

L 5 KA 4288/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KA 2623/03
Datum
28.06.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 4288/06
Datum
19.09.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 50/07 R
Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1.) Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, dass rheumatologisch tätige Orthopäden anders als rheumatologisch tätige Internisten der Budgetierung unterworfen waren.

2.) GNR 16 EBM ist auch in der vom 1.7.2002 bis 31.3.2005 gültigen Fassung rechtmäßig.

Revision anhängig unter [B 6 KA 50/07 R](#)

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 28.6.2006 wird zurückgewiesen.

Die Kläger tragen auch die Kosten des Berufungsverfahrens als Gesamtschuldner.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren [L 5 KA 4288/06](#) wird auf 4000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Im Streit ist die Honorierung der Leistungen für die kontinuierliche Betreuung von Rheumapatienten im Quartal 3/02.

Die Kläger, Fachärzte für Orthopädie, der Kläger Nr. 2 mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie, nehmen in Gemeinschaftspraxis an der vertragsärztlichen Versorgung teil, wobei sie im streitigen Quartal - anders als fachärztliche Internisten - der zum 1.7.1997 eingeführten Budgetierung durch Praxis- und Zusatzbudgets unterlagen. Für die kontinuierliche Betreuung von Rheumapatienten konnten sie auf Grund des Urteils des BSG vom 20.1.1999 - [B 6 KA 9/98 R](#) bis zum Quartal 2/02 (bis 30.6.2002) - ohne Anrechnung auf das Praxisbudget - die mit 900 Punkten bewertete Gebührennummer 16 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM-Ä a.F. - im folgenden nur EBM -) abrechnen. Bis dahin hatte diese Gebührennummer (soweit hier von Belang) folgenden Wortlaut:

Kontinuierliche Betreuung eines Patienten mit rheumatoider Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen oder mit Psoriasis-Arthritis oder mit Kollagenosen durch einen Internisten und/oder einen Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung "Rheumatologie" ... einmal im Behandlungsfall

Zum 1.7.2002 änderte der Bewertungsausschuss die genannte Gebührennummer insoweit, als nur noch die kontinuierliche Betreuung von Dialyse- und Mukoviszidosepatienten, nicht mehr jedoch die Betreuung von Rheumapatienten erfasst war. Gleichzeitig bewertete er die Ordinationsgebühr (Gebührennummer 1 EBM) für Internisten und Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie neu und hob sie auf einheitlich auf 585 (Mitglieder - M - bzw. Familienversicherte - F -) bzw. 740 Punkte (Rentner) an. Zuvor hatte sie für fachärztliche Internisten 235 Punkte (M/F) bzw. 300 Punkte (Rentner) und für Orthopäden 315 Punkte (M/F) bzw. 510 Punkte (Rentner) betragen. Orthopäden ohne oder nicht mit rheumatologischem Schwerpunkt konnten (ebenfalls ab 1.7.2002) 315 (M/F) bzw. 510 (R) Punkte ansetzen.

Mit Schreiben vom 26.6.2002 beantragten die Kläger, ihr Praxisbudget neu zu berechnen. Zur Begründung führten sie aus, bisher hätten sie den rheumatologischen Mehraufwand über die Gebührennummer 16 EBM außerhalb des Praxisbudgets abrechnen können. Da diese Möglichkeit nunmehr weggefallen sei, müsse das Praxisbudget geändert werden, um die Neuregelungen im EBM entsprechend umzusetzen. Denkbar wäre auch, sie wie die (fachärztlichen) Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie aus der Budgetierung auszunehmen.

Mit Bescheid vom 25.11.2002 setzte die Beklagte die im Rahmen der Budgetierung für die Gemeinschaftspraxis abrechenbare Ordinationsgebühr ab dem Quartal 3/02 auf 495 Punkte (M/F) und auf 687,5 Punkte (R) fest; die entsprechenden Punktwerte betragen bis dahin 346,5 bzw. 561. Dabei handele es sich um die arithmetischen Mittelwerte der Ordinationsgebühr für Orthopäden mit bzw. ohne Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie zuzüglich eines Aufschlags von 10%. Den Antrag der Kläger auf Neuberechnung des Praxisbudgets lehnte die Beklagte ab; eine Neuberechnung sei im EBM nicht vorgesehen.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trugen die Kläger vor, seit dem 1.7.2002 werde der Mehraufwand für die Betreuung rheumatologischer Krankheitsbilder durch Internisten und Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie nicht mehr über die Gebührennummer 16 EBM, sondern durch die Neu- bzw. Höherbewertung der Gebührennummer 1 EBM vergütet. Die (fachärztlichen) Internisten bekämen dadurch ein höheres Honorar, da sie nicht der Budgetierung unterlägen; die Orthopäden gingen leer aus, da deren Praxisbudgets auf der Basis der vor dem 1.7.2002 geltenden Ordinationsgebühr festgelegt worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.8.2003 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie führte aus, die Kläger hätten gegen die Honorarabrechnung für das Quartal 2/03 Widerspruch eingelegt und wendeten sich außerdem gegen die Ablehnung der Neuberechnung ihres Praxisbudgets. Damit könnten sie keinen Erfolg haben. Die im EBM als Bestandteil der Bundesmantelverträge getroffenen Regelungen zur Einführung von Praxis- und Zusatzbudgets zum 1.7.1997 seien bindendes Recht ([§ 82 Abs. 2 Satz 1](#) i. V. m. [§ 87 SGB V](#) bzw. § 3 Abs. 2 der Satzung). Der Bewertungsausschuss habe die Gebührennummer 16 EBM der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) folgend (BSG, Urt. v. 20.1.1999, - [B 6 KA 9/98 R](#) -) für rheumatologisch tätige Orthopäden "geöffnet", ohne zugleich die Praxisbudget-Fallpunktzahl entsprechend anzupassen, so dass die Orthopäden zunächst in den Genuss überhöhter Praxisbudgets gekommen seien. Die jetzige Neuregelung (Veränderungen in den Gebührennummern 16 bzw. 1 EBM) habe daher nur den Ausgangszustand wiederhergestellt. Orthopäden und Internisten mit rheumatologischem Schwerpunkt würden zumindest in Südbaden nur bedingt ungleich behandelt. Die Internisten seien der Budgetierung nämlich nur dann nicht unterworfen, wenn sie entsprechend schwerpunktmäßig tätig seien. In diesem Fall sei der angeforderte Leistungsbedarf in der Vergangenheit im Rahmen einer Mengengrenzungsregelung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) um 10 % abgesenkt worden.

