
S 15 KA 94/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragsarzt Einheitlicher Bewertungsmaßstab Fallpunktzahlen für Zusatzbudgets keine Differenzierung nach Versichertenstatus
Leitsätze	Bei der Festlegung der Fallpunktzahlen des EBM-Ä im Rahmen der zum 1.7.1997 eingeführten Zusatzbudgets musste nicht nach dem Versichertenstatus differenziert werden
Normenkette	SGB V § 87 Abs 2a S 1 SGB V § 87 Abs 2a S 2 SGB V § 87 Abs 2a S 8 EBM-Ä Kap A Abschn I Teil B Nr 4 F: 1997-07-01 GG Art 3 Abs 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 KA 94/00
Datum	29.08.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 KA 86/01
Datum	20.08.2002

3. Instanz

Datum	02.04.2003
-------	------------

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 20. August 2002 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat der Beklagten deren außergerichtliche Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über höheres Honorar durch die Zuerkennung höherer Zusatzbudgets.

Der Kläger ist im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) als praktischer Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im Zuge der Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets durch den zum 1. Juli 1997 geänderten Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) erkannte ihm die Beklagte u.a. das qualifikationsgebundene Zusatzbudget "Sonografie" (35 Punkte je Fall) und das bedarfsabhängige Zusatzbudget "Pneumologie" zu (sieben Punkte je Fall, insoweit unter Einordnung in die Untergruppe der Vertragsärzte mit überdurchschnittlichem Fallwert).

Im Quartal II/1999 behandelte der Kläger 723 Leistungsberechtigte der gesetzlichen Krankenversicherung (Fachgruppendurchschnitt: 821 bzw 834); der Rentneranteil betrug 64,2 % (Fachgruppe: 31,9 % bzw 32,5 %). Sein durchschnittlicher Fallwert im Zusatzbudget "Sonografie" belief sich in diesem Quartal bei den Mitgliedern auf 60,36 Punkte (Fachgruppe: 26,56 Punkte), bei den Familienversicherten auf 59,43 Punkte (Fachgruppe: 14,83 Punkte) sowie bei den Rentnern auf 70,45 Punkte (Fachgruppe: 33,49 Punkte). Die in dieses Zusatzbudget fallende Leistung Nr 378 des Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen/Ersatzkassen-Gebührenordnung (BMV/E-GO â "Sonografische Untersuchung") rechnete er bei den Mitgliedern in 11,6 % der Fälle (Fachgruppe: 6,2 %), bei den Familienversicherten in 11,4 % der Fälle (Fachgruppe: 4,1 %) sowie bei den Rentnern in 13,6 % der Fälle ab (Fachgruppe: 8,2 %).

Im Zusatzbudget "Pneumologie" betrug der durchschnittliche Fallwert des Klägers im Quartal II/1999 bei den Mitgliedern 14,06 Punkte (Fachgruppe: 5,33 Punkte), bei den Familienversicherten 12,86 Punkte (Fachgruppe: 3,41 Punkte) sowie bei den Rentnern 16,13 Punkte (Fachgruppe: 6,66 Punkte). Die in dieses Zusatzbudget fallende Leistung der hier ausschließlich abgerechneten Nr 710 BMV/E-GO ("Bestimmung des Atemwiderstandes") setzte er insoweit bei den Mitgliedern in 9,4 % (Fachgruppe: 3,1 %), bei den Familienversicherten in 8,6 % (Fachgruppe: 3,6 %) sowie bei den Rentnern in 10,8 % (Fachgruppe: 5,1 %) der Fälle an.

Die Beklagte gewährte dem Kläger für die im Quartal II/1999 erbrachten Leistungen 91.343,91 DM an Honorar. Dabei wurden im Hinblick auf die Praxis- und Zusatzbudgetgrenzen von der insgesamt angeforderten Vergütung für 1.008.495 Punkte lediglich 904.856 Punkte honorarsteigernd berücksichtigt. U.a. wirkten sich im Bereich "Sonografie" (Zusatzbudget: 25.305 Punkte) 23.934,6 Punkte der angeforderten 49.240 Punkte sowie im Bereich "Pneumologie" (Zusatzbudget: 5.061 Punkte) 6.038,8 Punkte der angeforderten 11.100 Punkte nicht weiter honorarsteigernd aus.

