S 5 KA 466/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Streitverfahren über Gültigkeit einer Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab einfache Beiladung Partner der Bundesmantelverträge Bewertungsausschuss Einlegung von Rechtsmitteln unterschiedliche Höhe der Praxisbudgets Allgemeinmediziner hausärztlicher Internist Verfassungsmäßigkeit
Leitsätze	1. In Streitverfahren in denen inzident über die Gültigkeit einer Regelung des EBM-Ä gestritten wird ist die einfache Beiladung der Partner der Bundesmantelverträge und nicht diejenige des Bewertungsausschusses sachgerecht. 2. Ist in einem solchen Verfahren nur der Bewertungsausschuss beigeladen so ist er aus Gründen des prozessualen Vertrauensschutzes berechtigt durch Einlegung von Rechtsmitteln die Gültigkeit der umstrittenen EBM-Ä-Regelung zu verteidigen. 3. Die unterschiedliche Höhe der Praxisbudgets für Allgemeinmediziner und für hausärztlich tätige Internisten steht mit Art 3 Abs 1 GG in Einklang.
Normenkette	GG Art 3 Abs 1 SGG § 70 Nr 4 SGG § 75 Abs 1 SGG § 164 Abs 2 S 3 SGG § 168 S 2 SGB V § 87 Abs 1 S 1 SGB V § 87 Abs 2 F: 1992-12-21

	SGB V § 87 Abs 2a S 1 F: 1992-12-21 SGB V § 87 Abs 2a S 2 F: 1992-12-21 EBM-Ä Kap A Abschn I Teil B Nr 1 SGB X § 31 S 1 SGB V § 87 Abs 2a S 8 F: 1997-06-23

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 KA 466/98
Datum	31.10.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 3 KA 104/01
Datum	26.06.2002

3. Instanz

Datum	24.09.2003

Auf die Revisionen der Beklagten und des Beigeladenen wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 26. Juni 2002 aufgehoben, soweit es das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 31. Oktober 2001 und die angefochtenen Bescheide der Beklagten geÃ¤ndert hat. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 31. Oktober 2001 wird in vollem Umfang zurÃ¼ckgewiesen. Der KlÃ¤ger hat die auÃergerichtlichen Kosten der Beklagten fÃ¼r das Berufungs- und das Revisionsverfahren zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Der KlÃ¤ger nahm bis zum 31. Dezember 1999 als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung an der hausÃ¤rztlichen Versorgung im Bereich der beklagten KassenÃ¤rztlichen Vereinigung (KÃV) teil. Nach EinfÃ¼hrung der Praxisbudgets im Einheitlichen BewertungsmaÃstab fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Leistungen (EBM-Ã) zum 1. Juli 1997 beantragte er am 3. November 1997 bei der Beklagten, ihm kÃ¼nftig die gleichen Budgets zuzugestehen wie AllgemeinÃ¤rzten/Praktischen Ãrzten (im Folgenden: Allgemeinmediziner), insbesondere fÃ¼r den Rentnerbereich. Er werde bei der Honorarfestsetzung durch die unterschiedliche HÃ¶he der Praxisbudgets gegenÃ¼ber Allgemeinmedizinern benachteiligt. Diesen Antrag lehnte die Beklagte bescheidmÃ¤Ãig mit der BegrÃ¼ndung ab, sie habe das fÃ¼r den KlÃ¤ger maÃgebliche Praxisbudget unter Beachtung der fÃ¼r sie bindenden Vorgaben des EBM-Ã zutreffend berechnet.

Das Sozialgericht (SG) hat die nach erfolglosem Widerspruchsverfahren erhobene Klage abgewiesen. Die unterschiedlichen Fallpunktzahlen beruhten auf den Unterschieden bei den UmsÃ¤tzen, Betriebskosten, Fallzahlen und den Anteilen der vom Praxisbudget erfassten Leistungen am Gesamtleistungsspektrum der

betroffenen Arztgruppen im Referenzzeitraum. Die Festsetzung unterschiedlich hoher Fallpunktzahlen fÃ¼r Allgemeinmediziner einerseits und fÃ¼r hausÃ¤rztlich tÃ¤tige Internisten andererseits sei nicht zu beanstanden (Urteil vom 31. Oktober 2001).

Auf die Berufung des KlÃ¤gers hat das Landessozialgericht (LSG) das sozialgerichtliche Urteil sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten geÃ¤ndert und diese verurteilt, Ã¼ber die HonoraransprÃ¼che des KlÃ¤gers fÃ¼r die Quartale ab II/1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Die weitergehende Berufung hinsichtlich der Quartale III/1997 bis I/1998 hat es zurÃ¼ckgewiesen. Die unterschiedlichen Fallpunktzahlen der Praxisbudgets fÃ¼r AllgemeinÃ¤rzte und hausÃ¤rztlich tÃ¤tige Internisten seien nicht durch sachliche GrÃ¼nde gerechtfertigt. Die Rechtswidrigkeit ergebe sich allerdings nicht unmittelbar aus den Vorschriften des EBM-Ã, da diese nicht den Umfang der Budgets festlegten, sondern lediglich den rechnerischen Prozess vorschrieben, in dem die einzelne KÃV entsprechend der Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ã die KÃV-bezogenen Fallpunktzahlen zu ermitteln habe. Unter Beachtung der Berechnungsvorgaben des EBM-Ã habe die Beklagte fÃ¼r die Quartale III/1997 bis I/1999 berechnet, dass die Fallpunktzahlen bei hausÃ¤rztlichen Internisten 1.011,30 Punkte je Rentner und 527,70 Punkte fÃ¼r andere Versicherte betrÃ¼gen, gegenÃ¼ber 1.375,60 und 538,60 Punkten bei AllgemeinÃ¤rzten. Diese Fallpunktzahlen der Praxisbudgets seien den Normgebern des EBM-Ã zuzurechnen und hÃ¤tten sie zur PrÃ¼fung veranlassen mÃ¼ssen, ob die Heranziehung der jeweiligen regionalen Abrechnungsergebnisse bei der Umsetzung der Berechnungsvorgaben der Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ã einzelne Ãrzte unzumutbar belaste. Die Voraussetzungen fÃ¼r eine Korrektur der Berechnungsvorgaben seien gegeben; das hÃ¤tten die Normgeber des EBM-Ã spÃ¤testens nach dem Quartal II/1998 erkennen kÃ¶nnen und mÃ¼ssen. Die gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben fÃ¼r die TÃ¤tigkeit von AllgemeinÃ¤rzten bzw Praktischen Ãrzten einerseits und hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten andererseits rechtfertigten keine derart gravierenden Abweichungen der Fallpunktzahlen fÃ¼r das Praxisbudget. Die erhebliche Benachteiligung der hausÃ¤rztlichen Internisten im Bezirk der Beklagten beruhe auf einem atypischen Abrechnungsverhalten in der Vergangenheit, fÃ¼r das jedenfalls hinsichtlich des AusmaÃes der Differenzen keine plausiblen GrÃ¼nde erkennbar seien und auch von Beteiligten des vorliegenden Verfahrens nicht hÃ¤tten aufgezeigt werden kÃ¶nnen. FÃ¼r die Zeit ab dem Quartal II/1998 sei der beigeladene Bewertungsausschuss gehalten, eine grundgesetzkonforme Neuregelung der Fallpunktzahlen vorzunehmen. Hinsichtlich der Quartale III/1997 bis I/1998 mÃ¼sse der KlÃ¤ger die unterschiedlich hohen Fallpunktzahlen unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung noch hinnehmen (Urteil vom 26. Juni 2002).