Am 25.8.2003 erhoben die Kläger Klage beim Sozialgericht Freiburg. Sie trugen vor, die Budgetierung der ab 1.7.2002 höher bewerteten Ordinationsgebühr sei rechtswidrig. Die in Ansehung rheumatologischer Leistungen zu diesem Zeitpunkt vorgenommene Honorarumschichtung von Gebührennummer 16 zu Gebührennummer 1, die als solche nicht beanstandet werde, benachteilige die Orthopäden, da nur sie, nicht jedoch die rheumatologisch tätigen Internisten, der Budgetierung unterworfen seien und die Erhöhung der Ordinationsgebühr infolge Erschöpfung der Praxisbudgets leer laufe. Das bewirke, dass ihre rheumatologischen Leistungen anders als die gleichen Leistungen der Internisten nicht vergütet würden. Offenbar habe der Bewertungsausschuss das Urteil des BSG vom 20.1.1999 (- [B 6 KA 9/98](#) -) unterlaufen wollen; in diesem Urteil habe das BSG entschieden, dass Leistungen nach Gebührennummer 16 EBM in gleicher Weise von Internisten wie von Orthopäden erbracht werden könnten und es sachlich nicht gerechtfertigt sei, die Orthopäden hiervon auszuschließen. Daran anknüpfend sei es nicht gerechtfertigt, die Leistungen eines orthopädischen Rheumatologen zu budgetieren, während die internistischen Rheumatologen hiervon verschont blieben. Bei Zuordnung der rheumatologischen Leistungen zur Ordinationsgebühr müsse folgerichtig auch für eine - jedenfalls hinsichtlich der Punktmenge - einheitliche Vergütung gesorgt werden. Das sei aber nicht möglich, wenn den Orthopäden nur ein Praxisbudget in Höhe von 685 Punkten (M/F) bzw. 855 Punkten (Rentner) zur Verfügung stehe. Allein die Ordinationsgebühr in Höhe von 585 bzw. 740 Punkten mache schon über 85 % des Praxisbudgets aus. Mit den verbleibenden etwa 100 Punkten pro Patient sei eine verantwortungsvolle Behandlung nicht zu gewährleisten. Neben dem Gleichbehandlungsgrundsatz sei daher auch der Grundsatz leistungsproportionaler Vergütung verletzt. Der Bewertungsausschuss habe diese Härten im Gefolge der zum 1.7.2002 beschlossenen Änderungen entweder übersehen oder sich offensichtlich von sachfremden Erwägungen leiten lassen.

Die Beklagte trug vor, die Verknüpfung des Klagebegehrens mit einer Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss mache die Klage unzulässig. Dass bestimmte Arztgruppen aus der im EBM bindend festgelegten Budgetierung ausgenommen worden seien, beruhe auf unterschiedlichen Gründen, etwa der geringen Ärztezahl (Pathologen), der Wirksamkeit anderer Mechanismen zur Mengengrenzung (Nuklearmediziner) oder der Inhomogenität in Geräteeinsatz und Leistungsspektrum. Letzteres möge gerade bei den fachärztlichen Internisten ausschlaggebend gewesen sein. Bei Orthopäden liege ein anderer Sachverhalt vor, weil sie besondere Behandlungen ggf. über qualifikationsgebundene Zusatzbudgets abdecken könnten. Die Ordinationsgebühr falle auch für andere Fachgruppen in das Budget, weshalb die Kläger nicht ungleich behandelt würden; werde das Budget nicht ausgeschöpft, führe die Höherbewertung der Ordinationsgebühr auch zu einem höheren Arzthonorar. Die Rechtsprechung des BSG werde keineswegs unterlaufen; das von den Klägern angeführte Urteil vom 20.1.1999 ([a. a. O.](#)) befasse sich mit der Zuordnung einzelner Gebührennummern zu Fachgebieten des ärztlichen Berufsrechts und sei hier nicht einschlägig. Die Erhöhung der Ordinationsgebühr könne - auch unter Budgetierung - deswegen sinnvoll sein, weil der Arzt zu einer vertieften Beschäftigung mit dem Patienten schon in der Ordination veranlasst werde und möglicherweise Einsparungen bei nachfolgenden Sachleistungen oder Verordnungen erzielt werden könnten. Die Regelungen des EBM sähen einen Anspruch auf Anhebung des Praxisbudgets im Übrigen nicht vor. Budgeterweiterungen könnten auf besondere Qualifikationen oder Versorgungsnotwendigkeiten gestützt werden, was sich auf etwaige Zusatzbudgets auswirke. Die Kläger begeherten jedoch eine Veränderung des Praxisbudgets. Da sie keineswegs nur rheumatologisch behandelten, seien sie durch die Erhöhung der Ordinationsgebühr im Vergleich der Quartale 2/02 und 3/02 sogar eher besser gestellt worden, weshalb eine Beschwerde nicht erkennbar sei. Schließlich könnten Orthopäden anders als andere Arztgruppen die (erhöhte) Ordinationsgebühr bei Rheumapatienten wegen deren regelmäßig stattfindender Dauerbehandlung in jedem Quartal abrechnen. Die Praxis der Kläger verfüge zudem über vier qualifikationsgebundene Zusatzbudgets, die im streitigen Quartal nicht ausgeschöpft worden seien. Daher sei es nicht notwendig, das Praxisbudget für anspruchsvolle Behandlungen zu erweitern.

Mit Urteil vom 28.6.2006 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der angefochtene Honorarbescheid sei rechtmäßig. Die Kläger könnten weder ein höheres Praxisbudget noch die Vergütung von Leistungen nach Gebührennummer 1 EBM außerhalb des Praxisbudgets beanspruchen.

Die Fachgruppe der Orthopäden sei ohne Rechtsverstoß in die Budgetierung einbezogen worden; das gelte auch für Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie. Eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung gegenüber fachärztlichen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie liege nicht vor. Anders als Orthopäden müssten fachärztlich tätige Internisten mit einer

Schwerpunktbezeichnung nämlich ganz überwiegend in dem gewählten Teilgebiet tätig seien. Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie erbrächten daher überwiegend spezielle Leistungen zur Behandlung von Rheumapatienten. Darin unterschieden sie sich wesentlich von solchen Fachärzten, die, wie die Kläger, ein gesamtes Fachgebiet abdeckten und insoweit Grundleistungen und Spezialleistungen zu erbringen hätten (vgl. BSG, Beschluss vom 10.12.2003, - [B 6 KA 53/03 B](#) -). Die tatsächlichen Verhältnisse in der Praxis der Kläger bestätigten dies. So habe der Kläger Nr. 2 nach seinen Angaben in der mündlichen Verhandlung im streitigen Quartal 111 Rheumapatienten behandelt bei einer Gesamtfallzahl der Praxis von 2.525. Damit sei er aber bei Weitem nicht überwiegend rheumatologisch tätig gewesen, weshalb ein Vergleich mit fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie nicht zulässig sei.