Der Kläger wandte sich mit seinem Widerspruch gegen den Honorarbescheid â wie schon zuvor für die Quartale ab III/1997 â gegen die Begrenzung dieser Honoraranforderungen und machte geltend, er habe die Zusatzbudgets

Überbritten, weil seine Praxis einen stark überdurchschnittlichen Rentneranteil aufweise. Rentner verursachten regelmäßig einen höheren Aufwand als Mitglieder und Familienversicherte. Dieser bereits in der Vergangenheit bei Budgetbemessungen gewordene Umstand habe zu Recht dazu geführt, bei den Praxisbudgets nach den Versichertengruppen zu unterscheiden. Eine solche Differenzierung sei auch bei den Zusatzbudgets geboten; unterbleibe sie, hafte dem EBM ein Strukturangel an, der selbst durch die fakultativen Budgeterweiterungen nicht geheilt werden könne.

Widerspruch, Klage und Berufung mit dem Ziel, die Beklagte zur Neubescheidung zu verpflichten sind ohne Erfolg geblieben (Widerspruchsbescheid vom 26. Januar 2000; Urteil des Sozialgerichts vom 29. August 2001). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Begrenzung der Honoraranforderungen des Klägers auf das System der Praxis- und Zusatzbudgets zurückgeführt, das rechtlich zulässig geschaffen und von der Beklagten zutreffend umgesetzt worden sei. Er habe keinen Anspruch auf Erweiterung der Zusatzbudgets "Sonografie" und "Pneumologie". Ob die vermehrte Betreuung von Rentnern überhaupt einen Versorgungsschwerpunkt darstelle und einen besonderen Versorgungsbedarf begründen könne, bleibe offen. Der erhöhte Rentneranteil als solcher bilde nämlich keinen "Schwerpunkt" iS von A I. Teil B 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM. Dort werde nur an qualitative Faktoren wie bestimmte Erkrankungsarten und schwere Krankheitsbilder angeknüpft, die eine umfangreiche Betreuung der Patienten erforderten. Mit den ca 49.000 und 11.000 angeforderten Punkten im Bereich der Zusatzbudgets blieben die Leistungsanforderungen des Klägers gemessen an seiner Gesamthonoraranforderung weit unter der Grenze von 20 %, die das Bundessozialgericht (BSG) für die Befreiung von den Teilbudgets aufgestellt habe. Im Übrigen habe nicht ein erhöhter Rentneranteil zu den hohen Honoraranforderungen im Bereich der Zusatzbudgets geführt; die Abrechnungswerte, besonders bei den Nrn 378 und 710 EBM, legten vielmehr die Vermutung nahe, dass der Kläger unabhängig vom Alter der Versicherten generell mehr Leistungen erbracht habe. Der Normgeber des EBM habe den Differenzierungsbedarf bei einem erhöhten Rentneranteil durch die erheblich höhere Fallpunktzahl für Rentner im Praxisbudget hinreichend berücksichtigt; der Umfang der Zusatzbudgets mache gegenüber den Punktzahlen des Praxisbudgets dagegen nur einen sehr geringen Anteil aus (Urteil vom 20. August 2002).

Mit seiner Revision rügt der Kläger, das LSG habe verkannt, dass der Bewertungsausschuss als Normgeber des EBM auf der Grundlage der Rechtsprechung des BSG verpflichtet gewesen sei, auch bei den Zusatzbudgets zwischen der Gruppe der Rentner und den sonstigen Versicherten zu differenzieren. Weil die ärztliche Diagnostik und Therapie bei Rentnern erfahrungsgemäß aufwendiger und teurer sei als bei Mitgliedern und Familienangehörigen, müssten für Rentner auch höhere Fallpunktzahlen festgelegt werden; in seinem Fall würden sich die Zusatzbudgets dadurch um ca 13 % erhöhen. In seiner Praxis seien im Übrigen auch die Mitglieder und Familienversicherte durchschnittlich älter als in anderen Praxen. Er (der Kläger) liege in beiden

streitbefangenen Zusatzbudgets bei den Rentnern ca 50 % über den Werten für Mitglieder und Familienversicherte. Die Ausgestaltung der Zusatzbudgets mit einer einheitlichen Fallpunktzahl beruhe nicht auf sachgerechten Erwägungen. Die höheren Praxisbudgets gleichen die Defizite nicht aus, weil der zusatzbudgetspezifische unterschiedliche Versorgungsbedarf der Gruppen damit nicht erfasst werde. Dass die Zusatzbudgets im Vergleich zu den Praxisbudgets für den Honoraranspruch weniger bedeutsam seien, rechtfertige die Ausgestaltung ebenfalls nicht; denn ein hier vorliegender offensichtlicher, durch eine einfache Regelung zu beseitigender Strukturfehler müsse selbst dann nicht hingenommen werden, wenn er ohne schwer wiegende Folgen bleibe.

