
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

| | |
|--------------|------------|
| Aktenzeichen | - |
| Datum | 01.12.1999 |

2. Instanz

| | |
|--------------|---|
| Aktenzeichen | - |
| Datum | - |

3. Instanz

| | |
|-------|------------|
| Datum | 15.05.2002 |
|-------|------------|

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts M¹/₄nchen vom 1. Dezember 1999 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Der Kl¹/₄ger hat der Beklagten die au¹/₄ergerichtlichen Kosten f¹/₄r alle Rechtsz¹/₄ge zu erstatten. Im ¹/₄brigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gr¹/₄nde:

I

Die Beteiligten streiten im Rahmen der Klage auf ein h¹/₄heres Honorar f¹/₄r die Quartale I bis III/1998 um die Bemessung des Praxisbudgets f¹/₄r Haut¹/₄rzte.

Der Kl¹/₄ger ist als Hautarzt zur vertrags¹/₄rztlichen Versorgung zugelassen. Die beklagte Kassen¹/₄rztliche Vereinigung (K¹/₄V) setzte sein Honorar f¹/₄r die Quartale I bis III/1998 auf 61.973,58 DM, 54.116,18 DM und 54.558,91 DM fest. Sie verg¹/₄tete ihm von den insgesamt angeforderten 614.750, 578.870 und 562.450 Punkten jeweils lediglich 592.425,8, 557.993,3 und 550.959,0 Punkte. Diese Grenze ergebe sich aus seiner Fallzahl in Verbindung mit dem zum 1. Juli 1997 eingef¹/₄hrten Praxisbudget gem¹/₄ dem Einheitlichen Bewertungsma¹/₄stab

für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä), das arztgruppenbezogen festgelegt worden sei. Die so ermittelte praxisbezogene Fallpunktzahl habe bei ihm, ausgehend von 474 Punkten für die Versichertengruppe M-F und von 659 Punkten für die Versichertengruppe der Rentner, in Verbindung mit dem Anpassungsfaktor (1,0223, 1,0351 bzw 1,0358) bei 1.107, 1.023 und 1.007 budgetrelevanten Fällen ein Praxisbudget von 592.425,8, 557.993,3 und 550.959,0 Punkten ergeben, was Vergütungsquoten von 96,3686 %, 96,3935 % und 97,9570 % entspreche. Sein Widerspruch, mit dem er die Berücksichtigung einer höheren Quote seines Gesamtpunktzahlvolumens begehrte, weil der Festlegung des Praxisbudgets für die Hautärzte ein zu geringer Praxiskostensatz zu Grunde liege, wies die Beklagte zurück (Bescheide vom 21./22. Juli 1998, vom 27./29. Oktober 1998 und vom 27. Januar/2. Februar 1999; Widerspruchsbescheide vom 20. Mai 1999).

Das vom Kläger angerufene Sozialgericht (SG) hat die Beklagte verurteilt, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neue Entscheidungen zu treffen (Urteil vom 1. Dezember 1999, veröffentlicht in [MedR 2000, 442](#)). Der Bewertungsausschuss habe im EBM-Ä die Berechnungsformel für den Praxiskostensatz normativ festgelegt, den Kostensatz aber mit 54,1 % zu niedrig festgesetzt. Dies ergäben die vom Gericht ausgewerteten Gutachten, insbesondere die Kostenstrukturanalyse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) (Kostensatz 58,2 %), der auf das Jahr 1994 hochgerechnete Angaben des Statistischen Bundesamtes von 1991 zu Grunde liegen, das betriebswirtschaftliche Gutachten der KPMG Deutsche Treuhand-Gesellschaft (KPMG), das die KÄBV in Absprache mit dem Bewertungsausschuss in Auftrag gegeben habe (Kostensatz 59,4 %), sowie die Stellungnahme von Prof. Dr. Mannel (Kostensatz 62,1 %).

Mit der vom SG zugelassenen Sprungrevision rügt die Beklagte die Verletzung von Bundesrecht. Sie und ebenso die zu 1. beigelegene KÄBV sowie die zu 2., 4., 5., 6., 7. und 8. beigelegenen Krankenkassen(-Verbände) machen geltend, entgegen der Auffassung des SG seien die angefochtenen Honorarbescheide nicht zu beanstanden. Der Kostensatz von 54,1 % sei rechtmäßig. Er beruhe auf den Kostenstrukturanalysen der KÄBV und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) sowie Daten der DATEV und Erhebungen bei Kreditinstituten und sei im EBM-Ä festgelegt worden. Bei dessen Ausgestaltung einschließlich der Festlegung des Praxisbudgets und Kostensätze habe der Bewertungsausschuss einen Regelungsspielraum, den er nicht überschritten habe. Die späteren Berechnungen der KPMG und von Mannel hätten eine Korrektur nicht erfordert, schon deshalb nicht, weil die ihnen zu Grunde liegende Datenbasis zu klein und die erhobenen Daten teilweise von zweifelhaftem Wert nämlich das Ziel der Erhebung den befragten Ärzten bekannt gewesen seien. Jedenfalls aber sei die Festlegung auf 54,1 % für die streitgegenständlichen Quartale unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung hinzunehmen.