Mit ihren Revisionen rÃ¼gen die Beklagte und der beigeladene Bewertungsausschuss eine fehlerhafte Anwendung des Art 3 Abs 1 Grundgesetz (GG) sowie der Vorschriften Ã¼ber die Praxisbudgets im EBM-Ã und in den Anlagen 3 und 4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ã Ã¼ber die Berechnung der regionalen Praxisbudgets. Als untergesetzliche Rechtsnorm

unterlÃ¤gen die Vorschriften des EBM-Ã einschlieÃlich der Berechnungsvorgaben fÃ¼r die einzelne KÃV einer gerichtlichen ÃberprÃ¼fung nur insoweit, als zu klÃ¤ren sei, ob der Normgeber den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum Ã¼berschritten oder seine Bewertungskompetenzen missbrÃ¤uchlich ausgenutzt habe. DafÃ¼r bestÃ¼nden hier keine Anhaltspunkte. Von Bedeutung sei zunÃ¤chst, dass die Fallzahlen der hausÃ¤rztlichen Internisten im Bezirk der beklagten KÃV deutlich Ã¼ber denjenigen der praktischen Ãrzte lÃ¤gen. Im Ãbrigen habe die Beklagte der Berechnung der Praxisbudgets diejenigen Punktzahlen zu Grunde gelegt, die in der Vergangenheit von den einzelnen Arztgruppen abgerechnet worden seien. Die hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten hÃ¤tten einzelne Leistungspositionen, die Bestandteil der Praxisbudgets seien, nicht in der HÃ¤ufigkeit erbracht wie die praktischen Ãrzte bzw AllgemeinÃ¤rzte. Diese Abweichung im Abrechnungsverhalten in der Vergangenheit sei bei den Rentnern besonders groÃ gewesen. Das beruhe darauf, dass die AllgemeinÃ¤rzte im VerhÃ¤ltnis zu hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten deutlich mehr Betreuungsfunktionen Ã¼bernÃ¤hmen, wie sich zB an der DurchfÃ¼hrung von Hausbesuchen zeige. Da die Fallpunktzahlen der einzelnen Praxisbudgets das Behandlungsverhalten in der Vergangenheit widerspiegelten und widerspiegeln sollten, seien Abweichungen bei den Punktzahlen fÃ¼r die einzelnen Arztgruppen unvermeidlich. Im Ãbrigen seien die Zusatzbudgets fÃ¼r hausÃ¤rztliche Internisten hÃ¶her als fÃ¼r Allgemeinmediziner, weil die in diese Budgets fallenden Leistungen in der Vergangenheit von hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten hÃ¤ufiger als von Allgemeinmedizinern erbracht worden seien.

Die Beklagte und der Beigeladene beantragen,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 26. Juni 2002 insoweit aufzuheben, als sie â die Beklagte â verurteilt wurde, Ã¼ber die HonoraransprÃ¼che des KlÃ¤gers fÃ¼r die Quartale ab II/1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden, und die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 31. Oktober 2001 im vollen Umfang zurÃ¼ckzuweisen.

Der KlÃ¤ger beantragt,
die Revisionen der Beklagten und des Beigeladenen als unzulÃ¤ssig zu verwerfen, hilfsweise als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ckzuweisen.

Die RevisionsbegrÃ¼ndungen genÃ¼gten nicht den gesetzlichen Anforderungen. Sie enthielten im Wesentlichen nur Tatsachenvortrag und belegten nicht nachvollziehbar eine Rechtsverletzung durch das angefochtene Urteil. Im Ãbrigen seien die Revisionen jedenfalls unbegrÃ¼ndet. Es sei nicht zu erkennen, welche Bedeutung der Umstand haben kÃ¶nne, dass die Fallzahl bei den hausÃ¤rztlichen Internisten hÃ¶her sei als bei den Allgemeinmedizinern. Es gehe nicht um Fallzahlen bzw Fallzahlbegrenzungen, sondern um die Punktzahl in den Praxisbudgets der einzelnen Arztgruppen. Die RevisionsfÃ¼hrer hÃ¤tten die Richtigkeit der Auffassung des LSG nicht in Frage gestellt, dass die im Bezirk der Beklagten besonders groÃe Abweichung der Fallpunktzahlen zwischen hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten und AllgemeinÃ¤rzten auf einem atypischen Abrechnungsverhalten in der Vergangenheit beruhe, das nicht plausibel erklÃ¤rt werden kÃ¶nne. SchlieÃlich sei

es nicht gerechtfertigt, die Zusatzbudgets in die Beurteilung mit einzubeziehen. Arztgruppen, die kraft Gesetzes gleiche Behandlungs- und AbrechnungsmÃ¶glichkeiten hÃ¤tten und vom Gesetzgeber in Â§ 73 Abs 1a Nr 1 und 3 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auch gleichbehandelt wÃ¼rden, mÃ¼ssten ihre TÃ¤tigkeit in gleicher Weise auf die klassische hausÃ¤rztliche Versorgung beschrÃ¤nken kÃ¶nnen. Eine Benachteiligung der hausÃ¤rztlichen Internisten bei der Festlegung der Fallpunktzahl fÃ¼r das (allgemeine) Praxisbudget kÃ¶nne nicht dadurch ausgeglichen werden, dass dieser Arztgruppe potenziell eher AbrechnungsmÃ¶glichkeiten im Bereich der Zusatzbudgets zur VerfÃ¼gung stÃ¼nden als Allgemeinmedizinern.

II

Die Revisionen der Beklagten und des beigeladenen Bewertungsausschusses sind zulÃ¤ssig.

Der Beigeladene ist berechtigt, das berufungsgerichtliche Urteil mit der Revision anzugreifen. Er ist beteiligtenfÃ¤hig iS des Â§ 70 Nr 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG), wie der Senat mit Urteil vom 11. September 2002 (- B 6 KA 34/01 R â BSGE 90, 61, 62 f = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 35 S 201 ff) entschieden hat.