Dass die Ordinationsgebühr bei Orthopäden mit Zusatzbezeichnung Rheumatologie anders als bei Internisten mit der gleichen Schwerpunktbezeichnung in ein Praxisbudget falle, verstoße weder gegen den Gleichheitssatz noch gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die für die Ordinationsgebühr erbrachten Leistungen beider Arztgruppen seien schon wegen des unterschiedlichen Leistungsspektrums nicht vergleichbar, auch wenn der Fallwert für die Behandlung rheumatologischer Patienten zu einem Anteil in die Ordinationsgebühr einfließen sollte. Außerdem müssten die Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie im Unterschied zu den Orthopäden gleicher Schwerpunktbezeichnung, die ihr gesamtes Fachgebiet abdecken könnten, überwiegend rheumatologisch tätig sein. In der Praxis der Kläger würden nur für weniger als 10 % der Patienten rheumatologische Leistungen erbracht. Die begehrte Abrechnung der Ordinationsgebühr außerhalb des Praxisbudgets gälte aber für alle Patienten. Auch dies rechtfertige die unterschiedliche Behandlung rheumatologischer Orthopäden bzw. Internisten.

Schließlich folge ein Anspruch auf Budgeterweiterung bzw. -erhöhung auch nicht aus den zum 1.7.2002 beschlossenen Honorarumschichtungen bei Rheumabehandlungen. Auch wenn die Höherbewertung der Ordinationsgebühr Kompensationscharakter (für den Wegfall von Abrechnungsmöglichkeiten nach Gebührennummer 16 EBM) haben sollte, müsse deshalb das Praxisbudget der Orthopäden nicht angehoben werden. Das Praxisbudget werde durch Multiplikation der arztgruppenspezifischen und nach Versichertenstatus variierenden Fallpunktzahl mit der Zahl der in der Praxis behandelten budgetrelevanten Fälle ermittelt. Diese Multiplikation ergebe ein individuelles, auf die einzelne Praxis bezogenes Budget als Obergrenze von Punktzahlanforderungen für den budgetierten Leistungsbereich. Zur Berechnung der für die einzelne Arztgruppe maßgeblichen Fallpunktzahlen sei zunächst auf der Basis aller verfügbaren Daten ein durchschnittlicher Kostenanteil je Arztgruppe festgelegt worden. Durch Addierung der Kostenanteile aller in die Budgets einbezogenen Arztgruppen werde ein Kostenbetrag ermittelt und von der auf diese Arztgruppe entfallenden Gesamtvergütung nach Vorwegabzug belegärztlicher Vergütungen abgezogen. Der verbleibende Betrag der Gesamtvergütung werde als Einkommensanteil gleichmäßig auf alle in die Budgetierung einbezogenen Vertragsärzte aufgeteilt.

Hiervon ausgehend sei weder ersichtlich, dass man den für das Praxisbudget der Orthopäden maßgeblichen Praxiskostensatz fehlerhaft zu niedrig bemessen habe, noch, dass der Praxiskostensatz für Orthopäden mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie höher anzusetzen wäre als für solche ohne Schwerpunktbezeichnung. Die Höherbewertung einzelner, in das Budget fallender Leistungen müsse jedenfalls nicht zu einer Erhöhung des Praxisbudgets insgesamt führen. Dies könne weder im Hinblick auf den Gleichheitssatz noch im Hinblick auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beansprucht werden.

Auf das ihnen am 25.7.2006 zugestellte Urteil haben die Kläger am 23.8.2006 Berufung eingelegt. Sie tragen ergänzend vor, dem ärztlichen Weiterbildungsrecht sei nicht zu entnehmen, dass fachärztliche Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung ganz überwiegend in dem gewählten Teilgebiet tätig sein müssten, während Orthopäden ihr gesamtes Fachgebiet abdeckten und insoweit Grundleistungen und Spezialleistungen erbringen könnten. Die gegenteilige Auffassung des BSG in dessen Urteil vom 10.12.2003 (- [B 6 KA 53/03 B](#) -), der sich das Sozialgericht ungeprüft angeschlossen habe, sei daher unzutreffend. Das Sozialgericht habe auch die (nicht protokollierten) Angaben zur Abrechnung der Gebührennummer 16 EBM in 111 Fällen fehlerhaft wiedergegeben. In Wahrheit seien Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie keineswegs überwiegend rheumatologisch tätig; wesentliche quantitative Unterschiede zu Orthopäden gebe es nicht. Beide Arztgruppen hätten die Gebührennummer 16 EBM (in der bis 1.7.2002 geltenden Fassung) in etwa gleich häufig abgerechnet.

Nahezu alle Orthopäden im Zuständigkeitsbereich der Beklagten hätten ihr Praxisbudget bereits unter Geltung der bis 1.7.2002 maßgeblichen Ordinationsgebühr ausgeschöpft oder überschritten. Die Höherbewertung der Ordinationsgebühr zum Quartal 3/02 laufe für sie daher leer. Damit habe sich das Sozialgericht nicht hinreichend auseinandergesetzt. Im streitigen Quartal hätten sie, wäre das rechtlich noch möglich gewesen, bei 111 Patienten die Gebührennummer 16 EBM und damit 99.900 Punkte außerhalb des Praxisbudgets abrechnen können. Bereits unter Geltung der "alten" (niedriger bewerteten) Ordinationsgebühr hätten sie das Praxisbudget stets um 200.000 bis 400.000 Punkte (10 bis 20 Prozent) überschritten, weshalb sich die Höherbewertung der Ordinationsgebühr für sie nicht habe auswirken können.