Die Beklagte sowie die Beigeladenen zu 1., 2., 5., 6. und 7. beantragen, das Urteil des Sozialgerichts München vom 1. Dezember 1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Der Kläger verteidigt das Urteil des SG. Der Kostensatz des Jahres 1994 mit 54,1 % für die Hautärzte sei falsch. Der Bewertungsausschuss hätte ihn auf Grund der Ergebnisse der Gutachten der KPMG und von Mannnel korrigieren müssen. Er habe bei dessen Ermittlung und Festsetzung keinen Wertungsspielraum, denn Fakten könnten nur richtig oder falsch sein, auch wenn ihre Feststellung schwierig sei. Nötigenfalls könnten und müssten Gutachten von Sachverständigen hinzugezogen werden. Nur für die aus den festgestellten Tatsachen zu ziehenden Folgerungen könne es einen Wertungs-, Regelungs- oder Prognosespielraum geben. Daraus, dass der Normsetzer den Kostensatz zu einem Bewertungsparameter im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung hätte machen können, lasse sich nichts ableiten. Denn der Normsetzer sei so nicht verfahren. Der Zuordnung zur Tatsachenfeststellung stehe nicht entgegen, dass der Kostensatz in Form einer Rechtsnorm festgesetzt werde. Die KÄBV sei sich ihrer Pflicht zu laufender Nachbesserung bewusst gewesen, wie ihre Vergabe des Gutachtauftrags an die KPMG belege. Das Festhalten an dem Kostensatz von 54,1 % könne auch nicht mit der Rechtsfigur der Anfangs- und Erprobungsregelung gerechtfertigt werden, denn diese habe nur bis zum Vorliegen der Gutachten der KPMG und von Mannnel gelten können.

Die zu 4. und 8. beigeladenen Krankenkassen(-Verbände) haben keine Anträge gestellt. Die zu 3. und 9. beigeladenen Krankenkassen(-Verbände) haben sich nicht geauert.

II

Die Revision der Beklagten hat Erfolg. Das Urteil des SG ist aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf höheres Honorar für die Quartale I bis III/1998. Die Bemessung des Praxisbudgets einschließlich der Festlegung des Kostensatzes für die Hautärzte auf 54,1 % ist nicht zu beanstanden. Allerdings wird der Bewertungsausschuss im Hinblick auf die seit der Festsetzung eingetretenen Veränderungen den Kostensatz bis zum 1. Januar 2003 zu überprüfen und ihn ggf neu festzusetzen haben.

Rechtsgrundlage für die Einführung von Praxisbudgets ist [ 87 Abs 2 Satz 1 iVm Abs 2a Satz 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes \(GSG\) vom 21. Dezember 1992 \(BGBl I 2266\)](#). Danach bestimmt der EBM- den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmiges, in Punkten ausgedrcktes Verhältnis zueinander (Abs 2 Satz 1 aaO). Die im EBM- aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen (Abs 2a Satz 1 aaO). Nach Abs 2a Satz 2 aaO können, soweit dies medizinisch erforderlich ist, Einzelleistungen vorgesehen werden. Diese Regelungen lassen die Steuerung des ärztlichen Leistungsverhaltens durch die Begrenzung der dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Honorierung zu (vgl dazu im Einzelnen [BSGE 86, 30, 40 ff = SozR 3-2500  83 Nr 1 S 13 f](#)). Mit Wirkung zum 1. Juli 1997 ist [ 87 Abs 2a SGB V](#) durch das 2. Gesetz zur Neuordnung von

Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#)) zudem um Satz 8 ergänzt worden, wonach Obergrenzen für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, vorgesehen werden können; die Obergrenzen für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden.

In Wahrnehmung dieser Kompetenz hat der Bewertungsausschuss mit Beschlüssen vom 19. November 1996 und 11. März 1997 den EBM-Ä, Allgemeine Bestimmungen A I., Teil B, neu gefasst (Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 1996, A-3364 ff; 1997, A-864 ff; s auch DÄ 1997, A-867 ff). Die im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen unterliegen danach nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal für die nach Nr 1.5 aaO aufgeführten Arztgruppen einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechenbar. Die diese Grenze überschreitenden Punktzahlanforderungen werden nicht gesondert vergütet. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle gemäß Nr 1.4 aaO (vgl zum Ganzen bereits: [BSGE 86, 16](#), 18 ff = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 117 ff; s ferner: Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 â Grände und Inhalte -, DÄ 1997, A-860 ff; Ballast, ErsK 1996, 440 ff; Schauenburg, BKK 1997, 193 ff; Metzinger/Woggon, KrV 1997, 12 ff; Wezel/Liebold, Handkomm BMÄ, E-GO und GOÄ, 6. Aufl, Stand April 2002, Bd 1, S 8-38/1 ff).

Im Einzelnen ist die Regelung im EBM-Ä folgendermaßen ausgestaltet: Für die Arztgruppen, die in die Budgetierung einbezogen werden, ist zwischen drei Leistungsbereichen zu unterscheiden. Dem Praxisbudget (größerer Bereich) ist von Arztgruppe zu Arztgruppe variierend die Mehrzahl der ärztlichen Leistungen zugeordnet, die das Behandlungsspektrum in der einzelnen Arztgruppe typischerweise abdecken. Der Anteil der Leistungen, die in das Praxisbudget fallen, reicht von 45 % bei den Anästhesisten bis zu 88 % bei den Augenärzten (Ballast, aaO, 443). Das Praxisbudget wird durch Multiplikation der arztgruppenspezifischen und nach Versichertenstatus variierenden Fallpunktzahl mit der Zahl der in der Praxis behandelten budgetrelevanten Fälle ermittelt. Diese Multiplikation ergibt ein individuelles, auf die einzelne Praxis bezogenes Budget als Obergrenze von Punktzahlanforderungen für den budgetierten Leistungsbereich. Die für die einzelne Arztgruppe maßgebliche Fallpunktzahl ist so festgesetzt worden, dass zunächst auf der Basis aller verfügbaren Daten ein durchschnittlicher Kostenanteil je Arztgruppe festgelegt worden ist. Durch Addierung der Kostenanteile aller in die Budgets einbezogenen Arztgruppen wird ein Kostenbetrag in DM ermittelt und von der auf diese Arztgruppe entfallenden Gesamtvergütung nach Vorwegabzug belegärztlicher Vergütungen abgezogen. Der verbleibende Betrag der Gesamtvergütung wird als Einkommensanteil gleichmäßig auf alle in die Budgetierung einbezogenen Vertragsärzte aufgeteilt. Bei bundesweiter Betrachtung erreichte diese fiktive Einkommensgröße zuletzt 138.000,00 DM, wobei dieser Wert ohne die Einbeziehung der neuen Bundesländer 145.000,00 DM betragen hätte (Ballast, aaO). Die Addition der fiktiven Einkommensgröße und der nach Arztgruppen schwankenden Durchschnittskosten ergeben einen

Normumsatz. Wird dieser durch die abgerechneten Fälle eines Bezugszeitraums dividiert, ergibt sich ein durchschnittlicher Fallwert in DM, der wiederum in Punkte umgerechnet das Praxisbudget den budgetierten Leistungsbereich ausmacht.