Der Kläger beantragt,
die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 20. August 2002 und des Sozialgerichts Kiel vom 29. August 2001 aufzuheben, den Honorarbescheid für das Quartal II/1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Januar 2000 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, ihm für das Quartal II/1999 einen neuen Honorarbescheid unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und meint, der Bewertungsausschuss habe sich hinreichend mit der Festlegung der Fallpunktzahlen in den einzelnen Leistungsbereichen befasst. Innerhalb der Zusatzbudgets brauche nicht nach dem Versichertenstatus differenziert zu werden, da die Leistungen in diesen Budgets im Verhältnis zu denjenigen der Praxisbudgets nur ein geringeres Punktzahlvolumen abdeckten und darüber hinaus mit einem nicht ausgeschöpften Praxisbudget verrechnet werden könnten. Der Kläger weise zudem überdurchschnittliche Abrechnungswerte bei allen in Rede stehenden Leistungen auf.

II

Die zulässige Revision des Klägers ist unbegründet.

Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, dass der ihm von der beklagten KVV erteilte Honorarbescheid für das Quartal II/1999 in Einklang mit höherrangigem Recht steht. Der Kläger hat im Hinblick darauf, dass seine Praxis einen überdurchschnittlich hohen Rentneranteil aufweist, keinen Anspruch auf höheres Honorar für die in diesem Quartal erbrachten Leistungen aus dem qualifikationsgebundenen Zusatzbudget "Sonografie" und dem bedarfsabhängigen Zusatzbudget "Pneumologie". Entgegen seiner Ansicht sind insbesondere die zur Anwendung gelangten Bestimmungen des EBM richtig, weil es bei den Zusatzbudgets aus Rechtsgründen keiner Differenzierung nach dem Versichertenstatus bedurfte.

Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM über die Praxis- und

Zusatzbudgets unterliegt ua die Fachgruppe der Allgemeinmediziner (vgl Nr 1.5 aaO) der der KIÄrger angehört der einer fallzahlabhängigen Budgetierung durch die Regelungen über Praxis- und Zusatzbudgets. Diese Budgets sind durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997 (Deutsches Ärzteblatt (DÄB) 1996, A-3364 ff und DÄB 1997, A-864 ff) zum 1. Juli 1997 eingeführt worden. Wie der Senat bereits mehrfach dargelegt hat (vgl [BSGE 86, 16](#), 18 ff = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 117 ff; zuletzt Urteil vom 15. Mai 2002, [BSGE 89, 259](#), 260 f mwN = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34](#) S 188 f), beruhen sie auf der durch [Â§ 87 Abs 2a Satz 8](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) idF des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#)) ergänzten Rechtsgrundlage des [Â§ 87 Abs 2 Satz 1 iVm Abs 2a Satz 1 und 2](#) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)). Vom Quartal III/1997 an sind die in den Budgets enthaltenen Leistungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal danach jeweils grundsätzlich nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechenbar. Punktzahlanforderungen, die diese Grenze überschreiten, werden nicht gesondert vergütet. Die Höhe der Budgets ergibt sich gemäß [Nr 1 Allgemeine Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ä](#) aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle.

Im Einzelnen sind für die Honorierung der in die Budgetierung einbezogenen Vertragsarztgruppen drei Leistungsbereiche zu unterscheiden: Dem von der Bedeutung her im Vordergrund stehenden Praxisbudget sind je nach Arztgruppe variierend die ärztlichen Leistungen zugeordnet, die das typische Leistungsangebot der Arztgruppe ausmachen (so genannter grüner Bereich). Der Anteil der Leistungen, die in das Praxisbudget fallen, reicht von 45 % bei den Anästhesisten bis zu 88 % bei den Augenärzten (vgl Ballast, [ErsK 1996, 440, 443](#)). Weitere Leistungspositionen ca 10 % des Leistungsspektrums sind den einzelnen Zusatzbudgets zugewiesen (so genannter gelber Bereich). Zusatzbudgets werden einem Vertragsarzt für Leistungen zuerkannt, die eine zusätzliche Qualifikation erfordern, nur von wenigen Ärzten einer Arztgruppe schwerpunktmäßig erbracht werden oder für die ein besonderer Versorgungsbedarf besteht (Allgemeine Bestimmungen A I. Teil B Nr 4 bis 4.3 EBM-Ä). Der verbleibende, etwa 20 % ausmachende Leistungsbereich schließlich ist grundsätzlich unbudgetiert (sog roter Bereich; zum Ganzen [BSGE 86, 16](#), 18 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 117 f; zuletzt: [BSGE 89, 259](#), 261 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34](#) S 189).

