahl 4,7), Allergologie ohne Zusatzbezeichnung (Fallpunktzahl 24,7) und fÃ¼r Betreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen (Fallpunktzahl 3,1, Untergruppe U) zu. Diese Werte hat die Beklagte bei den Gesamthonorarabrechnungen fÃ¼r die KlÃ¤ger in den streitigen Quartalen zugrundegelegt. Mathematisch-rechnerisch begrÃ¼ndete Einwendungen gegen das Rechenwerk haben die KlÃ¤ger nicht erhoben. Ihr Revisionsvorbringen, mit dem sie sich aus RechtsgrÃ¼nden gegen die ZurÃ¼ckweisung ihrer AnschluÃberufung durch das LSG-Urteil wenden, muÃ im wesentlichen ohne Erfolg bleiben.

Wie der Senat bereits mit Urteil vom 8. MÃ¤rz 2000 â B 6 KA 7/99 R (BSGE 86, 16, 19 ff = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23 S 118 ff) entschieden und ausfÃ¼hrlich dargelegt hat, bestehen keine grundsÃ¤tzlichen rechtlichen Bedenken gegen das vom BewertungsausschuÃ zum 1. Juli 1997 neu geschaffene System der Praxis- und Zusatzbudgets. Die auf Â§ 87 Abs 2 Satz 1 iVm Abs 2a Satz 1, 2 und 8 SGB V beruhenden Regelungen des EBM-Ã hatten nÃ¤mlich zum Ziel, die Auswirkungen des in den Vorjahren eingetretenen nachhaltigen Punktwertverfalls zu begrenzen, der auch durch die zum 1. Januar 1996 erfolgten Ãnderungen (Pauschalierungen durch KomplexgebÃ¼hren, OrdinationsgebÃ¼hren, Verbesserung der hausÃ¤rztlichen VergÃ¼tung) und durch die zum 1. Juli 1996 geschaffenen Neuregelungen des EBM-Ã (vorÃ¼bergehender Ausbau und PrÃ¤zisierung arztgruppenbezogener Teilbudgets als ZwischenlÃ¶sung) nicht gestoppt werden konnte. Beabsichtigt war, in Zeiten globaler Ausgabenbudgets der Krankenkassen und ihrer Auswirkungen auf die HÃ¶he der GesamtvergÃ¼tung den VertragsÃ¤rzten wieder eine grÃ¶Ãere Kalkulationssicherheit zu geben, indem durch Umgestaltung der Bewertungsbestimmungen der Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge eingeschrÃ¤nkt wurde. Dieses Ziel hat der BewertungsausschuÃ in Einklang mit der durch Art 12 Abs 1 GG geschÃ¼tzten Ã¤rztlichen BerufsausÃ¼bungsfreiheit umgesetzt, weil die EinfÃ¼hrung der Praxisbudgets auf vernÃ¼nftigen und wichtigen ErwÃ¤gungen des Allgemeinwohls beruhte. Die Notwendigkeit, einheitlich fÃ¼r das Bundesgebiet geltende Regelungen zu schaffen, rechtfertigte eine Regelung im EBM-Ã. Den mit derart typisierenden und generalisierenden Regelungen zum Praxisbudget einhergehenden Verwerfungen und HÃ¤rten ist der BewertungsausschuÃ mit den im vorliegenden Rechtsstreit inhaltlich streitigen (flexibleren) Regelungen Ã¼ber die Festlegung der Zusatzbudgets in Nr 4.2 und 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ã in grundsÃ¤tzlich unbedenklicher Weise entgegengetreten. Gleiches gilt fÃ¼r die Modifizierung des EBM-Ã durch die von den SpitzenverbÃ¤nden der Krankenkassen und der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung mit ihrer als Bestandteil der BundesmantelvertrÃ¤ge beschlossenen Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets vom 19. November 1996 (DÃ 1997, A-403; vgl dazu bereits BSGE 86, 16, 22 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23 S 121).

Die von KlÃ¤gerseite gegen dieses Regelungssystem vorgebrachten Argumente kÃ¶nnen demgegenÃ¼ber nicht Ã¼berzeugen und sind vom LSG in zutreffender Weise gewÃ¼rdigt worden. Die KlÃ¤ger kÃ¶nnen nicht damit durchdringen, daÃ der Vorstand der Beklagten fÃ¼r die Bildung der Punktzahluntergruppen fÃ¼r die Zusatzbudgets funktionell unzustÃ¤ndig gewesen sei, sondern der EBM-Ã eine solche Regelung selbst zu treffen gehabt habe. Auch die hilfsweise reklamierte ZustÃ¤ndigkeit der Vertreterversammlung kann nicht hergeleitet werden.