Bestimmte Leistungspositionen sind nicht Bestandteil des Praxisbudgets, sondern einzelnen Zusatzbudgets (gelber Bereich) zugewiesen, wenn sie eine zusätzliche Qualifikation erfordern, nur von wenigen Ärzten einer Arztgruppe schwerpunktmäßig erbracht werden oder auf Grund eines besonderen Versorgungsbedarfs gesondert zu berücksichtigen sind (Allgemeine Bestimmungen A I., Teil B Nr 4 EBM). Der danach noch verbleibende, etwa 20 % ausmachende Leistungsbereich bleibt unbudgetiert (roter Bereich). Keine Praxisbudgets gelten für Arztgruppen, die nur auf Anweisung von Vertragsärzten in Anspruch genommen werden können, zB Radiologen, oder für die wegen des hohen Grades an Spezialisierung kein ausreichendes statistisches Material zur Ermittlung der Praxiskosten zur Verfügung stand.

Unterschiede in der Versorgungsstruktur im Bereich der einzelnen Käven werden dadurch berücksichtigt, dass die Berechnungsformel für die Bildung von Praxisbudgets bei signifikanter Abweichung von den im EBM zu Grunde gelegten Daten regionalisiert ist und nach den entsprechenden Daten der jeweiligen Kav schwankt. Lediglich der auf Bundesebene festgelegte durchschnittliche arztgruppenspezifische Praxiskostenanteil bleibt in der Berechnungsformel unverändert (Allgemeine Bestimmungen A I., Teil B Nr 3 iVm Anlage 3 EBM).

Diese Regelungen des EBM haben zum Ziel, die Auswirkungen des seit Jahren zu beobachtenden Punktwertverfalls zu begrenzen und den Vertragsärzten mehr Sicherheit bei der Kalkulation ihrer Praxiseinnahmen zu geben. Der einzelne Arzt soll wissen können, welches Punktzahlvolumen ihm für die fachgruppentypischen Leistungen je Behandlungsfall zur Verfügung steht. Da eine vermehrte Erbringung der vom Praxisbudget erfassten Leistungen über die praxisindividuelle Grenze hinaus keine Erhöhung des Honorars zur Folge hat, wird der Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge begrenzt. Da wiederum der Punktwert für die ärztlichen Leistungen (auch) von der zu vergleichenden Gesamtpunktmenge abhängt, bewirkt eine Begrenzung dieser Punktmenge eine Stabilisierung des Punktwertes (vgl [BSGE 86, 16](#), 21 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 120 f).

Die Regelungen über die Praxis- und die Zusatzbudgets waren bereits mehrfach Gegenstand von Entscheidungen des Senats, der sie nicht nur von der Rechtsgrundlage her ([Â§ 87 Abs 2 Satz 1](#) iVm Abs 2a Satz 1, 2 und 8 SGB V), sondern auch soweit er sich damit befasst hat auch der Höhe nach als rechtmäßig beurteilt hat (Urteile vom 8. März 2000, [BSGE 86, 16](#), 19 ff = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 118 ff, und vom 16. Mai 2001, BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30](#) S 160 ff; [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#) S 174 ff; wegen der Bemessung von Praxisbudgets vgl etwa Senatsurteil vom 8. März 2000 [B 6 KA 8/99 R](#) S 17, unveröffentlicht, mit Bezugnahme auf BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 16](#) S 66 ff; s ferner BSG [SozR aaO Nr 15](#) S 61; betr Zusatzbudgets vgl BSG [SozR aaO Nr 30](#) S 167

f). Die grundsätzliche Festlegung von Budgets und die Art ihrer Bemessung bedarf im vorliegenden Fall keiner erneuten umfassenden Erörterung, weil insoweit von den Prozessbeteiligten keine Einwände erhoben worden sind. Auch zur Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen, bei Unterschieden in der Versorgungsstruktur in einzelnen KVV-Bereichen, differenzierte Berechnungen vorzunehmen (so genannte regionalisierte Berechnungen) – wie sie ua im Bereich der vorliegend betroffenen KVV Bayerns durchgeführt wurde -, sind weitergehende Ausführungen nicht veranlasst.

Für das hier umstrittene Praxisbudget der Hautärzte beträgt die Fallpunktzahl für alle Versicherten 430 Punkte, diejenige für Mitglieder und Familienangehörige 415 Punkte sowie diejenige für Rentner 480 Punkte (DÄ 1997, A-864; s auch A-867, 871). In diese Festsetzungen ist als ein Bemessungsfaktor der Praxiskostensatz eingeflossen. Gemäß den mathematischen Formeln in den Anlagen 2 und 3 des Abschnitts A I., Teil B EBM – führt ein höherer Praxiskostensatz zu einer höheren Fallpunktzahl im Praxisbudget. Der Praxiskostensatz ist für die Hautärzte auf 54,1 % festgelegt worden (s die Tabelle in DÄ 1996, A-3364, 3370; s auch DÄ 1997, A-867, 871).

Die vom Kläger gegen die Festsetzung des Kostensatzes erhobenen Einwendungen greifen für die streitgegenständlichen Quartale I bis III/1998 nicht durch.