Wie die vorstehenden Ausführungen schon andeuten, ist die EBM-Ä-Reform 1997 von unterschiedlichen Erwägungen getragen, soweit es die Bemessung der Fallpunktzahlen in den beiden Budgetarten anbelangt. Der Zuschnitt der Praxisbudgets zielt kalkulatorisch auf die Deckung der jeweiligen arztgruppenbezogenen Kosten für das Betreiben einer Praxis und die möglichst gleichmäßige Aufteilung des für die Vertragsärzteschaft zur Verfügung stehenden Honorarvolumens ab. Die Angehörigen aller Vertragsarztgruppen sollen danach bei durchschnittlicher Praxisauslastung jedenfalls ihre Praxiskosten in typischerweise anfallender Höhe decken und in gleichmäßigem Umfang an den in der Gesamtvergütung enthaltenen Einkommensanteilen teilhaben können (vgl

"Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 – Gründe und Inhalte", DStZ 1997, A-860, 861 f). Dazu wurden Rechenwerte gewonnen, die auf der Basis der durchschnittlichen Kosten jeder Arztgruppe und anknüpfend an deren durchschnittlichen Praxisumsatz im Jahr 1994 die typischen Praxiskosten einer jeden Arztgruppe widerspiegeln sollen. Diese Werte wurden um einen Betrag erhöht, der nach Abzug dieser Kosten und Vorwegabzug belegärztlicher Vergütungen von der Gesamtvergütung das durchschnittliche Vertragsarzteinkommen abbilden soll. Die Summe aus Praxiskostenteil und Einkommensanteil stellt einen arztgruppentypischen Normumsatz dar, aus dem sich wiederum bezogen auf die Zahl der durchschnittlich abgerechneten Fälle für jede Arztgruppe eine Durchschnittsfallpunktzahl für sämtliche Versicherten bzw. für einzelne Versichertengruppen errechnen lässt; diese Punktzahl macht dann das Praxisbudget je Behandlungsfall aus (vgl. zum Ganzen bereits [BSGE 89, 259, 261 f](#) = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34](#) S 189).

Die Berechnung der Fallpunktzahl in den Zusatzbudgets orientiert sich demgegenüber nicht an den typischen Kosten, die zur Deckung des Praxisbetriebes einer Arztgruppe erforderlich sind (zuzüglich eines Einkommensanteils). Die Zusatzbudgets sollen vielmehr im Sinne einer ergänzenden Feinsteuerung im Gesamtregelungskonzept der EBM-Reform 1997 ein spezielles tatsächliches Leistungsgeschehen widerspiegeln, durch das sich die jeweilige Praxis schon in der Vergangenheit – namentlich in den Bezugsquartalen I und II/1996 – ausgezeichnet hat. Dabei wird im Ausgangspunkt von jeder einzelnen KV eine Fallpunktzahl errechnet, die sich ergibt, wenn die Punktzahlanforderungen der für das Zusatzbudget berechtigten Ärzte einer Arztgruppe aus den Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets in den Bezugsquartalen durch die Zahl der budgetrelevanten Fälle dividiert wird. Auf diese Weise wird der Leistungsbedarf im jeweiligen Zusatzbudget auf der Grundlage des Leistungsverhaltens spezialisierter Ärzte gezielt in einem noch nicht von der Budgetierung erfassten Zeitraum ermittelt und als maßgebliche Fallpunktzahl dem betreffenden Zusatzbudget zu Grunde gelegt (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#) S 177; zum Ganzen s. auch Urteil des Senats vom heutigen Tag – [B 6 KA 38/02 R](#) -).

Die aufgezeigten unterschiedlichen Formen des Budgetzuschnitts hat der Bewertungsausschuss durch Bestimmungen zur Berücksichtigung von Besonderheiten des Patientenstammes bzw. der Praxisausrichtung genauer austariert. Dabei hat er zwischen generellen und einzelfallbezogenen Regelungen unterschieden. Auf der Ebene der generellen Gestaltung differenziert der EBM bei den Praxisbudgets zwischen dem Behandlungsaufwand für Mitglieder und Familienversicherte einerseits sowie für Rentner andererseits. Der Aufwand ist nach dem Verhältnis bestimmt, in dem die Honoraranforderungen aus dem Bereich der Praxisbudgets für diese Versichertengruppen zueinander standen (vgl. Nr 1.5 mit Tabelle und Anlage 3 aE Allgemeine Bestimmungen A I. Teil B EBM). Daraus ergeben sich je nach Arztgruppe unterschiedlich große Abweichungen bei den Praxisbudget-Punktzahlen für die Versichertengruppen. In dem vorliegend betroffenen Praxisbudget der Ärzte für Allgemeinmedizin sind die Unterschiede besonders groß (im streitigen Quartal II/1999: 585 Punkte für die Behandlung von Mitgliedern/Familienversicherten gegenüber 1.175 Punkten für

krankenversicherte Rentner).