Die fÃ¼r Rechtsmittel von Beigeladenen erforderliche materielle Beschwer ist in der hier zu beurteilenden Konstellation ebenfalls gegeben. Allerdings sind nach der Rechtsprechung des Senats die Partner der BundesmantelvertrÃ¤ge (BMVe), die an der Vereinbarung des Normsetzungsvertrages EBM-Ã gemÃ¤Ã Â§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V beteiligt und im gerichtlichen Verfahren einfach beigeladen sind (Â§ 75 Abs 1 SGG), in FÃ¤llen, in denen die GÃ¼ltigkeit einer Regelung des EBM-Ã in Frage stand, durch gerichtliche Entscheidungen materiell beschwert, durch die Vorschriften des EBM-Ã inzident verworfen werden (BSGE 78, 98, 99 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12 S 34 fÃ¼r die KassenÃ¤rztliche Bundesvereinigung; s auch BSG SozR 3-2500 Â§ 115 Nr 1 S 3 fÃ¼r KÃV und KKn-VerbÃ¤nde). An dieser Rechtsprechung hÃ¤lt der Senat fest. Der BewertungsmaÃstab nach Â§ 87 Abs 1 SGB V wird von den Partnern der BMVe durch den Bewertungsausschuss als Vertragsorgan vereinbart (vgl BSGE 90, 61, 64 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 35 S 203) und ist Bestandteil der BMVe. Deshalb ist es sachgerecht, die Partner der BMVe zu solchen Streitverfahren einfach beizuladen (Â§ 75 Abs 1 SGG), in denen inzident Ã¼ber die GÃ¼ltigkeit einer Bestimmung in diesen VertrÃ¤gen gestritten wird; zu diesen VertrÃ¤gen zÃ¤hlt auch der EBM-Ã. Im Fall der Normverwerfung seitens des Gerichts steht den Partnern der BMVe dann nach der Rechtsprechung des Senats die Befugnis zu, wegen der Betroffenheit in der ihnen gesetzlich zugewiesenen Verantwortung fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche Versorgung insgesamt Rechtsmittel einzulegen. Die Beiladung des Bewertungsausschusses als Vertragsorgan zusÃ¤tzlich zu den Vertragspartnern ist regelmÃ¤Ãig entbehrlich.

In zu entscheidenden Verfahren ist indessen eine einfache Beiladung der Partner der BMVe unterblieben; das SG hat lediglich den Bewertungsausschuss beigeladen. Der Senat kann die Beiladung der Vertragspartner nicht nachholen, da im Revisionsverfahren nur notwendige Beiladungen vorgenommen werden dÃ¼rfen

(Â§ 168 Satz 2 SGG). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. In dieser Situation ist das Vertragsorgan Bewertungsausschuss berechtigt, an Stelle der Partner der BMVe durch die Einlegung eines Rechtsmittels die GÃ¼ltigkeit der Norm in der Revisionsinstanz zu verteidigen.

An dieser insbesondere auf ErwÃ¤gungen des prozessualen Vertrauensschutzes gestÃ¼tzten Rechtsprechung hÃ¤lt der Senat in Verfahren fest, in denen inzident Ã¼ber die GÃ¼ltigkeit von Regelungen des EBM-Ã gestritten wird und in denen bis zur VerÃ¶ffentlichung dieses Urteils in einer von den Richtern des BSG herausgegebenen Entscheidungssammlung an Stelle der Partner der BMVe lediglich der Bewertungsausschuss beigeladen ist. FÃ¼r die Zeit danach bleibt es â soweit die Partner der BMVe keine abweichende Vereinbarung treffen â bei der bisherigen Rechtsprechung, dass die einfache Beiladung der Vertragspartner auf Bundesebene und nicht des Vertragsorgans sachgerecht ist und die beigeladenen Vertragspartner ggf befugt sind, Rechtsmittel einzulegen.

Entgegen der Auffassung des KlÃ¤gers genÃ¼gen die RevisionsbegrÃ¼ndungen der Beklagten und des beigeladenen Bewertungsausschusses den Anforderungen des Â§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG. Danach muss ein bestimmter Antrag gestellt und die verletzte Rechtsnorm bezeichnet werden. Den RevisionsbegrÃ¼ndungen ist mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen, dass die RevisionsfÃ¼hrer die das Urteil des Berufungsgerichts tragende Auffassung beanstanden, die in Anwendung der Vorschriften des EBM-Ã Ã¼ber die Praxisbudgets festgesetzten Fallpunktzahlen insbesondere fÃ¼r Rentnerbehandlungen im Bereich der Beklagten seien rechtswidrig. Die Vorschriften Ã¼ber die Praxisbudgets sind als Bundesrecht revisibel (vgl Â§ 162 SGG). Das LSG hat angenommen, unter dem Gesichtspunkt des Gleichbehandlungsgebotes des Art 3 Abs 1 GG hÃ¤tte der Bewertungsausschuss zumindest ab dem Quartal II/1998 die Berechnungsvorschriften fÃ¼r das Praxisbudget Ã¤ndern mÃ¼ssen, weil die Abrechnungsergebnisse im Bezirk der beklagten KÃV eine nicht mehr hinnehmbare Abweichung der Fallpunktzahlen einerseits fÃ¼r AllgemeinÃ¤rzte und andererseits fÃ¼r hausÃ¤rztliche Internisten ergeben hÃ¤tten. Wenn die RevisionsfÃ¼hrer diese aus dem verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgebot abgeleitete Folgerung als rechtsfehlerhaft beanstanden, genÃ¼gt das den an eine RevisionsbegrÃ¼ndung zu stellenden Anforderungen.

Die Revisionen sind auch begrÃ¼ndet. Das LSG hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, Ã¼ber die HonoraransprÃ¼che des KlÃ¤gers fÃ¼r die Quartale ab II/1998 erneut zu entscheiden. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmÃ¤Ãig. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf ein hÃ¶heres Praxisbudget. Die unterschiedlichen Fallpunktzahlen bei den Praxisbudgets fÃ¼r Allgemeinmediziner und hausÃ¤rztlich tÃ¤tige Internisten sind mit dem Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG vereinbar.

Streitgegenstand des Verfahrens ist allein die Rechtsbehauptung des KlÃ¤gers, ihm stehe fÃ¼r die Zeit ab dem Quartal III/1997 dieselbe Fallpunktzahl fÃ¼r das Praxisbudget wie den Allgemeinmedizinern im Bezirk der beklagten KÃV zu. Seinen darauf gerichteten Antrag hat die Beklagte abgelehnt und dies durch