Bei den Bestimmungen des EBM – handelt es sich um – den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung zuzurechnende – Normsetzung durch Vertrag (s zur Normqualität des EBM – [BSGE 81, 86, 89 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 18 S 84; BSGE 83, 218, 219 f = SozR aaO Nr 21 S 108 f; BSGE 88, 126, 133 = SozR aaO Nr 29 S 152 f; Engelmann, NZS 2000, 1, 7, mwN](#)). Das gilt auch für die Festsetzung der bundesdurchschnittlichen Kostensätze 1994 für die jeweiligen Arztgruppen, wie sie in der Tabelle in den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B EBM – vorgenommen worden ist. Der gegenteiligen Ansicht des Klägers, es liege insoweit die Feststellung von Tatsachen – wenn auch in normativer Gestalt – durch den Bewertungsausschuss vor, sodass kein Normsetzungs- bzw Gestaltungsspielraum bestehe und die Richtigkeit der Kostenfeststellung gerichtlich voll zu überprüfbar sei – nötigenfalls mit Hilfe von Sachverständigengutachten -, ist nicht zu folgen. Der Annahme einer Tatsachenfeststellung steht bereits entgegen, dass die exakte Ermittlung der Kosten bei den verschiedenen Arztgruppen faktisch nicht möglich ist. Bei den Kostensätzen handelt es sich um Näherungswerte, die auf Grund einer Bewertung der zur Verfügung stehenden, zum Teil erheblich voneinander abweichenden statistischen und betriebswirtschaftlichen Daten festgelegt worden sind. Nicht nur die Beurteilung der Validität der vorhandenen statistischen Unterlagen erfordert eine Bewertung. Die Entscheidung, was überhaupt den Praxiskosten zuzurechnen ist, erfolgt notwendigerweise ebenfalls im Wege einer Bewertung, so etwa bei der Frage, welche Kosten in welchem Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit oder der privatärztlichen Tätigkeit oder der privaten Lebensführung zuzuordnen sind (vgl dazu die unterschiedlichen Arten der Zuordnung zur vertragsärztlichen oder privatärztlichen Tätigkeit in den Kostenberechnungen der KVB, der KPMG und von Mäxner). Vor diesem

Hintergrund ist der Senat auch schon in anderem Zusammenhang, nämlich in seinen Urteilen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, von dem normativen Charakter der Kostensätze ausgegangen ([BSGE 83, 205](#), 215 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29](#) S 221 f; [BSGE 84, 235](#), 240 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 33](#) S 256; [BSGE 89, 1](#), 8 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 41](#) S 335).

Die Qualifizierung der Festlegung des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes als Normsetzung hat Auswirkungen auf die gerichtliche Kontrolltiefe. Wie jedem anderen Normsetzer steht auch dem Bewertungsausschuss bei der ihm überantworteten Rechtsetzung Gestaltungsfreiheit zu (vgl zB [BVerfGE 97, 271](#), 290 f; [90, 22](#), 26 mwN; [69, 150](#), 159 f mwN; s dazu bereits [BSGE 88, 126](#), 133 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 29](#) S 152 f), die grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren ist und von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden darf. Der Gestaltungsspielraum eines Normgebers ist umso mehr zu beachten, wenn es sei es auch nur mittelbar Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit sind (vgl zB [BVerfGE 81, 156](#), 205 f; [77, 84](#), 106 f mwN; [75, 108](#), 157 ff; [BSGE 62, 136](#), 140 mwN = [SozR 2200 Â§ 180 Nr 37](#)) oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte geht, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen sind (vgl [BVerfGE 33, 171](#), 189; [BSGE 73, 131](#), 139 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 4](#) S 27; BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 8](#) S 49, jeweils für die Regelung der Honorarverteilung). Dabei darf nicht übersehen werden, dass gerade im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und dem dort der Leistungserbringung dienenden Vertragsarztrecht die Verfolgung der Aufgabe, die finanzielle Stabilität und Funktionsfähigkeit dieses Sozialleistungssystems zu erhalten, ein sensibles, weil hochrangig einzustufendes Gemeinschaftsgut darstellt (vgl [BVerfGE 68, 193](#), 218; [70, 1](#), 29, 30; [82, 209](#), 230; [103, 172](#), 184; s auch zB BSG [SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 16](#) S 90 mwN).

Die Einordnung der Festlegung der Kostensätze als Normsetzung bedeutet indessen nicht, dass der Normgeber auf Grund des ihm zustehenden Gestaltungsspielraums völlig frei wäre. Eine Begrenzung des Gestaltungsspielraums ergibt sich im vorliegenden Fall daraus, dass der jeweilige Kostensatz bei den verschiedenen Arztgruppen nach dem Normprogramm des EBM-Ärztlichen bundesdurchschnittlichen Kostensatzes des Jahres 1994 abbilden soll (s [DÄ 1996, A-3364](#), 3369 f, und nochmals [DÄ 1997, A-867](#), 871, Anlagen 2 und 3, jeweils unter b). Damit wird durch das Normprogramm selbst auf tatsächliche Verhältnisse Bezug genommen. Das führt zu einer strengeren gerichtlichen Kontrolle. Diese erstreckt sich in verfahrensrechtlicher Hinsicht insbesondere darauf, ob der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Kostensätze für alle Arztgruppen nach demselben Maßstab verfahren ist, und inhaltlich darauf, ob seine Festsetzung frei von Willkür ist, dh ob er sich in sachgerechter Weise an Berechnungen des bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen Kostensatzes des Jahres 1994 orientiert hat, vor allem, ob sich seine Festsetzung innerhalb des Spektrums der verschiedenen Erhebungsergebnisse hält. Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums darf er auch weitere Gesichtspunkte wie zB die unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen berücksichtigen. Auf dieser Grundlage hat der Senat schon in seiner bisherigen Rechtsprechung das Vorliegen einer offensichtlichen Fehlbewertung in dem Fall verneint, dass neuere

statistische Erhebungen von dem normativ festgesetzten Kostensatz um 0,4 % bzw 3,2 % abwichen ([BSGE 89, 1](#), 8 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 41](#) S 335).

Die dargestellten Ã¼berprÃ¼fungsmÃÃe entsprechen denen des BVerfG und des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG), die im Falle "zahlenfÃ¼rmiger Normen" ebenfalls einen nicht unerheblichen Gestaltungsspielraum des Normsetzers annehmen, zugleich aber fordern, dass der festgesetzte Zahlenwert "den Bedingungen rationaler AbwÃ¼gung genÃ¼gen" muss (vgl [BVerfGE 85, 36](#), 57 zu KapazitÃtsberechnungen fÃ¼r Hochschulzulassung; [BVerwGE 106, 241](#), 247 zum Grenzwert fÃ¼r Schienenverkehrsleistung).