Wie oben beschrieben, ist die mÃ¶gliche Bildung der Untergruppen U und O bereits im EBM-Ã selbst angelegt, wenn er diese in Anlage 4 Abs 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B in das "Ermessen" der einzelnen KÃV stellt; eine ausdrÃ¼ckliche Kompetenzzuweisung an die Vertreterversammlung ist im EBM-Ã nicht erfolgt. Sie wÃ¤re aus RechtsgrÃ¼nden auch nicht geboten. Der BewertungsausschuÃ hat damit vielmehr lediglich die Konkretisierung von Regelungsbefugnissen in nicht zu beanstandender Weise auf die KÃVen

Ã¼bertragen. Der EBM-Ã ist ein von den Vertragspartnern der BundesmantelvertrÃ¤ge durch den BewertungsausschuÃ vereinbarter Vertrag in der Form einer untergesetzlichen Rechtsnorm (BSGE 83, 218, 219 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21 S 108; BSGE 83, 205, 208 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29 S 214). Er soll gewÃ¤hrleisten, daÃ die unterschiedlichen Interessen der an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und eine sachgerechte inhaltliche Beschreibung und Bewertung der Ã¤rztlichen Leistungen erreicht wird. Wie jedem Normgeber kommt auch den Vertragspartnern des EBM-Ã bei der autonomen Festlegung der Leistungen, ihres Inhalts und ihrer Bewertung ein Gestaltungsspielraum zu. Dieser schlieÃt grundsÃ¤tzlich die Befugnis des Bewertungsausschusses ein, in den VergÃ¼tungstatbestÃ¤nden bestimmte Vorgaben zu machen, die einer konkretisierenden Ausformung durch den Normanwender, dh durch die KÃVen, bedÃ¼rfen. Vor diesem Hintergrund unterliegt es keinen durchgreifenden Bedenken, daÃ der BewertungsausschuÃ die Frage des Ob der Differenzierung bei den Fallpunktzahlen delegiert hat, weil den KÃVen damit kein bedenklich groÃer eigener Entscheidungsfreiraum eingerÃ¤umt wurde. Der Senat hat in seiner Rechtsprechung insoweit auch fÃ¼r den Bereich der VergÃ¼tung und Honorarverteilung stets nur gefordert, daÃ der Normsetzer die wesentlichen Bestimmungen in der Norm selbst treffen muÃ und lediglich die Konkretisierung von Einzelheiten â etwa die Entscheidung Ã¼ber die Anwendung von HÃ¤rtefallregelungen â anderen Stellen wie den KÃVen Ã¼bertragen darf (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 31 S 240 ff betr Grenzwerte und Quoten bei Honorarabstaffelungen; BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 27 S 196-198 zu HÃ¤rtefall-Ausnahmen von Umsatz-Obergrenzen; BSGE 81, 213, 217 und 222 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23 S 152 und 157 zu Ausnahmen von der Kontingentgrenze fÃ¼r besondere Fachgruppen und PraxisanfÃ¤nger; BSG vom 21. Oktober 1998 â B 6 KA 60/97 R â USK 98181; vgl auch BSGE 84, 247, 252 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 11 S 52 f fÃ¼r die inhaltliche Konkretisierung von GebÃ¼hrentatbestÃ¤nden).

Im zu entscheidenden Fall sind diese GrundsÃ¤tze beachtet worden, weil die wesentlichen Vorgaben Ã¼ber die Untergruppenbildung im Rahmen der Festlegung der Fallpunktzahlen fÃ¼r die einzelnen Zusatzbudgets im EBM-Ã selbst getroffen werden. Dieser schreibt die Bildung der Untergruppen zwar nicht zwingend vor, bietet den fÃ¼r die Honorarabrechnungen zustÃ¤ndigen regionalen KÃVen aber die Option fÃ¼r die Schaffung angemessenerer bereichsspezifischer Regelungen. Der EBM-Ã ermÃ¶glicht es den KÃVen nÃ¤mlich mit Anlage 4 Abs 3 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B im Interesse einer grÃ¶Ãeren Verteilungsgerechtigkeit, statt einer fÃ¼r alle berechtigten Ãrzte einer Arztgruppe einheitlich geltenden durchschnittlichen Fallpunktzahl eine Differenzierung und Verfeinerung in zwei Fallpunktzahlen mit Ã¼berdurchschnittlichen und unterdurchschnittlichen Abrechnern vorzunehmen und so die Anzahl der maximal abrechnungsfÃ¤higen Punkte in einer genauer austarierten Weise zu regeln. Dieses ist deshalb unbedenklich, weil sowohl die generelle MÃ¶glichkeit der Differenzierung im EBM-Ã selbst vorgesehen ist als auch anschlieÃend konkrete Vorgaben fÃ¼r die dann anzuwendende Vorgehensweise gemacht werden; der einzelnen KÃV verbleibt letztlich nur noch die Entscheidung darÃ¼ber, ob von der verfeinerten Gruppenbildung nach dem dafÃ¼r vorgeschriebenen Verfahren Gebrauch gemacht werden soll oder nicht; grÃ¶Ãere eigene