Unterstellt, die Praxisbudgets der Orthopäden seien ohne das Recht zur Abrechnung der Gebührennummer 16 EBM richtig bemessen gewesen, hätte man sie möglicherweise nach unten anpassen müssen, als das BSG diese Gebührennummer für sie (mit Urteil v. 20.1.1999, - [B 6 KA 9/98 R](#) -) "geöffnet" habe. Da das unterblieben sei, könnte man annehmen, mit der ab 1.7.2002 geltenden Regelung sei nur der frühere Zustand wiederhergestellt worden. Dies überzeuge jedoch nicht, weil sowohl mit der Schaffung der (vormaligen) Gebührennummer 16 EBM wie mit der Höherbewertung der Ordinationsgebühr ab 1.7.2002 zum Ausdruck komme, dass der Bewertungsausschuss die Betreuung von Rheumapatienten gesondert vergüten wolle. Dieses honorarpolitische Ziel werde verfehlt, wenn die Praxisbudgets der Orthopäden unverändert bestehen blieben. Da alle Orthopäden die Praxisbudgets ausgeschöpft hätten, komme die Differenzierung in der höher bewerteten Ordinationsgebühr (höhere Gebühr für rheumatologisch tätige Orthopäden als für "reine" Orthopäden) letztendlich nicht zum Tragen; insoweit würden an sich ungleich zu behandelnde Arztgruppen ("reine" Orthopäden und besser zu vergütende rheumatologische" Orthopäden) zu Unrecht gleich behandelt. Beim Vergleich der Orthopäden mit rheumatologischem Schwerpunkt und der entsprechenden Internisten lägen die Verhältnisse umgekehrt; letzteren gegenüber komme es zu einer ungerechtfertigten Schlechterstellung. Im Ergebnis werde daher der Gleichbehandlungsgrundsatz ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) und das aus ihm abgeleitete Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit doppelt verletzt.

Der Rechtsstreit habe grundsätzliche Bedeutung. Er werde mit Unterstützung des Berufsverbandes der Orthopäden als Musterverfahren geführt. Nahezu alle Orthopäden mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie hätten Widerspruch gegen die Honorarabrechnungen ab dem Quartal 3/2002 eingelegt. Die Verfahren ruhten mit Rücksicht auf den vorliegenden Prozess. Gleiches gelte für bereits anhängige Klagen bei

den Sozialgerichten. Die gerügte Ungleichbehandlung bestehe fort, ungeachtet dessen, dass die Praxisbudgets zum 1.7.2003 abgeschafft worden seien. Alle Kassenärztlichen Vereinigungen hätten seitdem nämlich auf der Ebene der Honorarverteilung entweder Individualbudgets eingeführt oder die ehemaligen Praxisbudgets in ihre Honorarverteilungsmaßstäbe übernommen. Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie, denen in der Zeit vom 1.7.2002 bis 30.6.2003 rheumatologische Leistungen wegen Überschreitung des Praxisbudgets nicht vergütet worden seien, seien noch benachteiligt, soweit dieser Zeitraum zur Bemessung ihrer Individualbudgets herangezogen werde. Gleiches gelte für Honorarverteilungsmaßstäbe, die die ehemaligen Praxisbudgets des EBM fortführten. Aus diesem Grund hätten betroffene Orthopäden im gesamten Bundesgebiet über den 30.6.2003 hinaus Widerspruch hinsichtlich der Vergütung ihrer rheumatologischen Leistungen erhoben; für alle diese Verfahren sei der vorliegende Rechtsstreit vorgreiflich.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 28.6.2006 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal 3/02 sowie des Bescheids vom 25.11.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.8.2003 zu verurteilen, über ihr Honorar dieses Quartals unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

hilfsweise,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt ergänzend vor, die Kläger könnten nicht beanspruchen, wie die fachärztlichen Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie aus der Budgetierung ausgenommen zu werden. Nach der Rechtsprechung des BSG (Beschl. vom 10.12.2003, - [B 6 KA 53/03 B](#) -) verstoße es nicht gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#), wenn die fachärztlichen Internisten, insbesondere diejenigen mit Schwerpunktbezeichnungen, anders als andere Arztgruppen nicht in die Praxisbudgetierung einbezogen würden. Die Besonderheit der Fachgruppe der Internisten folge insoweit nicht aus dem Berufsrecht oder dem Weiterbildungsrecht, sondern aus dem Vertragsarztrecht, namentlich aus [§ 73 Abs. 1a SGB V](#), wonach Internisten einerseits an der hausärztlichen Versorgung, andererseits an der fachärztlichen Versorgung, dabei wiederum differenziert nach Schwerpunktbezeichnungen, teilnehmen könnten.

Die Orthopäden deckten das gesamte Fachgebiet der Orthopädie ab, auch wenn sie eine Schwerpunktbezeichnungen führten. Die Rechtsauffassung des BSG, der sich das Sozialgericht angeschlossen habe, werde vorliegend durch die tatsächlichen Verhältnisse bestätigt. Nach ihren, der Beklagten, statistischen Daten zu den Quartalen 1/02 und 2/02 hätten die rheumatologisch tätigen Orthopäden die Gebührennummer 16 EBM (in der bis 1.7.2002 geltenden Fassung) nur in 1,6 bis 2,7 % der Fälle angesetzt, während die Internisten diese Gebührennummer bei deutlich niedrigeren Fallzahlen in einem Fünftel der Fälle abgerechnet hätten. Für die Kläger ergebe sich im Quartal 2/02 ein Anteil von 3 % (90 Fälle bei einer Gesamtfallzahl von 2.638).

Es sei verfassungsrechtlich unbedenklich, die Ordinationsgebühr bei Orthopäden mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie anders als bei Internisten mit der gleichen Schwerpunktbezeichnung dem Praxisbudget zu unterwerfen. Die Ordinationsgebühr beider Fachgruppen sei schon wegen des unterschiedlichen Leistungsspektrums nicht vergleichbar, nachdem, wie das BSG hervorgehoben habe, Orthopäden auch bei Führung einer Schwerpunktbezeichnung das gesamte Fachgebiet abdeckten und im Gegensatz zu Internisten mit Schwerpunktbezeichnungen Grund- und Spezialleistungen gleichermaßen erbrächten. Der Orthopäde mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie erhalte daher die höher bewertete Ordinationsgebühr in allen Fällen, also auch in den 97 % der Fälle, in denen er nicht rheumatologisch tätig werde. Da die Kläger, ebenso wie ihre Fachkollegen nur in maximal 3 % der Fälle Leistungen erbrächten, die der Gebührennummer 16 EBM (in der bis 1.7.2002 geltenden Fassung) zugeordnet gewesen seien, wäre die Befreiung der Fachgruppe vom Praxisbudget insgesamt wie hinsichtlich der Ordinationsgebühr völlig ungerechtfertigt.