In Anwendung der aufgezeigten GrundsÃtze ist es nicht zu beanstanden, dass der Bewertungsausschuss den Kostensatz der HautÃrzte zunÃchst auf 54,1 % festsetzte; dies hielt sich im Rahmen des ihm zustehenden Normsetzungsspielraums auf Grund seiner Normsetzungskompetenz gemÃÃ [Â§ 87 Abs 2 Satz 1](#) iVm Abs 2a Satz 1, 2 und 8 SGB V und stellte somit eine rechtmÃÃige BerufsausÃ¼bungsregelung iS des [Art 12 Abs 1 Satz 2](#) Grundgesetz (GG) dar. Er durfte auch noch fÃ¼r die Zeit danach, Ã¼ber die hier streitgegenstÃndlichen Quartale I bis III/1998 hinaus, und noch bis in die Gegenwart, die Festlegung beibehalten, allerdings mit der EinschrÃnkung, dass er den Kostensatz nunmehr bis zum 1. Januar 2003 Ã¼berprÃ¼fen und ggf neu festsetzen muss.

Im Zeitpunkt der Schaffung der Regelung im November 1996 lagen dem Bewertungsausschuss vÃ¼llig unterschiedliche Berechnungen fÃ¼r den Kostensatz der HautÃrzte im Jahr 1994 vor. Die Kostenstrukturanalyse der KÃ¼BV, die sich auf Angaben des Statistischen Bundesamtes von 1991 und deren Hochrechnung auf das Jahr 1994 grÃ¼ndete, ermittelte eine Kostenquote von 58,2 % und diejenige des ZI lautete auf 56,6 %, wÃhrend die Daten der DATEV mit 49,5 % und Erhebungen bei Kreditinstituten mit 40,6 % niedrigere Kostenanteile ergaben. Hieraus errechnete sich ein Mittelwert von 51,225 %. Mit der Festsetzung des darÃ¼ber liegenden Wertes von 54,1 % (DÃ¼ 1996, A-3364, 3371; s auch DÃ¼ 1997, A-867, 871) hielt sich der Bewertungsausschuss noch innerhalb des Spektrums der unterschiedlichen Erhebungsergebnisse. Ohne Erfolg ist mithin der Einwand, er hÃtte sich nicht an den zur VerfÃ¼gung stehenden Berechnungen orientiert. Ebenso wenig gibt es Anhaltspunkte dafÃ¼r, der Bewertungsausschuss sei bei der Festlegung des Kostensatzes der HautÃrzte nach anderen MÃÃen als bei anderen Arztgruppen verfahren. Fehl geht auch der â insbesondere im Parallelverfahren [B 6 KA 33/01 R](#) vorgetragene â Vorhalt, der Bewertungsausschuss habe bei allen anderen Arztgruppen hÃ¶here Werte als den Durchschnitt der vorliegenden Erhebungsergebnisse, bei den HautÃrzten dagegen einen niedrigeren Wert festgesetzt. Die vom KlÃger dazu vorgelegte vergleichende Tabelle enthÃlt â wie in der mÃndlichen Verhandlung erÃrtert worden ist â einen rechnerischen Fehler; auch bei ihnen hat der Ausschuss eine WerterhÃ¶hung gegenÃ¼ber dem rechnerischen Durchschnitt vorgenommen. Die ErhÃ¶hung ist auch nicht etwa generell geringer als bei den anderen Arztgruppen ausgefallen. Sie liegt im Vergleich der angefÃ¼hrten 14 Gruppen zwar niedriger als bei acht, aber hÃ¶her als bei fÃ¼nf von ihnen. Dabei ist mit zu berÃ¼cksichtigen, dass die

Einkommensentwicklung bei den Hautärzten früher deutlich günstiger als bei anderen Arztgruppen verlaufen war, nämlich bis 1994/95 deutlich gestiegen und dann noch weitere Jahre auf annähernd gleichem Niveau geblieben war (s die mit Schriftsatz der KÄBV vom 8. Mai 2002 vorgelegten Unterlagen). Bei dieser Sachlage kann von einer Überschreitung des Normsetzungsspielraums keine Rede sein, insbesondere nicht davon, die Festsetzung sei nicht plausibel oder gar willkürlich. Auch der Kläger selbst hat konkrete Gründe dafür, dass die Erhöhung gegenüber dem Mittelwert bei den Hautärzten hätte größer ausfallen müssen, nicht vorgetragen.

Ein Fehler der Festsetzung kann auch nicht daraus hergeleitet werden, dass der Bewertungsausschuss die Festlegung auf 54,1 % nicht näher begründet hat. Eine generelle Pflicht, die ihn leitenden Erwägungen offen zu legen, besteht nicht. Akte der Rechtsetzung brauchen grundsätzlich nicht begründet zu werden (vgl [BSGE 88, 126](#), 136 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 29](#) S 156 mit Nachweisen aus der Rspr des BVerfG). Zur Rechtfertigung einer Rechtsnorm können die Gerichte auch Erwägungen heranziehen, die der Normsetzer nicht zu erkennen gegeben hat, und auch solche, die ihn möglicherweise nicht geleitet haben. Soweit solche Erwägungen noch nicht im Verwaltungsverfahren oder im SG-Verfahren in das Verfahren eingeführt wurden, sie aber entscheidungserheblich sind, hat der Senat sie noch eingeführt; dazu ist er als Revisionsinstanz wegen der bundesweiten Relevanz der Rechtmäßigkeit des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes befugt (vgl dazu [BSGE 84, 90](#), 94 f = [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4](#) S 16 f; s auch BSG [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 6](#) S 26 f). Zu einer Begründung ist spätestens im gerichtlichen Verfahren ist der Normsetzer nur ausnahmsweise verpflichtet, etwa dann, wenn Grundrechtsbeeinträchtigungen von großer Intensität zu besorgen sind oder wenn sachliche Gründe für eine Regelung nicht ohne weiteres erkennbar sind und diese daher als willkürlich erscheinen könnten ([BSGE 88, 126](#), 137 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 29](#) S 156 mit Hinweis auf zB [BVerfGE 85, 36](#), 57). Keiner dieser Fälle liegt vor. Es handelt sich bei der Festsetzung des Kostensatzes vielmehr um eine Regelung, die nicht die Berufswahl, sondern nur die Berufsausübung iS des [Art 12 Abs 1 GG](#) betrifft und keine berufswahlnahen Wirkungen hat. Dafür, dass die Festsetzung als willkürlich zu beurteilen sein könnte, besteht wie oben ausgeführt kein greifbarer Anhaltspunkt.