GestaltungsspielrÃ¤ume sind damit nicht verbunden. Angesichts des Umstandes, daÃ das Verteilungsvolumen innerhalb aller Zusatzbudgets â wie beschrieben â sowieso nur ca 10 % des gesamten Leistungsrahmens eines Arztes ausmacht (gegenÃ¼ber 70 % der durch das Praxisbudget erfaÃten Leistungen und 20 % unbudgetierten Leistungen), und daÃ es bei den durch Anlage 4 aaO erÃ¶ffneten MÃ¶glichkeiten lediglich um moderate Leistungsverschiebungen innerhalb einzelner Zusatzbudgets dieses 10 %-Bereichs geht, kann die streitige Regelungsmaterie nicht als derart wesentlich angesehen werden, daÃ sie dem EBM-Ã oder der Regelung in einem HVM vorbehalten werden mÃ¼Ãte (zur Unbedenklichkeit von Regelungen des Vorstandes einer KÃV, die im Rahmen der Honorarverteilung zu HonorarabzÃ¼gen in HÃ¶he von 8 % der VollvergÃ¼tung fÃ¼hren vgl bereits BSGE 83, 52, 54 ff = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28 S 202 ff; BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 31 S 240). Die Frage, ob zB einem Allgemeinarzt im Bereich der Beklagten, der in den Quartalen I und II/1996 Sonographien abgerechnet hat, der arithmetische Mittelwert von 33,5 Punkten zuzubilligen ist (= Fallpunktzahlmittelwert) oder ob fÃ¼r ihn â orientiert an seinem frÃ¼heren Abrechnungsverhalten â an dessen Stelle der Mittelwert der Untergruppe U von 18,2 Punkten bzw derjenige der Untergruppe O von 54,5 Punkten maÃgeblich ist, hat fÃ¼r den einzelnen Arzt (unabhÃ¤ngig davon, daÃ â wie hier â mehrere verschiedene Budgets zugleich zuerkannt worden sein kÃ¶nnen) relativ geringe rechnerische Auswirkungen auf sein Gesamthonorar. Dies belegt auch ein Vergleich der auf alle Zusatzbudgets entfallenden PunktekÃ¼rzungen bei den KlÃ¤gern mit der von ihnen abgerechneten Gesamtpunktmenge; dieser Anteil der KÃ¼rzungen macht stets weniger als 7 % aus, im Quartal II/1998 nur ca 2 %. Diese Auswirkungen sind vor dem Hintergrund des beschriebenen Gesamtziels der zum 1. Juli 1997 eingefÃ¼hrten Neuregelungen wegen der hier sowieso nur betroffenen sekundÃ¤ren Ebene der Korrektur bzw ErgÃ¤nzung der grobmaschiger ausgestalteten Praxisbudgets nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Trotz der Gesichtspunkte, die allgemein fÃ¼r eine satzungsmÃ¤Ãige Regelung durch die Vertreterversammlung sprechen mÃ¶gen (zB Benehmensherstellung mit den Krankenkassen gemÃ¤Ã Â§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V, VerÃ¶ffentlichungszwang, Rechtssicherheit), ist auch zu berÃ¼cksichtigen, daÃ dabei letztlich nicht die Art und Weise der Honorarverteilung selbst betroffen ist, sondern nur die mÃ¶gliche Modifizierung einzelner vom EBM-Ã vorgegebener, der HVM-Ebene vorgelagerter Berechnungselemente. Unbeschadet dessen greifen Bedenken gegen die RechtmÃ¤Ãigkeit der Regelungen im vorliegenden Fall nicht; denn das Verfahren ist den betroffenen Ãrzten rechtzeitig bekannt gegeben worden und die Vertreterversammlung der Beklagten hat mit Beschluss vom 12. Juli 2000 noch wÃ¤hrend des laufenden Rechtsstreits das durch Beschluss ihres Vorstandes vom 9. April 1997 eingeleitete Vorgehen ausdrÃ¼cklich gebilligt und damit in ihren Regelungswillen mit aufgenommen.