Die offenbar hilfsweise begehrte Erweiterung des Praxisbudgets komme ebenfalls nicht in Betracht. Daran stelle die Rechtsprechung des BSG sehr hohe Anforderungen. Bei einer wie hier marginalen Betroffenheit sei die Budgeterweiterung von vornherein ausgeschlossen. Der Anteil der Gebührennummer 16 EBM (in der bis 1.7.2002 geltenden Fassung) am angeforderten Punktzahlvolumen des Quartals 2/02 betrage nur 2,4 % (insgesamt 3.418.425 Punkte, Gebührennummer 16 EBM 81.000 Punkte). Damit würde hinsichtlich der übrigen 97,6 % das Praxisbudget erweitert, obwohl dies von vornherein allenfalls im Hinblick auf einen Anteil von 2,4 % gerechtfertigt sein könnte; nur insoweit stünden überhaupt rheumatologische Leistungen in Rede. Dass sich die Erhöhung der Ordinationsgebühr bei Überschreitung des Praxisbudgets im Honorar nicht auswirke, hänge schließlich von den Gegebenheiten der jeweiligen Praxis ab.

Die Neubewertung einer Gebührennummer rechtfertige Maßnahmen zu Erweiterung oder Abschaffung der Praxisbudgets nicht. Das gelte vor allem dann, wenn, wie hier, die Leistungserbringung im streitigen Bereich (der kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten) nur sehr geringen Umfang habe. Andernfalls müsste bei jeder Änderung der einer Gebührennummer zugeordneten Punktzahlen das Praxisbudget neu angepasst werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und auch sonst zulässige Berufung der Kläger ist nicht begründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Die Kläger können wegen der im Quartal 3/02 zur Behandlung von Rheumapatienten erbrachten Leistungen höheres Honorar - ggf. unter Neufestlegung bzw. Erweiterung ihres Praxisbudgets - nicht beanspruchen.

Im Hinblick auf den auch den Honorarbescheid für das Quartal 3/02 erfassenden Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 19.8.2003 geht der Senat davon aus, dass der Honorarbescheid neben dem Bescheid der Beklagten vom 25.11.2002, in dem die Erweiterung des Praxisbudgets abgelehnt worden war, Gegenstand der Klage ist. Letzterem kommt im Übrigen eigenständige Bedeutung zu, die zu seiner Anfechtung unabhängig vom Honorarbescheid berechtigen würde. Das Quartalshonorar müsste (etwa) im Falle nachträglicher Budgeterweiterungen nämlich neu berechnet werden (vgl. BSG, Urt. v. 22.3.2006, - [B 6 KA 80/04 R](#) -).

Unter den Beteiligten ist nicht streitig, dass der Honorarbescheid für das Quartal 3/02 in Einklang mit den maßgeblichen Rechtsgrundlagen, insbesondere dem einschlägigen Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten, steht. Die Kläger meinen allerdings, ihre für die Behandlung (kontinuierliche Betreuung) von Rheumapatienten erbrachten Leistungen seien unzureichend bzw. zu Unrecht nicht vergütet worden, weil man sie als rheumatologisch tätige Orthopäden - insoweit in rechtswidriger Ungleichbehandlung gegenüber den ebenfalls rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten - der Budgetierung unterworfen habe und sich ihre Leistungen bei ausgeschöpften Praxisbudgets nicht mehr im Honorar niedergeschlagen hätten. Zumindest hätte man aus diesem Grund ihr Praxisbudget neu festsetzen oder erweitern bzw. die rheumatologischen Leistungen außerhalb des Praxisbudgets vergüten müssen. All das ist indessen nicht der Fall. Die Kläger können ihr Begehren weder auf das Gleichheitsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) noch auf das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 3 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 12 Abs. 1 GG](#)) stützen. Hierfür sind die folgenden Erwägungen des Senats maßgeblich:

Der vorliegende Rechtsstreit hat seinen rechtlichen Ausgangspunkt in der auf der Rechtsgrundlage des EBM zum 1.7.1997 eingeführten und zum 30.6.2003 wieder außer Kraft getretenen Budgetierung vertragsärztlicher Leistungen sowie in den vom Bewertungsausschuss mit Wirkung ab 1.7.2002 beschlossenen Änderungen der Gebührennummern 16 und 1 EBM. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 1 und 1.5 EBM unterlagen die im EBM enthaltenen ärztlichen Leistungen für die dort (unter Nr. 1.5) aufgeführten Arztgruppen einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen waren je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig. Die in Nr. 1.5 nicht aufgeführten Arztgruppen unterlagen der Budgetierung nicht (Nr. 1.1 a. a. O. EBM). Danach waren die Orthopäden ebenso wie die hausärztlichen Internisten (die gem. [§ 73 Abs. 1a Nr. 3 SGB V](#) die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben), nicht jedoch die fachärztlichen Internisten der Budgetierung unterworfen.

Die hier streitigen Leistungen nach Gebührennummer 16 EBM (in der bis 1.7.2002 geltenden Fassung), nämlich die kontinuierliche Betreuung von Rheumapatienten, waren - im Unterschied zu Leistungen nach Gebührennummer 1 EBM (Ordinationsgebühr) - nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 5 EBM von der Anrechnung auf die Praxisbudgets ausgenommen. Sie konnten nach der Leistungslegende jedoch ursprünglich nur von Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie, nicht jedoch von Orthopäden mit der gleichen Schwerpunktbezeichnung abgerechnet werden. Nachdem das BSG dies mit Urteil vom 20.1.1999 (- [B 6 KA 9/98 R](#) -) als mit den Anforderungen des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) unvereinbar verworfen hatte, konnten die rheumatologisch tätigen Orthopäden die Leistungen nach der Gebührennummer 16 EBM zunächst abrechnen, und dies sogar außerhalb ihres Budgets. Der Bewertungsausschuss beschloss jedoch in der Folgezeit, die kontinuierliche Betreuung von Rheumapatienten ab 1.7.2002 gänzlich (für alle Arztgruppen) aus dem Leistungsinhalt der Gebührennummer 16 EBM auszunehmen. Im Gegenzug bewertete er die Ordinationsgebühr (Gebührennummer 1 EBM a. F.) für Internisten und Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie neu und hob sie auf jeweils 585 Punkte (M/F) bzw. 740 Punkte (R) an.

All dies erweist sich als rechtlich unbedenklich. Die genannten Budgetierungsregelungen waren als solche rechtmäßig und standen auch im Hinblick auf die von den Klägern gerügte Ungleichbehandlung der (rheumatologisch tätigen) Orthopäden mit den (rheumatologisch tätigen) fachärztlichen Internisten in Einklang mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Die vom Bewertungsausschuss durch Änderung der Gebührennummern 16 und 1 EBM zum 1.7.2002 vollzogene Neubestimmung von Inhalt und Bewertung der zur kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten erbrachten Leistungen ist ebenfalls rechtlich nicht zu beanstanden. Schließlich werden Rechte der Kläger auch durch das Zusammenwirken der beiden Regelungskomplexe - Budgetierung einerseits und Änderung des Gebührenkatalogs andererseits - nicht verletzt.