Für die Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen für die Zusatzbudgets hat der Bewertungsausschuss nicht wie bei den Praxisbudgets nach dem Merkmal der Versicherteneigenschaft differenziert. Er hat den KV stattdessen in Anlage 4 Abs 3 aaO EBM die Option eingeräumt, von der Vorgabe einer für alle berechtigten Ärzte einer Arztgruppe einheitlichen Fallpunktzahl je Versichertem in der Weise abzusehen, dass anknüpfend an die regionalen Verhältnisse und im Interesse einer größeren Verteilungsgerechtigkeit zwei Arztgruppen mit unterschiedlich hohen Fallpunktzahlen gebildet werden. Dazu werden die berechtigten Vertragsärzte in Untergruppen mit unter- und überdurchschnittlichem Punktzahlfallwert aus Leistungen des Zusatzbudgets eingeteilt und für jede der beiden Untergruppen separate Mittelwerte gebildet (s dazu im Einzelnen BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30](#) S 162 ff). Dieses ist im Zuständigkeitsbereich der Beklagten in Bezug auf das Zusatzbudget "Pneumologie" geschehen; sie hat den Kläger der Untergruppe der Vertragsärzte mit überdurchschnittlichem Fallwert zugeordnet und ihm ein Budget von sieben Punkten je Fall zuerkannt.

Ausgehend von dem Gefüge der in unterschiedlicher Weise budgetierten Leistungsbereiche, insbesondere der voneinander abweichenden Modalitäten zur Errechnung der jeweiligen Fallpunktzahlen, durfte die beklagte KV die Leistungen des Klägers, die er innerhalb der Zusatzbudgets "Sonografie" und "Pneumologie" an Rentner erbracht hat, im Rahmen des angefochtenen Honorarbescheides für das Quartal II/1999 nicht höher vergüten als geschehen. Der EBM sieht wie dargestellt bei den Zusatzbudgets eine Differenzierung der Punktzahlen nach dem Versichertenstatus nicht vor. Das Regelwerk eröffnet dem Kläger auch mit der Möglichkeit, zuerkannte Zusatzbudgets zu erweitern, keinen Anspruch auf höhere Fallpunktzahlen.

Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.3 EBM kann die KV auf Antrag des Vertragsarztes Zusatzbudgets "im Einzelfall" und "zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" erweitern. Das setzt nach der Rechtsprechung des Senats indessen voraus, dass im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck kommt, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis hat (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#) S 178 f). Diese Grundsätze hatten bereits Niederschlag in der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 19. November 1996 (DÄ 1997, A-403) gefunden. Darin ist unter Nr 4 bestimmt, dass bestimmte Krankheitsfälle oder spezifische Betreuungsleistungen zu Budgeterweiterungen führen können; insoweit werden genannt die Betreuung von HIV-Patienten, onkologische Erkrankungen, Diabetes, Mukoviszidose, Schmerztherapie, kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen sowie ein erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil. Ein hoher Rentneranteil in einer Allgemeinpraxis ist diesen Sonderfällen nicht vergleichbar.

Denn die erhöhte Morbidität älterer Versicherter ist ein allgemein über nahezu alle Arztgruppen hinweg auftretendes Phänomen, das der Bewertungsausschuss allein bei den für Allgemeinärzte doppelt so hohen Praxisbudgets für Rentner in Ansatz gebracht hat.

Nach den unterschiedlichen Konzepten der Budgetbildung hat die Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe und die darin mittelbar berücksichtigte Erkrankungshäufigkeit der versorgten Patienten nur beim Zuschnitt der wirtschaftlich bei der Bildung des Gesamthonorars im Vordergrund stehenden Praxisbudgets nachhaltige Berücksichtigung gefunden. Ist die Erkrankungshäufigkeit bei den einzelnen Versichertengruppen aber in die Bildung der Fallpunktzahlen bei den Zusatzbudgets gerade nicht eingegangen, kann dieses Merkmal schon aus rechtssystematischen Gründen nicht wiederum über das Instrumentarium der Budgeterweiterung zum Kriterium für eine vermehrte honorarwirksame Leistungserbringung erhoben werden. Budgeterweiterungen nach Nr 4.3 aaO EBM-Ä setzen schon nach dem Wortlaut und von der systematischen Funktion her "Ausnahmelagen" voraus. Sie dienen allein der Vermeidung von Härten, die mit den Praxisbudgets im Einzelfall verbunden sein können (BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#) S 176), und bezwecken nicht, die (vermeintlichen oder tatsächlichen) Defizite einer abstrakt-generellen Regelung zu beseitigen.