Die RÃ¼ge der KlÃ¤ger, die Beklagte habe unter BegÃ¼nstigung derjenigen Ãrzte, die in den Quartalen I und II/1996 Leistungen in erhÃ¶htem Umfang abgerechnet hÃ¤tten, bei der Berechnung der Fallpunktzahlen fÃ¼r die Zusatzbudgets eine unverÃ¤nderliche Festschreibung der seinerzeitigen VerhÃ¤ltnisse als Berechnungsgrundlage vorgenommen, erweist sich im Ergebnis als unbegrÃ¼ndet.

DaÃ die Beklagte die Punktzahlen fÃ¼r die Zusatzbudgets unter Heranziehung des

Abrechnungsverhaltens der VertragsÃ¤rzte in den Quartalen I und II/1996 ermittelt hat, entstammt â wie dargelegt â nicht ihrem eigenen Regelungsermessen, sondern ist auf die entsprechenden Vorgaben fÃ¼r die Bildung von Punktzahluntergruppen in Anlage 4 Abs 3 iVm Abs 1 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ã zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Von daher hatte die Beklagte selbst gar keine Dispositionsbefugnis darÃ¼ber, auf ein anderes Quartal zurÃ¼ckzugreifen, sondern sie muÃte sich an die Vorgaben des sie bindenden EBM-Ã halten. Die KlÃ¤ger kÃ¶nnten mit ihren grundsÃ¤tzlichen EinwÃ¤nden gegen die Regelungsstruktur daher nur Erfolg haben, wenn die Regelungen des EBM-Ã selbst als rechtswidrig angesehen werden mÃ¼Ãten. Das ist nicht der Fall. Der Senat hat wiederholt entschieden, daÃ das vom BewertungsausschuÃ erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung seinen Zweck nur erfÃ¼llen kann, wenn Eingriffe von auÃen grundsÃ¤tzlich unterbleiben. Die gerichtliche ÃberprÃ¼fung ist daher im wesentlichen auf die PrÃ¼fung beschrÃ¤nkt, ob der AusschuÃ den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum Ã¼berschritten hat. Dies ist nur dann der Fall, wenn der AusschuÃ seine Bewertungskompetenz "miÃbrÃ¤uchlich", dh nicht durch sachgerechte ErwÃ¤gungen gedeckt, sondern von sachfremden ErwÃ¤gungen getragen, ausgeÃ¼bt hat (vgl zB BSGE 83, 205, 208 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29 S 215; BSGE 84, 235, 237 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 33 S 252; BSGE 79, 239, 245 f = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 14 S 53) bzw in der Weise gleichheitswidrig genutzt hat, daÃ eine Regelung nur einer Arztgruppe VergÃ¼tungsansprÃ¼che gewÃ¤hrt, obgleich die Leistung auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw erbracht werden kann (so besonders BSGE 83, 218 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21; vgl auch BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 5 S 23 f). An einer solchen Konstellation fehlt es hier, da es anzuerkennende sachliche Gesichtspunkte fÃ¼r die vorgenommene Ausgestaltung gibt.

Die pauschale AnknÃ¼pfung fÃ¼r die Bemessung der Zusatzbudgets â die der BewertungsausschuÃ im Ã¼brigen nicht nur bei der Bildung von Punktzahluntergruppen nach Abs 3 der Anlage 4 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ã, sondern bei der Festlegung der Fallpunktzahlwerte in Abs 1 aaO ganz allgemein angeordnet hat â allein an die Quartale I und II/1996 kÃ¶nnte sich deshalb als nicht sachgerecht erweisen, weil insbesondere fÃ¼r das Quartal I/1996 eine enorme Ausweitung des abgerechneten Leistungsbedarfs um ca 30 bis 40 % festzustellen war (vgl BSGE 86, 30, 43 = SozR 3-2500 Â§ 83 Nr 1 S 16 mwN), die spÃ¤ter zu schnell greifenden NotmaÃnahmen fÃ¼hrte; auch ist bei den Zusatzbudgets â anders als bei den Praxisbudgets nach Nr 2 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B â kein Ausgleichsmechanismus bei der Berechnung der Fallpunktzahl vorgesehen. Die aufgezeigten Bedenken greifen jedoch nicht durch; ein ZurÃ¼ckgehen auf die Abrechnungswerte frÃ¼herer Quartale schied nÃ¤mlich ebenso aus wie ein Abstellen auf die Werte spÃ¤terer Quartale. Denn durch die zum 1. Januar 1996 erfolgte grundlegende Umgestaltung des EBM-Ã und der damit verbundenen EinfÃ¼hrung neuer Leistungen bzw der Neubewertung und Neudefinition weiterer Leistungen war eine Vergleichbarkeit des neuen EBM-Ã und damit auch der auf ihm basierenden Abrechnungswerte mit dem bis Ende 1995 geltenden EBM-Ã weitgehend nicht gegeben (vgl dazu Urteil des Senats vom 8. MÃ¤rz 2000 â B 6 KA 8/99 R -, in dem die KlÃ¤gerseite auf diesen Gesichtspunkt abgestellt hatte). Zum 1. Juli 1996 wurde mit der Normierung von Teilbudgets