Auch in der Folgezeit war der Bewertungsausschuss nicht zur Erhöhung des Kostensatzes der Hautärzte verpflichtet. Als er im März 1997 die Kostensätze der Augen- und der HNO-Ärzte weil dort Berechnungsfehler festgestellt worden seien, wie in der mündlichen Verhandlung mitgeteilt worden ist anhub (s [DÄ 1997, A-864](#), 865, s auch [DÄ 1997, A-867](#), 871), lagen für die Hautärzte noch keine neuen Kostenberechnungen vor. Aber auch nach Eingang der gutachterlichen Stellungnahmen der KPMG und von Mäxnel im Juni und November 1997 ergab sich nicht sogleich eine Verpflichtung für den Bewertungsausschuss, den Kostensatz von 54,1 % zu überprüfen und ihn ggf neu festzusetzen. Diese errechneten zwar Kostensätze von 59,4 % (KPMG) und 62,1 % (Mäxnel). Die Validität und Repräsentativität der den Gutachten zu Grunde liegenden von der KPMG durchgeführten Erhebung konnten als gering bewertet werden. Einschlägige Angaben machten nur ca 4 % der Hautärzte (s S 3 des KPMG-

Gutachtens: Anzahl 113 von ca 2.700 Hautärzten in den alten Bundesländern), und diese kannten zudem den Zweck der Befragung. Weiterhin konnte berücksichtigt werden, dass die Praxisbudgets nach den Erhebungen über ihre Auswirkungen bei den Hautärzten zu geringeren Punktzahlkürzungen führten als bei dem Durchschnitt der Arztgruppen (s die mit Schriftsatz der KVB vom 8. Mai 2002 vorgelegten Unterlagen).

Eine Verpflichtung zur erneuten Überprüfung und ggf Korrektur ergab sich auch nicht aus der im Juni 1998 vom Statistischen Bundesamt vorgelegten Auswertung der Daten von 1995 ("Unternehmen und Arbeitsstätten", Fachserie 2, Reihe 1.6.1: Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen). Diese Berechnungen wiesen für alle Arztgruppen höhere Kosten als bis dahin zu Grunde gelegt aus (im Falle der Hautärzte in den alten Bundesländern je nach den Gesamteinnahmen Werte zwischen 58,9 und 73,6 %, s aaO S 34/35), hätten also, wenn überhaupt, eine Gesamtanhebung erforderlich gemacht. Dafür aber, dass sich aus diesen Daten eine Verpflichtung ableiten ließe, speziell bei den Hautärzten eine Anhebung vorzunehmen, sind Gesichtspunkte weder vom Kläger aufgezeigt worden noch erkennbar.

Der Senat sieht sich über die rechtliche Beurteilung der streitgegenständlichen Quartale I bis III/1998 hinausgreifend zu weiter gehenden rechtlichen Hinweisen zu der Regelung des Kostensatzes veranlasst. Er ist hierzu im Hinblick auf die ihm durch [Art 95 GG](#) übertragene Aufgabe, Grundsatzfragen des Bundesrechts zu entscheiden und die Einheitlichkeit der Anwendung des Bundesrechts zu sichern, auch berechtigt. Die hiergegen in der mündlichen Verhandlung vor allem von der Beigeladenen zu 1. erhobenen Einwendungen greifen nicht durch.

Die Befugnis der obersten Bundesgerichte, über den konkreten Streitgegenstand hinaus Anordnungen zur künftigen Rechtsprechung zu machen, ist unbestritten für den Bereich der Normanwendung (vgl dazu zB [BSGE 61, 213](#), 214 f mwN = [SozR 1500 Â§ 67 Nr 18](#) S 42 f mwN; [BSGE 70, 240](#), 241 f = [SozR 3-5533 Allg Nr 1](#) S 2; [BSGE 70, 265](#), 268 = [SozR 3-4100 Â§ 141k Nr 1](#) S 4; [BAGE 22, 16](#), 21 f; [25, 330](#), 339 ff; [36, 112](#), 123 ff; [80, 236](#), 244 f; BAG [NZA 2001, 387](#), 389 f). Das gilt gleichermaßen für alle, in denen die Wirksamkeit einer Norm in Frage steht. Die obersten Bundesgerichte haben umfassend die Aufgabe, Grundsatzfragen des Bundesrechts zu entscheiden, das Bundesrecht fortzuentwickeln, die Einheitlichkeit der Rechtsprechung in der betroffenen Gerichtsbarkeit und die Gleichförmigkeit der Anwendung des Bundesrechts zu sichern (vgl [BVerfGE 49, 148](#), 159 f zur zivilprozessualen Revision). Dies schließt ein, die Normen des Bundesrechts auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und Maßstäbe für ihre Auslegung zu entwickeln. Falls die Gerichte zum Ergebnis der Rechtswidrigkeit einer Norm kommen, ist diese grundsätzlich als unwirksam außer Anwendung zu lassen. Bei förmlichen Gesetzen ist ihnen selbst allerdings die Verwerfung verwehrt und gemäß [Art 100 Abs 1 GG](#) die Vorlage an das BVerfG bzw Landesverfassungsgericht vorgeschrieben. In entsprechender Weise sind in vielen Landesverfassungen auch für untergesetzliche Landesnormen Vorlagepflichten an Landesverfassungsgerichte normiert worden (vgl zB Art 133 der Verfassung des Landes Hessen, Art 64 Abs 2 iVm Art 65 Abs 3 Nr 4 der Verfassung der Freien und