Anders als der Kläger meint, führt es schließlich auch nicht zur Rechtswidrigkeit des angegriffenen Honorarbescheides, dass der EBM-Ä 1997 im Bereich der Zusatzbudgets keine vom Versichertenstatus abhängigen unterschiedlich hohen Fallpunktzahlen festlegt. Ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz ([Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#)) kann darin nicht gesehen werden. Bei der Prüfung einer Verletzung des [Art 3 Abs 1 GG](#) ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Bestimmungen des EBM-Ä um â den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung zuzurechnende â Normsetzung durch Vertrag handelt (zur Normqualität des EBM-Ä zB [BSGE 83, 218](#), 219 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21](#) S 108 f; [BSGE 88, 126](#), 133 f = [SozR aaO Nr 29](#) S 152 f; [BSGE 89, 259](#), 263 mwN = [SozR aaO Nr 34](#) S 191; Engelmann, NZS 2000, 1, 7, mwN). In diesem Bereich steht dem Bewertungsausschuss â wie jedem Normgeber â eine Gestaltungsfreiheit zu, die grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren ist und von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden darf (vgl näher zuletzt [BSGE 89, 259](#), 264 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34](#) S 192 mwN). Die gerichtliche Überprüfung von Bestimmungen des EBM-Ä ist im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten hat; das ist nur dann der Fall, wenn er seine Bewertungskompetenz "missbräuchlich", dh nicht durch sachgerechte Erwägungen gedeckt, sondern von sachfremden Erwägungen getragen, ausgeübt 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 gleichheitswidrig die Vergütung für bestimmte Leistungen nur einer von zwei leistungserbringenden Arztgruppen zuerkennt (so besonders [BSGE 83, 218](#), 221 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21](#) S 110; vgl auch BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 5](#) S 23 f). Gegen das aus [Art 3 Abs 1 GG](#) folgende Differenzierungsgebot verstößt ein Normgeber nur, wenn es keinerlei vernünftige Gründe für die

Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem gibt ([BVerfGE 90, 226](#), 239 = [SozR 3-4100 Â§ 111 Nr 6](#) S 29 f mwN) bzw wenn tatsÄchliche Ungleichheiten so bedeutsam sind, dass ihre Nichtbeachtung gegen eine am Gerechtigkeitsgedanken orientierte Betrachtungsweise verstÄtzt ([BVerfGE 52, 256](#), 263; [86, 81](#), 87; [98, 365](#), 385 mwN; zum Ganzen: Jarass in: ders/Pieroth, GG, 6. Aufl 2002, Art 3 RdNr 5, 28 mwN). Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor. Im Lichte der Ziele, die der Bewertungsausschuss mit dem zum 1. Juli 1997 reformierten System zur Bewertung der vertragsÄrztlichen Leistungen angestrebt hat, ist es nicht sachwidrig, bei den Zusatzbudgets fÄr alle Versichertengruppen einheitliche Fallpunktzahlen vorzusehen.

Der Bewertungsausschuss hat durch die honorarmÄÄige Aufgliederung der vertragsÄrztlichen Leistungen in Praxis-, Zusatzbudgets und budgetfreie Leistungen im Zuge der Reform des EBM-Ä 1997 beabsichtigt, die Auswirkungen des in den Jahren zuvor beobachteten Punktwertverfalls zu begrenzen und den VertragsÄrzten mehr Sicherheit bei der Kalkulation ihrer Praxiseinnahmen zu geben. Die Neuregelung sollte den Ärzten den Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge nehmen und dadurch eine Stabilisierung des Punktwertes bewirken (vgl [BSGE 86, 16](#), 21 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 120 f; BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#) S 174; [BSGE 89, 259](#), 262 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34](#) S 190). Die Praxis- und Zusatzbudgets sowie der Bereich budgetfreier Leistungen stellen dabei einander ergÄnzende Teile eines an der Erreichung dieses Ziels ausgerichteten Gesamtregelungskonzepts dar. Dieses hat der Senat Ä mit den sich aus dem Urteil vom 15. Mai 2002 ([BSGE 89, 259](#), 260 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34](#) S 188 f) bezÄglich des Praxiskostensatzes bei HautÄrzten ergebenden EinschrÄnkungen Ä wiederholt als mit hÄherrangigem Recht vereinbar angesehen (s etwa zB [BSGE 86, 16](#), 19 ff = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 118 ff). Angesichts des Regelungszusammenhanges kÄnnen nicht isoliert vermeintlich negative Auswirkungen eines der komplementÄren Regelungsbausteine in den Blick genommen, dh, nur die Zusatzbudgets betrachtet werden, ohne zugleich auch ihre Eingebundenheit und Funktion neben den weiteren Regelungselementen zu wÄrdigen.