ebenfalls erheblich in die Bewertungsstruktur des EBM-Ã eingegriffen mit der Folge, daÃ die Quartale ab III/1996 damit gleichzeitig als brauchbare Vergleichsgrundlage nicht in Betracht kamen. Weiter ist bei der PrÃ¼fung, ob das Abstellen auf die Abrechnungsergebnisse der Quartale I und II/1996 bei der EinfÃ¼hrung der Praxis- und Zusatzbudgets zum 1. Juli 1997 zu rechtswidrigen Ergebnissen gefÃ¼hrt hat, zu beachten, daÃ, wie gerichtsbekannt ist, implausible Leistungsausweitungen in den Quartalen I und II/1996 in zahlreichen FÃ¤llen zu Verfahren der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung oder zu sachlich-rechnerischen Richtigstellungen mit HonorarrÃ¼ckforderungen und selbst zu Disziplinarverfahren mit der Folge des Ruhens von Zulassungen gefÃ¼hrt haben (vgl zB den Rechtsstreit BSGE 86, 30 ff = SozR 3-2500 Â§ 83 Nr 1), so daÃ den zustÃ¤ndigen Institutionen insoweit ein systematisches untÃ¤tiges Hinnehmen der in den Bezugsquartalen aufgetretenen Unstimmigkeiten bei Honorarabrechnungen nicht angelastet werden kann. Abgesehen davon, daÃ auch fÃ¼r die Zukunft derartige ÃberprÃ¼fungen vorzunehmen sein werden â wie die Partner der BundesmantelvertrÃ¤ge selbst gezielt unter Nr 5. ihrer Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (DÃ 1997, A-403) vereinbart haben -, sind einer mÃ¶glichen BegÃ¼nstigung von Vielabrechnern in den Quartalen I und II/1996 dadurch Grenzen gesetzt, daÃ MaÃstab der fÃ¼r diese geltenden Zusatzbudgets nicht die tatsÃ¤chlichen individuellen Abrechnungswerte solcher Ãrzte sind, sondern daÃ auch diese hinsichtlich ihrer Fallpunktzahl auf den Durchschnittswert ihrer Untergruppe zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden; darÃ¼ber hinaus steht die Zuerkennung von Zusatzbudgets in der Untergruppe O in der Zukunft nicht schon einer Einleitung von Verfahren der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung entgegen. Vor diesem Hintergrund erweist es sich als sachlich vertretbar, daÃ der BewertungsausschuÃ fÃ¼r die zum 1. Juli 1997 getroffenen Ãnderungen des EBM-Ã an die Abrechnungsergebnisse der Quartale I und II/1996 angeknÃ¼pft hat. Im Ã¼brigen hat â wie bereits das SG und das LSG zu Recht ausgefÃ¼hrt haben â die Beklagte bei der weiteren Umsetzung der Regelungen des EBM-Ã Vorsorge dagegen zu treffen, daÃ â anders als bislang praktiziert und von ihr nunmehr im Revisionsverfahren akzeptiert â fÃ¼r einen Wechsel von VertragsÃ¤rzten aus der Untergruppe U in die Untergruppe O keine unÃ¼berwindlichen Schranken aufgestellt werden.