Widerspruchsbescheid bestÃ¤tigt. Der KlÃ¤ger ist befugt, diese Bescheide isoliert anzufechten, ohne zugleich die Honorarbescheide fÃ¼r jedes Behandlungsquartal anzugreifen. Allerdings stellt die HÃ¶he der Fallpunktzahl fÃ¼r das Praxisbudget â□□ differenzierend nach dem Versichertenstatus der Patienten â□□ nur eines von zahlreichen Elementen der Honorarverteilung dar, die grundsÃ¤tzlich nicht isoliert, sondern nur im Rahmen einer gegen den Honorarbescheid gefÃ¼hrten Klage angefochten werden kÃ¶nnen, weil diese Einzelelemente keinen eigenstÃ¤ndigen Regelungscharakter haben. Der Senat hat indessen schon entschieden, dass dann, wenn eine KÃ□(Z)V Ã¼ber eine BerechnungsgrÃ¶Ã□e der Honorarverteilung nicht nur unverbindlich informiert, vielmehr einen gesonderten Bescheid iS des Â§ 31 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erlÃ¤sst, der betroffene Arzt diesen Bescheid mit Rechtsmitteln angreifen kann (zur MÃ¶glichkeit der Vorabentscheidung von Teilkomplexen s Engelmann in: von Wulffen, SGB X, 4. Aufl 2001, Â§ 31 RdNr 29). Dem Bescheid kommt in diesem Fall eine gegenÃ¼ber gleichzeitig oder spÃ¤ter ergehenden Honorarbescheiden eigenstÃ¤ndige Bedeutung zu. Der Streit Ã¼ber ihn wird nicht gegenstandslos, wenn Honorarbescheide ergehen, die ua auf den Festlegungen beruhen, die in dem gesonderten Bescheid enthalten sind (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 27 S 192/193 und BSGE 83, 52, 53/54 = SozR aaO Nr 28 S 202 zum zahnÃ¤rztlichen Bereich).

Es bedarf hier keiner KlÃ¤rung, ob die Beklagte den Antrag des KlÃ¤gers auf Zubilligung der Fallpunktzahl der AllgemeinÃ¤rzte hÃ¤tte isoliert bescheiden mÃ¼ssen oder ob sie berechtigt gewesen wÃ¤re, ihn auf die Anfechtung der Honorarbescheide zu verweisen. Die Beklagte hat durch Verwaltungsakt geregelt, dass dem KlÃ¤ger der geltend gemachte Anspruch auf Gleichbehandlung mit den Allgemeinmedizinern nicht zusteht. In den ErlÃ¤uterungen zur Rechtsmittelbelehrung zu diesem Bescheid hat die Beklagte ausdrÃ¼cklich darauf hingewiesen, dass in dem damit erÃ¶ffneten Klageverfahren die HÃ¶he der fÃ¼r den KlÃ¤ger maÃ□geblichen Fallpunktzahl abschlieÃ□end geklÃ¤rt werden solle und es einer zusÃ¤tzlichen Anfechtung der jeweiligen Honorarbescheide nicht bedÃ¼rfe, soweit lediglich diese Frage umstritten sei.

Bereits auf der Grundlage dieser verwaltungsverfahrensrechtlichen Gestaltung hat das LSG die Beklagte zu Unrecht verurteilt, Ã¼ber die HonoraransprÃ¼che des KlÃ¤gers fÃ¼r die Zeit ab dem Quartal II/1998 neu zu entscheiden. Diese HonoraransprÃ¼che waren nicht Gegenstand des Rechtsstreits. Das Berufungsgericht hÃ¤tte â□□ von seinem Rechtsstandpunkt aus â□□ entweder die Beklagte verurteilen mÃ¼ssen, bei dem KlÃ¤ger fÃ¼r die Zeit ab dem Quartal II/1998 bis zu einem bestimmten Zeitpunkt die Fallpunktzahl der Allgemeinmediziner der Berechnung des Praxisbudgets zu Grunde zu legen oder Ã¼ber den Antrag des KlÃ¤gers auf Gleichbehandlung mit den Allgemeinmedizinern unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Dieser Rechtsfehler des LSG wirkt sich hier jedoch deshalb nicht weiter aus, weil auch die materiell-rechtliche Beurteilung des Berufungsgerichts nicht zutrifft. Der vom KlÃ¤ger erhobene Anspruch auf Gleichbehandlung mit den Allgemeinmedizinern bei der HÃ¶he der Fallpunktzahl fÃ¼r das Praxisbudget ergibt sich weder generell noch fÃ¼r die Behandlung von Rentnern. Aus der als Anspruchsgrundlage allein in Betracht kommenden Vorschrift des Art 3 Abs 1 GG ist ein solcher nicht abzuleiten.

Dem stehen Ausgestaltung, Zielsetzung und Wirkungsweise der Praxisbudgets im EBM-Ã entgegen. Zudem sind die hausÃ¤rztlichen Internisten auch tatsÃ¤chlich hinsichtlich der Honorierung ihrer vertragsÃ¤rztlichen Leistungen gegenÃ¼ber den Allgemeinmedizinern nicht benachteiligt.

Rechtsgrundlage fÃ¼r die EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets ist Â§ 87 Abs 2 Satz 1 iVm Abs 2a Satz 1 und 2 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266). Danach bestimmt der EBM-Ã den Inhalt der abrechnungsfÃ¤higen Leistungen und ihr wertmÃ¤Ãiges, in Punkten ausgedrÃ¼cktes VerhÃ¤ltnis zueinander (Abs 2 Satz 1 aaO). Die im EBM-Ã aufgefÃ¼hrten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen (Abs 2a Satz 1 aaO). Nach Abs 2 Satz 2 aaO kÃ¶nnen, soweit es medizinisch erforderlich ist, Einzelleistungen vorgesehen werden. Diese Regelungen lassen die Steuerung des Ã¤rztlichen Leistungsverhaltens durch die Begrenzung der dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Honorierung zu (vgl dazu im Einzelnen BSGE 89, 259, 261 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34 S 188; BSGE 86, 30, 40 = SozR 3-2500 Â§ 83 Nr 1 S 13 f). Mit Wirkung zum 1. Juli 1997 ist Â§ 87 Abs 2a SGB V durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 (BGBl I S 1520) zudem um Satz 8 ergÃ¤nzt worden, wonach Obergrenzen fÃ¼r die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, vorgesehen werden kÃ¶nnen; die Obergrenzen kÃ¶nnen fÃ¼r die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden.

In Wahrnehmung dieser Kompetenz hat der Bewertungsausschuss mit BeschlÃ¼ssen vom 19. November 1996 und 11. MÃ¤rz 1997 den EBM-Ã, Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B, neu gefasst (DÃ 1996, A-3364 ff, 1997, A-864 ff, siehe auch DÃ 1997, A-867 ff). Die im EBM-Ã enthaltenen Ã¤rztlichen Leistungen unterliegen danach nach MaÃgabe nÃ¤herer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal fÃ¼r die nach Nr 1.5 aaO aufgefÃ¼hrten Arztgruppen einer fallzahlabhÃ¤ngigen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechenbar. Die diese Grenze Ã¼berschreitenden Punktzahlanforderungen werden nicht gesondert vergÃ¼tet. Die HÃ¶he der Budgets ergibt sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der FÃ¤lle gemÃ¤Ã Nr 1.4 aaO (vgl zum Ganzen bereits BSGE 89, 259, 261 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34 S 188 f; BSGE 86, 16, 18 ff = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23 S 117 ff).