Die Praxisbudgets mit der Bestimmung eines Punktzahlvolumens fÄr die fachgruppentypischen Leistungen pro Behandlungsfall sind von ihrer Gewichtung her der zentrale Bestandteil des zum Quartal III/1997 umgesetzten Konzepts. WÄhrend von ihnen eine vereinheitlichende und stabilisierende Wirkung auf die Honorierung der VertragsÄrzte ausgeht, kommt den weiteren VergÄtungselementen eine ergÄnzende Flexibilisierungsfunktion zu. Den Besonderheiten der vom einzelnen Arzt jeweils geschaffenen spezifischen Praxisstruktur wird zum Einen dadurch Rechnung getragen, dass Äber alle Arztgruppen hinweg etwa 20 % des Gesamthonorarvolumens von vornherein aus der Budgetierung ausgeklammert bleiben. Zum Anderen sollen mit dem Bereich der Ä vorliegend allein streitigen Ä insgesamt nur etwa 10 % des Leistungsspektrums umfassenden Zusatzbudgets die Eigenheiten von Praxen honorarsteigernd berÄcksichtigt werden, die sich aus einer besonderen fachlichen Qualifikation oder durch die schwerpunktmÄÄige Ausrichtung auf einen besonderen versorgungsrelevanten Bereich ergeben (KÄhler/Hess in: KÄhner

Kommentar zum EBM, 2. Aufl 1996, A I. Allgemeine Bestimmungen Teil B, S 91 unter 6.; Ähnlich: "Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997", DÄ 1997, A-861). Letzteres umsetzend hat der Bewertungsausschuss schematisierende und typisierende Regelungen geschaffen, zu deren Erlass er unter dem Blickwinkel der Praktikabilität befugt ist (zur Zulässigkeit von Verallgemeinerungen, Typisierungen und Pauschalierungen im EBM- vgl bereits zB BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 15](#) S 60 mwN; [SozR aaO Nr 16](#) S 65 f mwN; [BSGE 88, 126](#), 137 f = [SozR aaO Nr 29](#) S 157; BSG SozR 3-5533 Nr 2145 Nr 1 S 3; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K Â§ 87 RdNr 197, 205 mwN). Typisierungen müssen von den Betroffenen insbesondere dann hingenommen werden, wenn die sich daraus ergebenden Eingriffe unter Saldierung der mit der Typisierung verbundenen Vorteile (vgl [BVerfGE 48, 227](#), 239 = SozR 7860 Â§ 14 Nr 2 S 5 f) nur eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Personen betreffen und im Einzelfall nicht sehr intensiv sind (vgl [BVerfGE 100, 59](#), 90 = [SozR 3-8570 Â§ 6 Nr 3](#) S 28; [87, 234](#), 255 = [SozR 3-4100 Â§ 137 Nr 3](#) S 29 f; [79, 87](#), 100 = SozR 2200 Â§ 183 Nr 54 S 158; zum Ganzen Jarass, aaO, Art 3 RdNr 31 mwN). So verhält es sich hier.

Eine typisierende Errechnung der Punktzahlen unabhängig vom Status der behandelten Versicherten lag bei den Zusatzbudgets nahe, wie sich aus ihrer nachgeordneten Bedeutung für den Gesamthonoraranspruch des Vertragsarztes und mit Blick auf die Berücksichtigung der Gruppe der Rentner bei den Praxisbudgets ergibt. Da es für die Festlegung der Höhe der Praxisbudgets entscheidend auf Zahl und Struktur der Patienten einer Praxis ankommt, bot es sich an, allein dort zwischen Versichertengruppen mit unterschiedlicher Erkrankungs Häufigkeit zu unterscheiden. Bei den insgesamt 73 qualifikationsgebundenen und 16 bedarfsabhängigen Zusatzbudgets hätte es dagegen zu einer erheblichen Verkomplizierung des Berechnungsverfahrens geführt, wären sie zusätzlich mit einer Gruppenbildung nach Leistungsmengen kombiniert worden. Eine solche Regelung stünde in keiner vernünftigen Relation zu dem damit vermeintlich verbundenen "Gerechtigkeitsgewinn". Dieses wird gerade im Falle des Klägers deutlich, dessen Praxisbudget bei einem krankenversicherten Rentner im streitigen Quartal 1.175 Punkte betrug. Im Rechtsstreit geht es ihm demgegenüber unter Berücksichtigung seines Revisionsvorbringens im Ergebnis lediglich darum, dass die Beklagte seine anerkannten Zusatzbudgets (35 bzw sieben Punkte je Fall) den höheren Rentneranteil seiner Praxis berücksichtigend um weitere ca 13 %, also um ca 5,5 Punkte, erhöht. Da diese zusätzlichen Punkte gemessen an der Punktzahl des Praxisbudgets weniger als 0,5 % ausmachen, steht das Begehren des Klägers wirtschaftlich außer Verhältnis zu der ihm bereits mit den hohen Rentner-Praxisbudgets zuteil gewordenen Begünstigung.