Hinsichtlich der im Revisionsverfahren aufrecht erhaltenen RÃ¼ge der KlÃ¤ger, fÃ¼r sie sei kein Wechsel von der Untergruppe U in die Untergruppe O mÃ¶glich und die Beklagte wende unterschiedliche MaÃstÃ¤be fÃ¼r die Ersteinstufung nach Nr 4.2 und fÃ¼r die Erweiterung nach 4.3 aaO an, fehlt es nach den vorstehenden AusfÃ¼hrungen an einer im Revisionsverfahren fortdauernden Rechtsverletzung. Denn insoweit haben die Vorinstanzen ihren Einwendungen, denen die Beklagte im Revisionsverfahren nicht mehr entgegentritt, durch Verpflichtung der Beklagten zur Neubescheidung Rechnung getragen. Die KlÃ¤ger sind hinsichtlich der allein streitigen Honorarabrechnungen fÃ¼r die Quartale III/1997 bis II/1998 darÃ¼ber hinaus nicht in ihren Rechten verletzt. Die ErwÃ¤gungen des LSG erweisen sich als zutreffend.

Wie ausgefÃ¼hrt, bestehen bei den Zusatzbudgets gegen die grundsÃ¤tzliche Bildung von Fallpunktzahluntergruppen keine Bedenken. Die KlÃ¤ger weisen in

diesen Quartalen hinsichtlich der Zusatzbudgets fÃ¼r die Bereiche "Sonographie" und "Kardiologie" Punktzahlanforderungen auf, die im HÃ¶chstfall Ã¼ber der Fallpunktzahl der Untergruppe U, aber unterhalb des einheitlich gebildeten arithmetischen Durchschnittswertes liegen, ohne die Fallpunktzahlen der Untergruppe O zu erreichen; im Quartal II/1998 haben die KlÃ¤ger im Bereich "Kardiologie" sogar nicht einmal die Fallpunktzahl der Untergruppe U erreicht, so daÃ insoweit eine Zusatzbudget-KÃ¼rzung unterblieben ist. Damit stellt sich fÃ¼r die streitigen Quartale die an das unterdurchschnittliche Abrechnungsverhalten 1996 anschlieÃende Einstufung in die Untergruppe U weiterhin als zutreffend dar. Der Senat hat darÃ¼ber hinaus aufgrund der bindenden Feststellungen des LSG (vgl Â§ 163 SGG) davon auszugehen, daÃ es in den streitigen Quartalen keine tatsÃ¤chlichen UmstÃ¤nde gegeben hat, die nachtrÃ¤glich eingetretene ErhÃ¶hungen des Punktzahlvolumens erklÃ¤ren und notwendig machen kÃ¶nnten.

Hinsichtlich der von den KlÃ¤gern wiederholten grundsÃ¤tzlichen Argumente gegen die faktische Festschreibung der Untergruppen-Einstufung auf der Basis der Abrechnungswerte fÃ¼r die Quartale I und II/1996 hat das LSG allgemein und speziell zu den Teilbudgets "Betreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen", "Psychosomatik. Ãbende Verfahren" zutreffende AusfÃ¼hrungen gemacht und die sich daraus fÃ¼r die Beklagte ergebenden Konsequenzen aufgezeigt. Zu Recht hat es der Beklagten (und nicht dem BewertungsausschuÃ) eine Korrektur aufgegeben, da die Rechtswidrigkeit insoweit nicht in den Regelungen des EBM-Ã â insbesondere Anlage 4 Abs 3 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B â angelegt ist, sondern in deren Umsetzung durch den VorstandsbeschluÃ der Beklagten vom 9. April 1997; denn der EBM-Ã trifft nur Regelungen Ã¼ber die EinfÃ¼hrung der Praxis- und Zusatzbudgets, wÃ¤hrend es hier um das Verfahren bei Eintreten von Ãnderungen in den tatsÃ¤chlichen VerhÃ¤ltnissen fÃ¼r die konkret zuerkannten Zusatzbudgets geht.