Im Einzelnen ist die Regelung im EBM-Ã, die zwischenzeitlich mit Wirkung vom 1. Juli 2003 aufgehoben worden ist, folgendermaÃen ausgestaltet: FÃ¼r die Arztgruppen, die in die Budgetierung einbezogen werden, ist zwischen drei Leistungsbereichen zu unterscheiden. Die Mehrzahl der Ã¤rztlichen Leistungen, die das Behandlungsspektrum in der einzelnen Arztgruppe typischerweise abdecken, ist dem â hier allein streitigen â Praxisbudget (grÃ¼ner Bereich), das von Arztgruppe zu Arztgruppe variiert, zugeordnet. Das Praxisbudget wird durch Multiplikation der arztgruppenspezifischen und nach Versicherungsstatus variierenden Fallpunktzahl mit der Zahl der in der Praxis behandelten budgetrelevanten FÃ¤lle ermittelt. Diese Multiplikation ergibt ein individuelles, auf

die einzelne Praxis bezogenes Budget als rechnerische Obergrenze von Punktzahlanforderungen fÃ¼r den budgetierten Leistungsbereich. Daneben existieren Zusatzbudgets (gelber Bereich) und unbudgetierte Leistungen (roter Bereich).

Die fÃ¼r die einzelne Arztgruppe maÃgeblichen und hier umstrittenen Fallpunktzahlen fÃ¼r das Praxisbudget werden so festgesetzt, dass zunÃ¤chst auf der Basis aller verfÃ¼gbaren 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 GesamtvergÃ¼tung nach Vorwegabzug belegÃ¤rztlicher VergÃ¼tungen abgezogen. Der verbleibende Betrag der GesamtvergÃ¼tung wird als Einkommensanteil gleichmÃ¤Ãig auf alle in die Budgetierung eingezogenen VertragsÃ¤rzte aufgeteilt. Bei bundesweiter Betrachtung erreichte diese fiktive EinkommensgrÃ¶Ãe zuletzt 138.000 DM, wobei dieser Wert ohne die Einbeziehung der neuen BundeslÃ¤nder 145.000 DM betragen hÃ¤tte (vgl Ballast, ErsK 1996, 440 ff). Die Addition der fiktiven EinkommensgrÃ¶Ãe und der nach Arztgruppen schwankenden Durchschnittskosten ergeben einen Normumsatz. Wird dieser durch die abgerechneten FÃ¤lle eines Bezugszeitraumes dividiert, ergibt sich ein durchschnittlicher Fallwert in DM, der wiederum â in Punkte umgerechnet â das Praxisbudget fÃ¼r den budgetierten Leistungsbereich ausmacht.

Unterschiede in der Versorgungsstruktur im Bereich der einzelnen KÃVen werden dadurch berÃ¼cksichtigt, dass die Berechnungsformel fÃ¼r die Bildung von Praxisbudgets bei signifikanter Abweichung von den im EBM-Ã zu Grunde gelegten Daten regionalisiert ist. Dazu ist in Nr 3 aaO der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ã bestimmt, dass die KÃVen die regionalen Fallpunktzahlen fÃ¼r die Praxisbudgets nach der Formel in Anlage 3 berechnen. Ergibt sich dabei fÃ¼r mindestens eine Arztgruppe eine Abweichung von mehr als 3 % von den durchschnittlichen Ã¼ber alle Versicherten berechneten Fallpunktzahlen des EBM-Ã, sind die so berechneten regionalen Fallpunktzahlen fÃ¼r alle Arztgruppen nach Nr 1.5 aaO EBM-Ã anzuwenden. Dieser Vorgabe hat die Beklagte nach den fÃ¼r den Senat bindenden Feststellungen des Berufungsgerichts zum Inhalt des Landesrechts (vgl Â§ 163 SGG) entsprochen, weil die Voraussetzungen einer Abweichung von mindestens 3 % bei einer Arztgruppe in ihrem Bezirk erfÃ¼llt war. Die Beklagte hat weiterhin die Fallpunktzahlen fÃ¼r das Praxisbudget sowohl fÃ¼r die hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten als auch fÃ¼r die Ãrzte fÃ¼r Allgemeinmedizin/Praktische Ãrzte, die iS der Vorschriften Ã¼ber das Praxisbudget zwei verschiedene Arztgruppen bilden, nach den Vorgaben der Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen zutreffend berechnet.

Danach ergeben sich fÃ¼r die im Bezirk der Beklagten zugelassenen Ãrzte Abweichungen von den Fallpunktzahlen nach Nr 1.5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ã. Nach dieser Regelung betrÃ¤gt die unbereinigte Fallpunktzahl fÃ¼r AllgemeinÃ¤rzte und praktische Ãrzte bei den Mitgliedern und FamilienangehÃ¶rigen 558 und bei Rentnern 1170 Punkte. Die entsprechenden Werte bei den hausÃ¤rztlichen Internisten belaufen sich auf 655 und 1.035 Punkte.

Im Bezirk der Beklagten betrÃ¤gt die Fallpunktzahl fÃ¼r Allgemeinmediziner 538 bei Mitgliedern und FamilienangehÃ¶rigen und 1.375 Punkte bei Rentnern, wÃ¤hrend sie sich fÃ¼r hausÃ¤rztliche Internisten auf 527 bzw 1.011 Punkte belÃ¤uft. Diese fÃ¼r den Bereich der Beklagten errechneten Fallpunktzahlen unterscheiden sich deutlich von den rechnerisch fÃ¼r das gesamte Bundesgebiet ermittelten Werten. WÃ¤hrend die Fallpunktzahlen der hausÃ¤rztlichen Internisten bei den Mitgliedern und FamilienangehÃ¶rigen nach den bundeseinheitlichen Werten hÃ¶her sind als die der AllgemeinÃ¤rzte, sind sie im Bereich der beklagten KÃ□V Niedersachsen (geringfÃ¼gig) niedriger. Bei den Rentnerversicherten ist die Fallpunktzahl sowohl nach den bundeseinheitlichen Werten als auch nach denjenigen in Niedersachsen fÃ¼r die Allgemeinmediziner hÃ¶her als fÃ¼r Rentner; hinsichtlich der Differenz ergibt sich jedoch ein signifikanter Unterschied. Nach den bundesweiten Zahlen betrÃ¤gt diese lediglich 140 Punkte zu Gunsten der Allgemeinmediziner, wÃ¤hrend sich in Niedersachsen eine Differenz von 364 Punkten ergibt. Diese Unterschiede rechtfertigen jedoch nicht den vom Berufungsgericht gezogenen Schluss, der Bewertungsausschuss hÃ¤tte ab dem Quartal II/1998 generell oder â□□ das wird nicht deutlich â□□ bezogen jedenfalls auf den Bezirk der Beklagten die Berechnungsvorgaben im EBM-Ã□ fÃ¼r die Fallpunktzahl des Praxisbudgets Ã¤ndern mÃ¼ssen, um einer â□□ vermeintlichen â□□ Schlechterstellung der hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten zu begegnen. Diese Folgerung verkennt die Konzeption der Praxisbudgets.