Zusätzliches Gewicht kommt in diesem Zusammenhang der Regelung in Nr 4 Abs 3 Satz 1 aaO EBM zu. Überschreitet ein Vertragsarzt das Punktzahlvolumen von Zusatzbudgets, werden danach die Überschreitungen mit einem nicht ausgeschöpften Praxisbudget verrechnet. Diese Ausgestaltung beruht auf der Erwägung, dass die schwerpunktmäßige Konzentration auf Leistungen im Bereich von Zusatzbudgets typischerweise mit einer entsprechend reduzierten Leistungserbringung im Bereich der Praxisbudgets einhergeht und deshalb die nicht

verbrauchten Teile des Praxisbudgets zur Abdeckung von Leistungsanforderungen aus den Zusatzbudgets verwendet werden dürfen (vgl. Köhler/Hess, aaO, S 92 unter 6.). Daraus ergibt sich die generelle Möglichkeit zu einem Ausgleich insbesondere für die Gruppe der Allgemeinärzte, der der Kläger angehört. Zwar wirkt es sich für diese, einen breiten Versorgungsauftrag wahrnehmende Arztgruppe einerseits stärker begrenzend aus, dass im Bereich der Zusatzbudgets nicht nach der Zugehörigkeit zu Versichertengruppen unterschieden wird; andererseits haben Allgemeinmediziner mit einem überdurchschnittlich hohen Rentenanteil umgekehrt eher den Vorteil einer umfassenden Verrechnungsmöglichkeit, wenn sie die Anforderungen an eine wirtschaftliche Behandlungsweise entsprechend Leistungen aus den Zusatzbudgets substitutiv an Stelle von Leistungen einsetzen, die andere Ärzte ihrer Fachgruppe zur Behandlung gleicher Erkrankungen aus dem Praxisbudget erbringen (zum Gesichtspunkt der Begünstigung durch die deutlich höheren Praxisbudgets bei Rentnern s bereits Beschlüsse des Senats vom 26. Juni 2002 – B 6 KA 14/02 B –, S 6, und vom 13. November 2002 – B 6 KA 47/02 B –, S 4 f; ähnlich Beschluss vom 22. März 2002 – B 6 KA 2/02 B –, S 4). Dass der Kläger von der Verrechnungsmöglichkeit im konkreten Fall nicht profitiert, weil er sowohl die Zusatz- als auch die Praxisbudgetgrenzen überschritten hat, ist bei alledem ohne Belang. Nicht außer Acht zu lassen ist zudem, dass der Kläger durch die von ihm angegriffenen Regelungen über die Zusatzbudgets mittelbar auch begünstigt wird. Denn die Vorschriften über die Praxis- und Zusatzbudgets haben über die Begrenzung der zu honorierenden Punktmenge zu einer gewissen Stabilisierung des Verteilungspunktwertes, die auch dem Kläger zu Gute kommt, beigetragen (vgl. Beschluss des Senats vom 5. Februar 2003 – B 6 KA 76/02 B – juris).

Eine Fehlerhaftigkeit der Festsetzung der Zusatzbudget-Fallpunktzahlen kann schließlich auch nicht daraus hergeleitet werden, dass der Bewertungsausschuss für ihren Berechnungsmodus keine nähere Begründung gegeben hat. Zur Angabe von Gründen (spätestens im gerichtlichen Verfahren) ist ein untergesetzlicher Normsetzer nur verpflichtet, wenn Grundrechtsbeeinträchtigungen von großer Intensität zu besorgen oder sachliche Gründe für eine Regelung nicht ohne Weiteres erkennbar sind und diese daher als willkürlich erscheinen könnten (dazu näher BSGE 88, 126, 136 f = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 29 S 156; BSGE 89, 259, 266 f = SozR aaO Nr 34 S 194 f mwN). Daran fehlt es. Zum Einen handelt es sich bei den Bestimmungen über die Errechnung der Höhe der Zusatzbudgets nur um die Berufsausübung iS des Art 12 Abs 1 GG betreffende Regelungen ohne berufswahlnahe oder sonst intensive Wirkungen; zum Anderen gibt es wie dargelegt keinerlei Anhaltspunkte für eine willkürliche Vorgehensweise des Bewertungsausschusses.

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

Erstellt am: 20.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024