Bei dem Vorgehen der Beklagten ist im AnschluÃ an die AusfÃ¼hrungen des LSG zu beanstanden, daÃ sie den tatsÃ¤chlichen UmstÃ¤nden, die zu einem Anstieg der abgerechneten Fallpunktzahlen der KlÃ¤ger im Vergleich zu den Vergleichsquartalen des 1. Halbjahres 1996 gefÃ¼hrt und die zunÃ¤chst zutreffend vorgenommene Einstufung in die Untergruppe U fehlerhaft gemacht haben (Erwerb der Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen durch die KlÃ¤gerin zu 2. zum Quartal III/1997; Betreuung zusÃ¤tzlicher beschÃ¼tzender Einrichtungen in der Folgezeit), keine Beachtung geschenkt und auf die ihr bekannt gewordenen geÃ¤nderten VerhÃ¤ltnisse nicht mit einer geÃ¤nderten Einstufung der KlÃ¤ger in die Fallpunktzahluntergruppen reagiert hat. Der Senat hat schon in anderem Zusammenhang entschieden, daÃ insbesondere PraxisanfÃ¤nger und kleine Praxen durch Regelungen der Honorarverteilung nicht ungerechtfertigt benachteiligt werden dÃ¼rfen; ihnen muÃ trotz der grundsÃ¤tzlichen Unbedenklichkeit, fÃ¼r Honorarbegrenzungen an frÃ¼heres Abrechnungsverhalten anzuknÃ¼pfen, stets die Chance belassen werden, zumindest das durchschnittliche Umsatzniveau einer Arztgruppe zu erreichen (BSGE 83, 52, 57 ff = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28 S 206 ff (fÃ¼r den Vertragszahnarztbereich)). Da die Beklagte fÃ¼r die Festlegung des Zusatzbudgets der KlÃ¤ger zustÃ¤ndig und verantwortlich ist, muÃte sie diesen Gesichtspunkt auch im vorliegenden Regelungszusammenhang

beachten. Dem stand ihre Praxis entgegen, bei der Einstufung in die Untergruppen O oder U gemÃ¤Ã den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.2 iVm Anlage 4 Abs 3 EBM-Ã nach anderen MaÃstÃ¤ben zu verfahren â und nur an den tatsÃ¤chlichen Umfang der Leistungserbringung in den Bezugsquartalen anzuknÃ¼pfen, ohne zu prÃ¼fen, ob ein besonderer Versorgungsbedarf bestand â als bei der Erweiterung der Zusatzbudgets, fÃ¼r die sie sich an den strengen Voraussetzungen der Nr 4.3 aaO orientiert hat. Zu Recht hat das LSG darauf hingewiesen, daÃ hierdurch VertragsÃ¤rzte, die von vornherein ohne PrÃ¼fung des Versorgungsbedarfes in die Untergruppe O eingestuft worden sind, in erheblichem AusmaÃ begÃ¼nstigt werden, weil sie in der Regel ein groÃes Zusatzbudget erhalten haben, wenn ihre Fallpunktzahlen in den Bezugsquartalen deutlich Ã¼ber den Mittelwerten gelegen haben; die in Untergruppe U eingestuften Ãrzte haben dagegen nach den praktizierten Regelungen nicht die MÃ¶glichkeit eines Wechsels in die Untergruppe O, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf spÃ¤ter zu verneinen ist. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gebietet insoweit eine Gleichbehandlung und verpflichtet die Beklagte zu prÃ¼fen, ob sich der Versorgungsbedarf im Zeitablauf in der Weise wesentlich geÃ¤ndert hat und ob nun eine Erweiterung der Zusatzbudgets (Nr 4.3 aaO) oder eine abweichende Untergruppeneinstufung nach Nr 4.2 iVm Anlage 4 aaO geboten ist. Zutreffend hat das LSG in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam gemacht, daÃ der EBM-Ã auch eine Erweiterung des Zusatzbudgets in dem Sinne zulÃ¤Ãt, daÃ eine hÃ¶here Fallpunktzahl als diejenige der Untergruppe U, aber eine geringere als die der Untergruppe O in Betracht kommen kann.

Auch die Revision der Beklagten erweist sich als unbegrÃ¼ndet. Das LSG hat mit zutreffenden ErwÃ¤gungen entschieden, daÃ die in ihrem HVM getroffenen Regelungen Ã¼ber die Festlegung der bedarfsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets in den Bereichen "Allergologie" und "Phlebologie" gegen hÃ¶herrangiges Recht, nÃ¤mlich gegen den EBM-Ã, verstoÃen und daher unwirksam sind.