Die Reform des EBM-Ã□ von 1997 wird von unterschiedlichen ErwÃ¤gungen getragen, soweit es die Bemessung der Fallpunktzahlen einerseits in den Praxisbudgets und andererseits in den â□□ hier nicht streitbefangenen â□□ Zusatzbudgets anbelangt (zu den Zusatzbudgets nÃ¤her Senatsurteil vom 2. April 2003 â□□ B 6 KA 48/02 R -; zur VerÃ¶ffentlichung in SozR vorgesehen). Der Zuschnitt der Praxisbudgets zielt kalkulatorisch auf die Deckung der jeweiligen arztgruppenbezogenen Kosten fÃ¼r das Betreiben einer Praxis und die mÃ¶glichst gleichmÃ¤Ã□ige Aufteilung des fÃ¼r die VertragsÃ¤rzteschaft insgesamt zur VerfÃ¼gung stehenden Honorarvolumens. Die AngehÃ¶rigen aller Vertragsarztgruppen, fÃ¼r die Praxisbudgets gelten, sollen danach bei durchschnittlicher Praxisauslastung jedenfalls ihre Praxiskosten in typischerweise anfallender HÃ¶he decken und in gleichmÃ¤Ã□igem Umfang an den in der GesamtvergÃ¼tung enthaltenen Einkommensanteilen teilhaben kÃ¶nnen (vgl "Die EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 â□□ GrÃ¼nde und Inhalte", DÃ□ 1997, A-860, 861 ff). Dazu wurden Rechenwerte gewonnen, die auf der Basis der durchschnittlichen Kosten jeder Arztgruppe und anknÃ¼pfend an deren durchschnittlichen Praxisumsatz im Jahre 1994 die typischen Praxiskosten einer jeden Arztgruppe widerspiegeln sollen. Diese Werte wurden um einen Betrag erhÃ¶ht, der â□□ nach Abzug dieser Kosten und Vorwegabzug belegÃ¤rztlicher VergÃ¼tungen von der GesamtvergÃ¼tung â□□ das durchschnittliche Vertragsarzteinkommen abbilden soll. Die Summe aus Praxiskostenanteil und Einkommensteil stellt einen arztgruppentypischen Normumsatz dar, aus dem sich wiederum bezogen auf die Zahl der durchschnittlich abgerechneten FÃ¤lle fÃ¼r jede Arztgruppe eine Durchschnittsfallpunktzahl fÃ¼r sÃ¤mtliche Versicherten bzw fÃ¼r einzelne Versichertengruppen rechnen lÃ¤sst. Diese Punktzahl macht dann das Praxisbudget fÃ¼r jeden Behandlungsfall aus (vgl zuletzt Senatsurteil vom 2.

April 2003 â□□ B 6 KA 48/02 R -, zur VerÃ¶ffentlichung in SozR vorgesehen, sowie BSGE 89, 259, 261 f = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34 S 189).

Die beschriebene Zielsetzung der Praxisbudgets erschlieÃ□t sich zusÃ¤tzlich auf dem Hintergrund der von der dargestellten Berechnungsweise deutlich abweichenden Berechnung der Fallpunktzahl in den Zusatzbudgets. Diese orientiert sich nÃ¤mlich nicht an den typischen Kosten, die zur Deckung des Praxisbetriebs einer Arztgruppe erforderlich sind (zuzÃ¼glich eines Einkommensanteils). Vielmehr sollen die Zusatzbudgets iS einer ergÃ¤nzenden Feinsteuerung im Gesamtregelungskonzept der EBM-Ã□-Reform 1997 ein spezielles tatsÃ¤chliches Leistungsgeschehen widerspiegeln, durch das sich die jeweilige Praxis schon in der Vergangenheit â□□ namentlich in den Bezugsquartalen I und II/1996 â□□ ausgezeichnet hat. Diese mÃ¶glichst genaue Abbildung des tatsÃ¤chlichen Leistungsgeschehens in eng begrenzten spezialisierten Leistungsbereichen ist fÃ¼r die Berechnung der Fallpunktzahlen der Praxisbudgets gerade nicht konstitutiv.

Auf dem Hintergrund der aufgezeigten Zielsetzung der Praxisbudgets und der Grundlagen fÃ¼r die Berechnung der Fallpunktzahlen ergibt sich zunÃ¤chst, dass aus unterschiedlich hohen Fallpunktzahlen fÃ¼r zwei Arztgruppen nicht von vornherein auf eine mit Art 3 Abs 1 GG unvereinbare Ungleichbehandlung dieser Arztgruppen geschlossen werden kann. Das beruht bereits darauf, dass bei der Ermittlung des arztgruppentypischen Normumsatzes als entscheidender BezugsgrÃ¶Ã□e fÃ¼r die Berechnung des Praxisbudgets auch die durchschnittlich von der Arztgruppe abgerechnete Zahl der BehandlungsfÃ¤lle berÃ¼cksichtigt wurde und auch berÃ¼cksichtigt werden musste. Von daher ist es entgegen der Auffassung des KlÃ¤gers von erheblicher Relevanz, dass die Fallzahlen der hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten in dem maÃ□geblichen Referenzzeitraum und â□□ nach den Ermittlungen der Beklagten â□□ offenbar auch im Jahre 1998 Ã¼ber denjenigen der AllgemeinÃ¤rzte/Praktischen Ã□rzte lagen. Wenn ein Ã¼ber alle Arztgruppen hinweg identischer Normumsatz ermittelt werden soll, muss der Zahl der durchschnittlich abgerechneten FÃ¤lle Bedeutung in dem Sinne zukommen, dass eine Arztgruppe mit durchschnittlich hÃ¶herer Fallzahl einen niedrigeren Fallwert benÃ¶tigt, um den Normumsatz â□□ unter BerÃ¼cksichtigung der mÃ¶glicherweise abweichenden Praxiskosten â□□ zu erzielen.