Im Hinblick auf Art und Umfang der gerichtlichen Rechtskontrolle ist vorliegend zu beachten, dass die Regelungen des EBM als Bestandteil des BMV-Ä ([§ 87 Abs. 1 SGB V](#)) Rechtsnormcharakter haben (vgl. nur [BSGE 29, 254](#)), weshalb dem für ihren Erlass und ihre Änderung zuständigen Bewertungsausschuss ein normgeberischer Gestaltungsspielraum zukommt. Der Bewertungsausschuss hat nicht zuletzt durch die personelle Besetzung mit Ärzte- und Krankenkassenvertretern und den vertraglichen Charakter der Bewertungsmaßstäbe ([§ 87 Abs. 1 SGB V](#)) zu gewährleisten, dass die unterschiedlichen Interessen der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und auf diese Weise eine sachgerechte inhaltliche Umschreibung und Bewertung ärztlicher Leistungen erreicht wird. Diese gesetzliche Konzeption autonomer Leistungsbewertung kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen, auch durch die Gerichte, weitgehend unterbleiben, weshalb die gerichtliche Überprüfung beschränkt ist. Zu kontrollieren ist nur, ob der Bewertungsausschuss seinen Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Entscheidungskompetenz missbräuchlich genutzt hat. Dabei kann ggf. auch das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) als Prüfungsmaßstab herangezogen werden (vgl. nur etwa BSG, Urt. v. 20.1.1999, - [B 6 KA 9/98 R](#) -; KassKomm-Hess SGB V [§ 87](#) Rdnr. 7 m.w. Nachw. zur Rechtsprechung).

1. Hiervon ausgehend ist in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Senats geklärt, dass die Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets mit Wirkung ab 1.7.1997 rechtmäßig war (vgl. etwa BSG, Beschl. v. 10.12.2003, - [B 6 KA 53/03 B](#) - m. w. N. auch zur Rechtsgrundlage der Budgetierungsvorschriften; BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#) sowie Senatsurteil vom 2.10.2002, - [L 5 KA 4251/00](#) -). Sie bewirkten, dass die in den Budgets enthaltenen Leistungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig waren, wobei sich die Höhe des Budgets aus dem Produkt der Fallpunktzahl mit der Zahl der budgetrelevanten Fälle errechnete. Die Leistungsvergütung für (qualifikationsgebundene oder bedarfsabhängige) Zusatzbudgets erfolgte fallzahlabhängig auf der Grundlage des regional ermittelten Punktzahlbedarfs der diese Leistungen abrechnenden Ärzte. Hierüber streiten die Beteiligten nicht.

2. Nach Auffassung des Senats ist auch rechtlich nicht zu beanstanden, dass die rheumatologisch tätigen Orthopäden anders als die rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten der Budgetierung unterworfen waren.

Mit der Einführung eines neuen Vergütungsmodells durch die zum 1.7.1997 in Kraft getretene Reform des EBM sollte einerseits ein fallzahlabhängiges Praxisbudget für Leistungen eingeführt werden, die von der Mehrzahl der Arztgruppe erbracht und die als Standard der Arztgruppe angesehen werden. Andererseits sollte das System der Einzelleistungsvergütung beibehalten werden für hoch spezialisierte, kostenintensive Leistungen sowie für Leistungen mit begrenzter Mengendynamik. Ziel war die Stabilisierung des Punktwerts, die bei

begrenzter Gesamtvergütung nur durch Begrenzung der Gesamtpunktzahlanforderung erreicht werden konnte (vgl. dazu Kölner Kommentar zum EBM Einführung S. 62.5).

Es entspricht diesen Vorgaben, die fachärztlich tätigen Internisten aus der Budgetierung herauszunehmen, während es sich bei den Orthopäden um eine zahlenmäßig starke Fachgruppe handelt, die überwiegend homogen ist, also innerhalb der Fachgruppe bezüglich der erbrachten Leistungen, dem Patientengut oder der Kostenstruktur typischerweise eher selten gravierende Unterschiede aufweist. Zudem erwies es sich auch als praktisch unmöglich, die sehr unterschiedlich strukturierten fachärztlich tätigen Internisten, bei denen sich je nach dem gewählten Schwerpunkt (Kardiologie, Nephrologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Angiologie, Endokrinologie, Hämatologie und Internistische Onkologie) Patientenzahlen, Behandlungsintensität und Kostenstruktur erheblich unterscheiden, auf ein einheitliches Budget festzulegen. Speziell im Falle der rheumatologisch tätigen Internisten kommt noch ihre geringe Anzahl hinzu, denn im Jahre 1999 waren im Bundesgebiet nur 129 (Zahlen entnommen aus BSG Ur. v. 20.1.1999 - [B 6 KA 9/98 R](#), Rn 20) und im Bezirk der früheren Beklagten, der KV Südbaden, nach den Angaben der Beklagten nur drei Internisten mit dem Schwerpunkt Rheumatologie zugelassen. Diese sehr geringe Zahl schließt eine Budgetierung, die ja auf Durchschnittswerten aufbaut, bereits rein rechnerisch aus. Schon aus diesen Gründen ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Fachgruppe der Orthopäden der allgemeinen Budgetierung nach dem EBM unterliegt, die fachärztlich tätigen Internisten und insbesondere die hier interessierende Gruppe der fachärztlich rheumatologisch tätigen Internisten davon aber ausgenommen sind.

Auch das nur eingeeengte Leistungsspektrum der fachärztlich tätigen Internisten rechtfertigt die von den Klägern beanstandete unterschiedliche Behandlung: Nach der Rechtsprechung des BSG (Beschluss vom 10.12.2003, - [B 6 KA 53/03 B](#) -), der sich der Senat anschließt, verstößt es nicht gegen den Gleichheitssatz ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)), dass der Bewertungsausschuss für die hausärztlichen Internisten Praxisbudgets festgesetzt hatte, für die fachärztlichen Internisten jedoch nicht. Zur Begründung hat das BSG darauf abgestellt, dass die fachärztlichen Internisten, soweit sie eine Schwerpunktbezeichnung führen, ganz überwiegend in dem gewählten Teilgebiet tätig sein müssen und demgemäß überwiegend spezielle Leistungen (z.B. in der Pneumologie, der Endokrinologie oder der Gastroenterologie) erbringen. Darin liegt (so BSG, a. a. O.) ein wesentlicher Unterschied sowohl gegenüber Hausärzten wie auch gegenüber solchen Fachärzten, die - wie z.B. Gynäkologen und Augenärzte - ein gesamtes Fachgebiet abdecken und insoweit Grundleistungen wie Spezialleistungen erbringen müssen.