Hansestadt Hamburg, s auch Art 92 der Verfassung des Freistaates Bayern; vgl dazu [BVerfGE 4, 178](#), 188 f). Außerhalb dieser Bereiche aber haben die Gerichte die Befugnis, eine als rechtswidrig erachtete Rechtsnorm inzident eigenständig zu verwerfen, dh ihre Anwendung zu unterlassen. Dies betrifft bei untergesetzlichen Normen des Bundesrechts vor allem die obersten Bundesgerichte, denen die Auslegung und Überprüfung des Bundesrechts vorrangig obliegt. In besonderem Maße hat dies Bedeutung in einem Gerichtszweig, der mit einem Rechtsgebiet befasst ist, das wie das Sozialversicherungsrecht durch Bundesrecht geprägt ist. Die Überprüfung der Bundesnormen ist dabei im Regelfall auf den streitgegenständlich relevanten Zeitraum beschränkt. Sie kann aber auch darüber hinaus greifen, etwa dann, wenn der Streitkomplex nach bestimmten Zeitabständen wiederkehrend (zB Abrechnungsquartal für Abrechnungsquartal) Grund zu Auseinandersetzungen bietet und in seiner Bedeutung auch über den Einzelfall hinausgeht, namentlich dann, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Rechtmäßigkeit einer Norm wegen geänderter Umstände künftig anders zu beurteilen sein könnte. Eine Norm kann auf Grund erfolgter bzw sich anbahnender wesentlicher Veränderungen des tatsächlichen oder rechtlichen Umfeldes zu einem späteren Zeitpunkt anders zu bewerten, also nur noch für einen begrenzten (Übergangs-)Zeitraum hinzunehmen sein. In einem solchen Fall können prozessökonomische Gründe dafür sprechen, aus Anlass der inzidenten Kontrolle der Rechtsnorm weiter gehende allgemeine Hinweise zu ihrer künftigen rechtlichen Beurteilung zu geben, um schon vorab die sonst uU erst sehr viel später nach erneutem Rechtsstreit und dem Durchlaufen des Instanzenzuges mögliche nachgehende Bewertung durch das Bundesgericht anzukündigen. Dies trägt dazu bei, dass das Gericht seiner Aufgabe, effektiven dh auch rechtzeitigen Rechtsschutz zu gewähren (s [Art 19 Abs 4 Satz 1 GG](#), vgl zB [BVerfGE 55, 349](#), 369; [71, 305](#), 337), gerecht werden kann. Es kann auch einen konkreten Termin nennen, ab dem von der Unwirksamkeit der Rechtsnorm auszugehen ist (vgl dazu zB [BVerfGE 101, 158](#), 160, 238; s auch [BSGE 83, 218](#), 224 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21](#) S 113 f).

Da diese Befugnisse lediglich aus der allgemeinen Aufgabe der inzidenten Normenprüfung abzuleiten sind, sind die Gerichte insoweit weder zu einem rechtsverbindlichen Ausspruch in dem Sinne ermächtigt, einen Beteiligten im Vorhinein zur Neuregelung zu verurteilen, noch kann ihr Ausspruch Bindungswirkung inter omnes entfalten (vgl Gerhardt in: Schoch/Schmidt-Aßmann/Pietzner, Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), Stand März 1999, Â§ 47 RdNr 114). Die Gerichte sind insoweit nicht in ein gesondertes, gesetzlich geregeltes Verfahren eingebunden wie zB im Falle des [Art 100 Abs 1 GG](#), wonach bei förmlichen Gesetzen dem BVerfG bzw den Landesverfassungsgerichten deren Verwerfung vorbehalten ist (vgl weiterhin die oben genannten Bestimmungen in den Landesverfassungen von Hessen, Hamburg und Bayern), oder im Falle des [Â§ 47 VwGO](#), der die Entscheidung über die Gültigkeit untergesetzlicher Landesrechtsnormen den Oberverwaltungsgerichten zuweist. Nur in diesen Verfahren entfalten die Entscheidungen kraft gesetzlicher Anordnung Bindungswirkung inter omnes und sind somit über den konkreten Streitgegenstand und über die konkret Verfahrensbeteiligten hinaus verbindlich (s [Â§ 31 Abs 2 Satz 1](#) und 2, [Â§ 95 Abs 3 Satz 1 und 2 BVerfGG](#), [Â§ 47 Abs 5 Satz 2](#)

[VwGO](#); vgl auch [Â§ 35a Abs 7 Satz 5 SGB V](#) zur Kontrolle von Rechtsverordnungen über Festbeträge durch das LSG Berlin). Aber auch ohne solche ausdrücklich angeordnete Allgemeinverbindlichkeit ist die gerichtliche Bewertung einer Rechtsnorm als rechtmäßig oder rechtswidrig jedenfalls faktisch geeignet, Rechtsfrieden bzw -sicherheit zu schaffen, zumal dann, wenn sie durch ein Bundesgericht erfolgt. In diesem Sinne haben die Entscheidungen der Bundesgerichte als oberster Instanzgerichte Wirkungen, die einer Allgemeinverbindlichkeit nahe kommen.