Dasselbe gilt fÃ¼r die von den KlÃ¤gern zu Unrecht in Abrede gestellte unterschiedliche MÃ¶glichkeit der hausÃ¤rztlichen Internisten einerseits und der Allgemeinmediziner andererseits, Leistungen aus Zusatzbudgets zu erbringen. Der Anteil der Leistungen, die in das Praxisbudget fallen, schwankt zwischen den einzelnen Arztgruppen deutlich. Er reicht von 45 % bei den AnÃ¤sthesisten bis zu 88 % bei den AugenÃ¤rzten (vgl Ballast, ErsK 1996, 440, 443). Ebenso unterschiedlich sind zwischen den einzelnen Arztgruppen die rechtlichen und tatsÃ¤chlichen MÃ¶glichkeiten verteilt, Leistungen aus Zusatzbudgets zu erbringen. Sofern nicht das Ziel mÃ¶glichst gleichmÃ¤Ã□iger Verteilung der zur VerfÃ¼gung stehenden GesamtvergÃ¼tungen auf alle Arztgruppen schon im Ansatz verfehlt werden soll, ist zu berÃ¼cksichtigen, welchen Anteil die in das Praxisbudget und die in die Zusatzbudgets fallenden Leistungen an dem durchschnittlichen Umsatz einer vertragsÃ¤rztlichen Praxis haben. Denn dies hat ebenso wie die Zahl der

durchschnittlich abgerechneten FÃ¤lle Auswirkungen auf die HÃ¶he der Fallpunktzahl fÃ¼r die im Praxisbudget erfassten Leistungen. Aus diesem Grund bestehen keine Bedenken dagegen, dass der Arztgruppe, bei der der Anteil der vom Praxisbudget erfassten Leistungen an den insgesamt abgerechneten Leistungen hÃ¶her ist als bei anderen Arztgruppen, auch eine hÃ¶here Fallpunktzahl zugewiesen wird. Dasselbe gilt, wenn eine Arztgruppe mehr Leistungen als andere erbringen kann, die in Zusatzbudgets erfasst werden, und wenn die Zusatzbudgets hÃ¶her sind.

SchlieÃlich ist zu berÃ¼cksichtigen, dass in die Berechnung der Fallpunktzahl auch das tatsÃ¤chliche Abrechnungsverhalten der einzelnen Arztgruppen in der Vergangenheit eingeflossen ist. In diesem Zusammenhang weisen der beigeladene Bewertungsausschuss und die Beklagte zutreffend darauf hin, dass der Umstand, dass die Fallpunktzahl der Allgemeinmediziner bei der Rentnerbehandlung sowohl im Bundesgebiet als auch in Niedersachsen deutlich hÃ¶her ist als diejenige der hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten, auch darauf zurÃ¼ckzufÃ¼hren ist, dass die Allgemeinmediziner erheblich hÃ¤ufiger als die hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten in der Vergangenheit Hausbesuche und andere allgemeine Betreuungsleistungen erbracht haben, die Bestandteil des Praxisbudgets sind. Aus den Kapiteln B II und B III EBM-Ã, in denen alle Beratungs-, Betreuungs- und Besuchsleistungen erfasst sind, werden allein die UnzeitgebÃ¼hr nach Nr 5 EBM-Ã und die Betreuungsleistung nach Nr 16 EBM-Ã nicht in das Praxisbudget einbezogen.

Dem Urteil des Berufungsgerichts ist nicht eindeutig zu entnehmen, ob es schon in der Abweichung der bundeseinheitlichen Fallpunktzahlen bei der Rentnerbehandlung zwischen hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten (1.035) und Allgemeinmedizinern (1.175) oder lediglich in den deutlich stÃ¤rker voneinander abweichenden Werten im Bezirk der Beklagten eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung sieht. Sollte Letzteres zutreffen, ist bereits nicht erkennbar, weshalb eine dem Bundesrecht zugehÃ¶rige Berechnungsvorschrift fÃ¼r die regionalisierten Praxisbudgets dadurch rechtswidrig und deshalb unwirksam werden kann, wenn die auf ihrer Grundlage korrekt berechneten Punktzahlen fÃ¼r den Bezirk einer einzigen KÃV deutlich von den bundeseinheitlich geltenden Werten abweichen. Diese Abweichung beruht nicht auf WillkÃ¼r, sondern spiegelt ersichtlich wider, dass sich das Abrechnungsverhalten der hier betroffenen Arztgruppen der hausÃ¤rztlichen Internisten einerseits und der Allgemeinmediziner andererseits im Bezirk der beklagten KÃV noch deutlicher voneinander unterschieden hat als im bundesweiten MaÃstab. Es kann nicht angenommen werden, dass der Bewertungsausschuss als auf Bundesebene zustÃ¤ndiges Vertragsorgan berechtigt oder sogar verpflichtet wÃ¤re, bundesweit die Berechnungsvorschriften zu Ã¤ndern, wenn sich im Bezirk einer KÃV deutliche Abweichungen ergeben. Es darf nÃ¤mlich nicht auÃer Betracht bleiben, dass die Regionalisierung der Berechnungsvorgaben fÃ¼r den Fall einer mindestens dreiprozentigen Abweichung der Abrechnungsergebnisse im Bezirk einer KÃV von denen im Bundesdurchschnitt gerade den Besonderheiten der Leistungserbringung in dem jeweiligen KÃV-Bereich dient. HÃ¤tten die Normgeber des BewertungsmaÃstabs auf eine solche Ãffnung zur BerÃ¼cksichtigung regionaler Abweichungen verzichtet, hÃ¤tte es zu erheblichen Verwerfungen kommen

kÃ¶nnen, soweit sich das Abrechnungsverhalten der Arztgruppen in einem KÃ□V-Bezirk deutlich von demjenigen im Bundesgebiet insgesamt unterscheidet.

Neben der Regelung in Nr 3 der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B EBM-Ã□, die die EinfÃ¼hrung regionaler Fallpunktzahlen ermÃ¶glicht, zeigt auch die Bestimmung Nr 2 aaO, dass der Normgeber den regionalen Besonderheiten bei der Anwendung der Vorschriften des Praxisbudgets groÃ□e Bedeutung zugemessen hat. FÃ¼r die Berechnung der Fallpunktzahl der Praxisbudgets werden quartalsweise drei Fallzahlbereiche gebildet. Dem Fallzahlbereich A gehÃ¶ren alle FÃ¤lle bis zu 50 % des regionalen Fallzahldurchschnitts des Jahres 1995 der Arztgruppe an, dem Fallzahlbereich B alle FÃ¤lle von mehr als 50 % bis 150 % des regionalen Fallzahldurchschnitts und dem Fallzahlbereich C darÃ¼ber hinausgehende Fallzahlen. FÃ¼r die FÃ¤lle des Fallzahlbereichs A (kleine Praxen) wird die Fallpunktzahl fÃ¼r das Praxisbudget nach Nr 1.5 um 10 % angehoben, fÃ¼r die FÃ¤lle des Fallzahlbereichs B erfolgt eine Absenkung um 10 % und fÃ¼r die FÃ¤lle des Fallzahlbereichs C eine Absenkung um 20 %. Durch diese Regelung sollen kleine Praxen mit relativ hohem Fixkostenanteil gegenÃ¼ber fallzahlstarken Praxen privilegiert werden. MaÃ□geblicher Bezugspunkt ist hier nicht der bundesweite Fallzahldurchschnitt, sondern der regionale Fallzahldurchschnitt, also das Resultat der Abrechnungsergebnisse im jeweiligen KÃ□V-Bezirk.