Die Vertreterversammlung der Beklagten hat hinsichtlich dieser Zusatzbudgets in Anlage 1 ihres HVM unter 4.3.1 eine Regelung getroffen, die fÃ¼r die Berechnung der genannten Zusatzbudgets fÃ¼r Ãrzte ohne Zusatzbezeichnungen im Grundsatz auf die von jedem einzelnen Arzt jeweils in den Quartalen I und II/1996 tatsÃ¤chlich erbrachten Leistungen abstellt und davon einen 20 %igen Abschlag vornimmt. Anderes ist hingegen im EBM-Ã fÃ¼r diese Arztgruppen bestimmt. Nach Nr 4.2 Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ã werden neben den in Nr 4.1 fÃ¼r Ãrzte fÃ¼r Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung vorgesehenen Zusatzbudgets auch bedarfsabhÃ¤ngige Zusatzbudgets fÃ¼r Ãrzte ohne Zusatzbezeichnung genannt und zwar fÃ¼r dieselben Leistungspositionen des EBM-Ã. Dementsprechend finden fÃ¼r beide Bereiche die weiteren Vorschriften Ã¼ber die Berechnung der Zusatzbudgets Anwendung, die in Anlage 4 aaO enthalten sind; dort ist eine Ausnahme von den oben schon dargestellten Berechnungsvorschriften nur fÃ¼r das Zusatzbudget "Allergologie" fÃ¼r HautÃ¤rzte vorgesehen, nicht aber fÃ¼r andere Arztgruppen. Dementsprechend wÃ¤re von der Beklagten entweder nach Anlage 4 Abs 1 oder Abs 3 zu verfahren gewesen. In der dort genannten Formel ist allerdings jeweils vorgeschrieben, daÃ Berechnungselement hinsichtlich der Punktzahlanforderung "der fÃ¼r ein Zusatzbudget berechtigten Ãrzte einer

Arztgruppe aus den Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets der ersten beiden Quartale des Jahres 1996" ist. DafÃ¼r, daÃ die KÃVen hilfsweise vor den tatsÃ¤chlichen Abrechungswerten jedes einzelnen betroffenen Arztes selbst ausgehen dÃ¼rfen und dann davon ein 20 %iger Abschlag vornehmen kÃ¶nnen, bieten die Allgemeinen Bestimmungen weder in Teil B noch in Anlage 4 eine ErmÃ¤chtigung oder sonstige Handhabe. Da die Beklagte an die Regelungen der BundesmantelvertrÃ¤ge einschlieÃlich des EBM-Ã gebunden ist (vgl Â§ 72 Abs 2, Â§ 81 Abs 3 Nr 1 SGB V), hat sie mit einer von den Vorgaben des EBM-Ã abweichenden HVM-Bestimmung Ã¼ber die genannten Zusatzbudgets ihre Regelungsbefugnisse Ã¼berschritten.

Dem kann die Beklagte nicht entgegenhalten, daÃ die Ermittlung der maÃgeblichen Fallpunktzahlen problematisch gewesen sei, weil ihr selbst statistisch verwertbare Erkenntnisse gefehlt und auch bundeseinheitliche Zahlen (vgl Abs 2 Anlage 4 aaO) dafÃ¼r nicht vorgelegen hÃ¤tten. Abgesehen davon, daÃ das LSG entsprechende Tatsachenfeststellungen nicht getroffen hat, ergibt sich aus dem Vortrag der Beklagten, daÃ anscheinend zumindest bei einzelnen KÃVen entsprechende Zahlen verfÃ¼gbar waren. Insoweit hÃ¤tte es sich angeboten, ggf Vergleichsberechnungen und SchÃ¤tzungen bezogen auf die regionalen VerhÃ¤ltnisse der Beklagten vorzunehmen oder Kriterien fÃ¼r typische AbrechnungsfÃ¤lle festzulegen. Wenn schlieÃlich brauchbare einschlÃ¤gige Zahlenwerte wirklich nicht ermittelt werden konnten, hÃ¤tte von einer entsprechenden Regelung insgesamt abgesehen werden mÃ¼ssen.

Im Unterschied zu den AusfÃ¼hrungen des LSG weist der Senat allerdings darauf hin, daÃ die Beklagte zur Korrektur ihrer rechtswidrigen Regelung nicht verpflichtet ist, fÃ¼r die bedarfsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" Fallzahluntergruppen zu bilden. Abs 3 der Anlage 4 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ã sieht nicht vor, daÃ fÃ¼r den Fall, daÃ fÃ¼r ein Zusatzbudget gespaltene Fallpunktzahlgruppen festgelegt worden sind, dieses auch fÃ¼r alle anderen Zusatzbudgets zu gelten hÃ¤tte. Die Beklagte ist vielmehr entsprechend den Vorgaben des EBM-Ã in Abs 1 und Abs 3 aaO frei darin, zu entscheiden, ob die Berechnung "fÃ¼r ein Zusatzbudget" ausgehend von einer einheitlichen Fallpunktzahl stattfinden soll (Abs 1) oder ob sie jeweils von der MÃ¶glichkeit des Abs 3 Gebrauch machen will.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024