Zu der Befugnis der Gerichte, die Auswirkungen normativer Regelungen über den eigentlichen streitgegenständlichen Zeitraum hinaus auch in der Zukunft zu überprüfen, tritt in Fällen der vorliegenden Art eine entsprechende Beobachtungs- und Reaktionspflicht des Normsetzers hinzu. Die normsetzenden vertragsärztlichen Institutionen sind verpflichtet, die von ihnen getroffenen Bestimmungen laufend zu beobachten. Zeigen sich erhebliche und dauerhafte Veränderungen, die die Berechtigung des bisherigen Regelungssystems in Frage stellen, so sind die Bestimmungen nachzubessern (vgl grundlegend [BSGE 83, 1, 4 ff](#) = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26](#) S 186 ff; s zB auch [BSGE 86, 16, 29](#) = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 129). Insbesondere im Falle zahlenförmiger Normen, die an tatsächliche Verhältnisse anknüpfen, hat der Normsetzer die Werte "unter Kontrolle zu halten und notfalls nachzubessern" (s [BVerwGE 101, 347, 361 f](#) zu Dosisgrenzwerten bei Strahlung von Atomkraftwerken). Im Falle der Kostensätze für die Berechnung der Praxisbudgets haben die Partner des Bewertungsausschusses ausdrücklich klargestellt, dass sie sich ihrer Pflicht zur wiederkehrenden Überprüfung bewusst sind (vgl die bei Einführung der Praxisbudgets erfolgte Anknüpfung, [DÄ 1997, A-860, 862](#) unter 5.1).

In Anwendung dieser Grundsätze weist der Senat auf die mögliche künftige rechtliche Problematik der Festsetzungen der Kostensätze hin, die im Rahmen der gerichtlichen Kontrolle von Honorarbescheiden inzident mit zu überprüfen sind. Die Kostensätze gehören zum Regelungsgefüge der seit nunmehr ca fünf Jahren geltenden Praxisbudgets und haben damit erhebliche Bedeutung über die streitgegenständlichen Quartale I bis III/1998 hinaus. Ihre Rechtmäßigkeit ist nicht nur für die Honorarbescheide der Hautärzte relevant, sondern für die Honorarverteilung insgesamt. Betroffen sind die Honorarbescheide aller Vertragsärzte, und zwar nicht nur in den Quartalen I bis III/1998, sondern bis in die Gegenwart sowie auch künftig, solange die Praxisbudgets Geltung haben. Der Bewertungsausschuss muss jetzt angesichts der eingetretenen Entwicklung in eine Überprüfung der Kostensätze eintreten. Zunehmend haben sich nämlich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass der Kostensatz der Hautärzte von 54,1 % die realen Praxisverhältnisse bei diesen gemessen an den dargelegten Anforderungen nicht mehr ausreichend widerspiegelt und bei ihnen im Verhältnis zu anderen Arztgruppen wesentliche Verschiebungen eingetreten sein können. Während der Kostensatz der Hautärzte nach den "Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland" (hrsg von der [KÄBV](#)) für die Jahre 1992 bis 1994 noch bei 56,3 % lag (Ausgabe 1996, Tabelle D 6), sich mithin damals noch nicht erheblich von dem im EBM festgesetzten Wert von 54,1 % entfernt hatte, zeigen die späteren Erhebungen vermehrt größere

Abweichungen. So weisen die "Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland" für 1994 bis 1996 einen Wert von 60,7 % (Ausgabe 1998, Tabelle D 6), diejenigen für 1995 bis 1997 eine Quote von 62,4 % (Ausgabe 1999, Tabelle D 9) und die für 1996 bis 1998 einen Kostensatz von 62,0 % aus (Ausgabe 2000, Tabelle D 9). Nach diesen Daten bestehen nunmehr gravierende Hinweise darauf, dass der Kostensatz gegenüber dem 1996/97 festgesetzten in einem Ausmaß gestiegen ist, das so bei keiner anderen Arztgruppe anzutreffen ist. Darin kann zugleich eine wesentliche Änderung in der Relation des Kostenumsatzes der Hautärzte zu dem jeweiligen der anderen Arztgruppen liegen. Auf Grund der in der 1. Ausgabe erst im Jahr 2002 erschienenen 2. Ausgabe 2000 der "Grunddaten" veröffentlichten Kostensätze kann davon auszugehen sein, dass es sich auch um eine nicht nur vorübergehende, sondern um eine dauerhafte Steigerung handelt (s zu solchen Kriterien [BSGE 83, 1, 5 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26](#) S 186). Zudem sind schon seit 1999 die Gesamthonorare der Hautärzte gesunken, nachdem sie bis 1994/95 gestiegen und in den Folgejahren bis 1999 noch auf annähernd gleichem Niveau geblieben waren (s die mit Schriftsatz der KÄBV vom 8. Mai 2002 vorgelegten Unterlagen).

Angesichts dieser Entwicklung ergibt sich aktuell für den Bewertungsausschuss eine Verpflichtung, zu überprüfen, ob sich der Kostensatz der Hautärzte so wesentlich in Relation zu dem jeweiligen der anderen Arztgruppen geändert hat und ob dies eine so dauerhafte Entwicklung darstellt, dass der festgesetzte Wert für die Gruppe der Hautärzte und/oder für andere Arztgruppen zu korrigieren ist. Als Frist dafür hält der Senat die Zeit bis zum Jahresende 2002 für angemessen. Die ggf erforderliche Neufestsetzung muss der Überprüfungsinstanz unverzüglich nachfolgen, wofür im Hinblick auf die Dauer des dafür erforderlichen Verfahrens sowie auf die Notwendigkeit, dass sich die Betroffenen auf die neue Lage einrichten können, eine Frist bis zum Beginn des Quartals III/2003 als ausreichend erachtet wird. Sollte die Umsetzung bis dahin nicht erfolgen, so würde der Senat nach dem derzeitigen Stand seiner Erkenntnisse ab diesem Zeitpunkt die Regelung des EBM- über die Praxisbudgets und die auf sie geänderten Honorarbescheide als rechtswidrig ansehen müssen (vgl [BVerfGE 101, 158](#), 160, 238, und [BSGE 83, 218](#), 224 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21](#) S 113 f).

Die Kostenentscheidung, die an dem Ergebnis ausgerichtet ist, dass die Honorarbescheide für die streitgegenständlichen Quartale I bis III/1998 rechtmäßig waren, beruht auf [Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl Senatsurteile vom 30. Januar 2002 1. B 6 KA 12/01 R und 1. B 6 KA 73/00 R -, beide zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024