Diese Regelung trÃ¤gt tatsÃ¤chlichen Gegebenheiten Rechnung, dass in einzelnen KÃ□V-Bezirken innerhalb einer Arztgruppe die HÃ¤ufigkeitsverteilung zwischen umsatzstarken und umsatzschwachen Praxen sehr unterschiedlich sein kann. Auch das lÃ¤sst erkennen, dass der Bewertungsausschuss gewachsene Strukturen sowohl hinsichtlich der Fallzahl bzw UmsatzstÃ¤rke einer Praxis als auch hinsichtlich des Abrechnungsverhaltens der einzelnen Arztgruppen aufgenommen und bei der Festsetzung der Fallpunktzahlen berÃ¼cksichtigt hat bzw der einzelnen KÃ□V bei der Anpassung der Fallpunktzahlen an die regionalen Versorgungsstrukturen die BerÃ¼cksichtigung aufgegeben hat. Im Hinblick auf diese insgesamt sachgerechte Zielsetzung kann aus einer im konkreten Fall fÃ¼r eine bestimmte Arztgruppe in einem bestimmten KÃ□V-Bezirk nachteiligen Abweichung von den bundeseinheitlichen rechnerischen Werten nicht auf eine sachwidrige und willkÃ¼rliche Ungleichbehandlung geschlossen werden.

Auch dem vom LSG in den Mittelpunkt seiner AusfÃ¼hrungen gestellten Umstand, dass sich das Leistungsspektrum der AllgemeinÃ¤rzte und der hausÃ¤rztlichen Internisten nicht notwendig unterscheidet, kommt keine ausschlaggebende Bedeutung zu. Das LSG hat zwar zutreffend darauf hingewiesen, dass nach dem Auslaufen der Ã□bergangsregelungen in Â§ 9 des "Vertrages Ã¼ber die hausÃ¤rztliche Versorgung" (Hausarztvertrag) vom 6. September 1993 (DÃ□ 1993, Heft 41, C-1837) seit dem 31. Dezember 2002 hausÃ¤rztlich tÃ¤tige Internisten regelmÃ¤Ã□ig keine anderen Leistungen als AllgemeinÃ¤rzte erbringen und abrechnen dÃ¼rfen. Darauf kommt es hier jedoch nicht maÃ□geblich an. Zum einen betrifft der Rechtsstreit des nur bis Ende 1999 vertragsÃ¤rztlich tÃ¤tig gewesenen KlÃ¤gers einen Zeitraum, in dem zahlreiche hausÃ¤rztlich tÃ¤tige Internisten kraft der angesprochenen Ã□bergangsregelung spezialisierte Leistungen erbracht haben, die in der Liste zu Â§ 6 Abs 2 des Hausarztvertrages verzeichnet sind und deshalb

grundsÃ¤tzlich in der hausÃ¤rztlichen Versorgung nicht angeboten werden dÃ¼rfen. Soweit derartige Leistungen tatsÃ¤chlich im Referenzzeitraum von hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten erbracht worden sind und Auswirkungen auf Leistungsspektrum und Umsatz dieser Arztgruppe gehabt haben, durfte das auch bei der Gestaltung der Praxisbudgets berÃ¼cksichtigt werden. Zum anderen sind fÃ¼r die Berechnung der Fallpunktzahlen der einzelnen Arztgruppen nicht in erster Linie normative Vorgaben hinsichtlich der berechnungsfÃ¤higen Leistungen, sondern das tatsÃ¤chliche Abrechnungsverhalten ausschlaggebend. Soweit sich nÃ¤mlich dieses bzw die Abrechnungsfrequenz hinsichtlich einzelner von den Praxisbudgets erfasster Leistungen bei zwei Arztgruppen im Referenzzeitraum unterschieden haben, ist es mit dem Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG vereinbar, dass sich ein faktisch unterschiedliches Leistungs- und Abrechnungsverhalten auch in unterschiedlichen Fallpunktzahlen der Praxisbudgets widerspiegelt.

SchlieÃlich ist der Schluss des KlÃ¤gers von einer niedrigeren Fallpunktzahl auf eine generelle Benachteiligung der hausÃ¤rztlichen Internisten gegenÃ¼ber den Allgemeinmedizinern bei der VergÃ¼tung nicht gerechtfertigt. Der dahinter stehenden Ãberlegung kÃ¶nnte allenfalls dann nÃ¤her getreten werden, wenn feststÃ¼nde, dass die Ertragssituation hausÃ¤rztlicher Internisten im Bezirk der Beklagten signifikant schlechter als diejenige der Allgemeinmediziner ist, dass sich weiterhin insoweit auch die VerhÃ¤ltnisse im Bezirk der Beklagten von denjenigen im Bundesgebiet unterscheiden und dass schlieÃlich dieser Umstand ursÃ¤chlich auf die unterschiedliche Berechnung der Fallpunktzahlen fÃ¼r die Praxisbudgets zurÃ¼ckzufÃ¼hren ist. DafÃ¼r bestehen indessen keine Anhaltspunkte. Im Jahre 1998 betrug der Ãberschuss je Arzt in den alten BundeslÃ¤ndern bei den Internisten (ohne Differenzierung zwischen fachÃ¤rztlich und hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten) 225.200,- DM, wÃ¤hrend er sich bei den AllgemeinÃ¤rzten auf 166.600 DM belief (vgl Grunddaten zur VertragsÃ¤rztlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland, herausgegeben von der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung, 2000, Seite D 9). Eine genauere Analyse der ÃberschÃ¼sse je Arzt fÃ¼r die Jahre 1997 und 1999 bestÃ¤tigt diesen Befund. In der Honorarklasse 1, dem Drittel der VertragsÃ¤rzte mit dem niedrigsten Umsatz, betrug in Westdeutschland der Ãberschuss je Arzt bei den AllgemeinÃ¤rzten 48.193 EUR und bei den hausÃ¤rztlichen Internisten 58.590 EUR. In der Honorarklasse 2, dem das Drittel der Ãrzte mit den mittleren UmsÃ¤tzen angehÃ¶rt, belief sich der Ãberschuss bei den AllgemeinÃ¤rzten auf 87.032 EUR und bei den hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten auf 96.699 EUR. In der Honorarklasse 3, der Arztgruppe mit dem hÃ¶chsten Umsatz, belief sich der Ãberschuss fÃ¼r die AllgemeinÃ¤rzte auf 134.763 EUR und fÃ¼r die hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten auf 148.055 EUR (Statistische Informationen des AOK-Bundesverbandes, Reihe 3, Vertragsstatistik, Reihe 3.10: Statistisches Handbuch, 2002, Seiten 36, 37, 38). Diese Werte sind schon unter Geltung der seit dem 1. Juli 1997 in Kraft befindlichen Praxisbudgets erreicht worden. Sie geben fÃ¼r eine generelle, dem Bewertungsausschuss zumindest mittelbar zurechenbare Benachteiligung der hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten nichts her.

Nach alledem kann das Urteil des Berufungsgerichts keinen Bestand haben. Es ist vielmehr, soweit es zu Gunsten des KlÃ¤gers ergangen ist, aufzuheben und seine

Berufung gegen das klageabweisende Urteil des SG in vollem Umfang zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG 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: 08.03.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024