Diese Argumentation ist auf den vorliegenden Fall zu übertragen: Dem Regelungsmodell des [§ 73 Abs. 1 und Abs. 1a SGB V](#) folgend decken fachärztliche Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung - anders als hausärztliche Internisten - aber nicht zuletzt im Hinblick auf den Umfang des Fachgebiets der Inneren Medizin nicht ihr gesamtes Fachgebiet ab, sondern sind typischerweise ganz überwiegend für das gewählte Teilgebiet - etwa den Schwerpunkt Rheumatologie - zuständig. Darin unterscheiden sie sich auch von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Orthopäden, die unbeschadet einer Schwerpunktbezeichnung (wie der Rheumatologie) alle Leistungen ihres Fachgebiets (Grund- und Spezialleistungen) erbringen (was die Praxis der Kläger mit 90 Abrechnungen der Gebührennummer 16 EBM bei einer Fallzahl von insgesamt 2638 im vorhergehenden Quartal 2/02 eindrucksvoll zeigt), und die - was hier zusätzlich von Belang ist - die u.a. im Hinblick auf die Betreuung von Rheumapatienten ab 1.7.2002 höher bewertete Ordinationsgebühr daher in allen Behandlungsfällen (nicht nur bei Rheumapatienten) abrechnen. Auf der Grundlage dieses Sachverhalts hat die Entscheidung des Bewertungsausschusses, die fachärztlichen Internisten mit Schwerpunktbezeichnung wegen der eingeschränkten Leistungserbringung von den Praxisbudgets freizustellen, gleiches aber den einschränkungslos tätigen Orthopäden zu versagen, vor den Anforderungen des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) Bestand.

Das ärztliche Berufsrecht im Heilberufe-Kammergesetz Bad.-Württ. (v. 16.3.1995, GBl. S. 314), wonach der eine Teilgebietsbezeichnung führende Arzt "auch" in dem Teilgebiet tätig sein muss ([§ 37 Abs. 1 a. a. O.](#)), steht dem nicht entgegen und verlangt gerade keine andere, von der beschriebenen Praxis abweichende vertragsärztliche Berufsausübung.

Die von der Beklagten unwidersprochen vorgetragene statistische Daten belegen die Richtigkeit dieser Einschätzung. Danach haben die rheumatologisch tätigen Orthopäden in den Quartalen 1/02 und 2/02 die Gebührennummer 16 EBM (alt) nur in 1,6 bis 2,7 % der Fälle, die rheumatologisch tätigen Internisten bei deutlich niedrigeren Fallzahlen (623 bzw. 622 bei internistischen im Vergleich zu 1470 bzw. 1396 bei orthopädischen Rheumatologen in den Quartalen 1/02 bzw. 2/02 im Bezirk der ehemaligen KV Südbaden) jedoch in einem Fünftel der Fälle abgerechnet; für die Praxis Kläger ergab sich im Quartal 2/02 ein Anteil von 3 % (90 Fälle bei einer Gesamtfallzahl von 2.638).

3. Die zum 1.7.2002 vollzogene Neufestsetzung bzw. Neubewertung vertragsärztlicher Leistungen in der kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten durch Änderungen der Gebührennummern 16 und 1 EBM lässt Rechtsfehler ebenfalls nicht erkennen. Rechtsverletzungen der Kläger folgen auch nicht aus dem Zusammenwirken der genannten Änderungen des Gebührenkatalogs mit der Budgetierung vertragsärztlicher Leistungen. Es ist nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss hierbei seinen Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Entscheidungskompetenz missbräuchlich genutzt hätte. Insbesondere ist der Wegfall der Abrechnung der Gebührennummer 16 außerhalb des Praxisbudgets, die bei den Klägern im streitigen Quartal immerhin 99.900 Punkte umfasste, nicht rechtswidrig.

Die separate Abrechnung der Gebührennummer 16 EBM außerhalb des Budgets ist vom Bewertungsausschuss in die Allgemeinen Bestimmungen A. I. Teil B Nr. 5 eingefügt worden, um hausärztlich tätigen Kinderärzten ohne Zusatzbezeichnung die Abrechnung und Vergütung dieser Gebührennummer zu ermöglichen; auf Internisten war sie nicht zugeschnitten (BSG Beschluss vom 24.9.2003 - [B 6 KA 57/03 B](#)). Durch die nach dem Urteil des BSG vom 20.1.1999 - [B 6 KA 9/98 R](#) eröffnete Möglichkeit, ebenfalls die Gebührennummer 16 abrechnen zu können, haben die Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie im Vergleich zu den anderen Orthopäden ihrer Fachgruppe die Gelegenheit erhalten, über das Budget hinaus weitere Einnahmen erzielen zu können. Obwohl sie das Fachgebiet der Orthopädie in weitgehend gleicher Weise abdecken wie die anderen Orthopäden (der Anteil der rheumatologisch nach Gebührennummer 16 behandelten Patienten belief sich auf einen untergeordneten Anteil von nur ca. 3 % der Fallzahlen der Gemeinschaftspraxis) konnten sie auf Grund der durch die Rechtsprechung des BSG eingetretenen Rechtslage zusätzliche ärztliche Leistungen nach der Gebührennummer 16 EBM abrechnen. Die vom BSG festgestellte Ungerechtigkeit im Vergleich zu fachärztlich rheumatologisch tätigen Internisten rief bei im übrigen unverändertem EBM somit Ungerechtigkeiten zwischen den Orthopäden und Orthopäden mit dem Schwerpunkt Rheumatologie hervor. Wenn der Bewertungsausschuss bei dieser Sachlage mit der Streichung der Gebührennummer 16 EBM die Ungerechtigkeit im Verhältnis zu den anderen Orthopäden beseitigt, entspricht dies dem Gleichheitssatz und zwar auch im Verhältnis zu den anderen budgetierten Arztgruppen, die ebenfalls auf den Durchschnitt der der Budgetermittlung zu Grunde liegenden Abrechnungswerten

festgehalten werden. Die Kläger machen mit ihrer Kritik an der Streichung der Gebührennummer 16 EBM der Sache nach geltend, ihnen stehe ein höheres Budget zu als den anderen Orthopäden. Damit können sie nach dem Gesagten nicht durchdringen. Der Wegfall der Abrechenbarkeit der Gebührennummer 16 EBM außerhalb des Budgets verletzt die Kläger nicht in ihren Rechten.

4. Auch sonst ist eine Überschreitung des Entscheidungsspielsraums oder eine missbräuchliche Nutzung der Entscheidungskompetenz durch den Bewertungsausschuss nicht erkennbar. Insoweit weist die Beklagte zunächst mit Recht darauf hin, dass die Fallpunktzahlen für das Praxisbudget der (auch rheumatologisch tätigen) Orthopäden unverändert blieben, also nicht nach unten angepasst wurden, obgleich sie nach der (ersten) Änderung der Gebührennummer 16 EBM im Gefolge der erwähnten BSG-Rechtsprechung (bis zum 1.7.2002) entsprechende Leistungen abrechnen konnten, so dass sie im Ergebnis über ein überhöhtes Praxisbudget verfügten. Im Hinblick darauf war der Bewertungsausschuss aus Rechtsgründen auch nicht verpflichtet, das Praxisbudget rheumatologisch tätiger Orthopäden nach der (zweiten) Änderung der Gebührennummer 16 EBM und der Neubewertung der Ordinationsgebühr (ab 1.7.2002) nach oben anzupassen oder die rheumatologisch tätigen Orthopäden gar von der Budgetierung gänzlich freizustellen. Entsprechendes gilt für eine etwaige Neubestimmung der von Orthopäden erbrachten Leistungen in der kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten bspw. durch Schaffung einer neuen Gebührennummer und die Ausnahme der danach abrechenbaren Leistungen von der Anrechnung auf die Praxisbudgets, wie es zuvor hinsichtlich der Gebührennummer 16 EBM der Fall gewesen war. Schließlich kann in diesem Zusammenhang nicht unbeachtet bleiben, dass die Höherbewertung der Ordinationsgebühr nicht nur etwaige Honorarausfälle infolge der zum 1.7.2002 vollzogenen Änderung der Gebührennummer 16 EBM (hinsichtlich der kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten) ausgleicht, sondern in allen (orthopädischen) Behandlungsfällen - nicht nur in der Betreuung von Rheumapatienten - zum Tragen kommt. Das kann sich, unbeschadet der Budgetierung bzw. der ohnehin von den Verhältnissen der jeweiligen Praxis abhängenden Budgeterschöpfung, kompensierend auf die von den Klägern monierten Vergütungsdefizite in der Rheumabehandlung auswirken.

5. Der Bewertungsausschuss, der bei der Höherbewertung der Ordinationsgebühr ab 1.7.2002 auch zwischen Orthopäden mit rheumatologischem Schwerpunkt und Orthopäden ohne solchen Schwerpunkt unterschieden hatte (Punktwerte M/F bzw. R 585 / 740 bzw. 315 / 510), war schließlich nicht verpflichtet, diese generalisierende Regelung durch flankierende Bestimmungen für den Fall der Erschöpfung der Praxisbudgets zu ergänzen. Die in solchen Fällen naturgemäß eintretende Nivellierung der Punktwertdifferenzierung ist notwendige Folge der (wie dargelegt) als solchen zulässigen Budgetierung bzw. der Erschöpfung des Praxisbudgets durch die jeweilige Vertragsarztpraxis und daher im Hinblick auf [Art. 3 Abs. 1 GG](#) rechtlich ohne Belang. Es ist den Klägern zwar einzuräumen, dass bei einem Praxisbudget von nur 675 Punkten für die übrigen abrechenbaren Leistungen eigentlich kein Raum bleibt, so dass diese weiteren Leistungen praktisch unvergütet bleiben. Dies liegt aber daran, dass jeder Orthopäde mit dem Schwerpunkt Rheumatologie die erhöhte Ordinationsgebühr für jeden behandelten Patienten erhält, auch wenn er nur - wie hier der Kläger Nr. 2 - zu einem geringen Anteil seiner Arbeit rheumatologisch tätig wird. Insoweit mag darin sogar eine ungerechtfertigte Besserstellung der rheumatologischen Orthopäden im Vergleich zu den anderen Orthopäden ihrer Fachgruppe zu sehen sein. Eine rechtswidrige Benachteiligung liegt darin aber schon deshalb nicht, weil die Kläger -wie oben dargelegt - grundsätzlich kein höheres Praxisbudget verlangen können als die anderen Orthopäden. Die Regelung ermöglicht es den Klägern aber andererseits wenigstens ihr Praxisbudget vollständig auszuschöpfen, was im Quartal 2/03 mit einer abgerechneten Punktzahl von 29.818 Punkten unterhalb des Praxisbudgets nicht der Fall war.

6. Schließlich steht den Klägern auch ein Anspruch auf Erweiterung des Praxisbudgets nicht zu. Rechtsgrundlage hierfür ist Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, EBM. Danach konnte die KV auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung des Praxisbudgets (bzw. der Zusatzbudgets) gewähren. Nach der Rechtsprechung des BSG setzt ein besonderer Versorgungsbedarf in diesem Sinne eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraus, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis hat (BSG, Urt. v. 22.3.2006, - [B 6 KA 80/04 R - m.w.N.](#)). Dies erfordert vom Leistungsvolumen her, dass bei dem Arzt das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem vom Budget erfassten Bereich die Budgetgrenze übersteigt, und zudem, dass bei ihm im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliegt, die zwar allein noch nicht ausreicht, aber immerhin ein Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstellt. Damit hat das BSG die Voraussetzungen nicht abschließend bestimmt, aber Mindestvoraussetzungen für Erweiterungen von Praxis- (und Zusatzbudgets) festgelegt. Diese sind hier nicht erfüllt. Eine Spezialisierung im Leistungsangebot und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung der Gemeinschaftspraxis der Kläger sind nicht ersichtlich, nachdem im streitigen Quartal (nach Angaben der Kläger in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts) 111 Rheumapatienten bei einer Gesamtfallzahl von 2.525 Patienten behandelt wurden. Leistungen in der kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten machten nach den unwidersprochenen Daten der Beklagten (bezogen auf die im Quartal 2/02 noch abrechenbare Gebührennummer 16 EBM) nur einen Anteil von 2,4 % aus. Davon abgesehen konnten Eigenheiten orthopädischer Praxen im Rahmen von Zusatzbudgets (etwa für physikalische Therapie), über die die Kläger offenbar auch verfügten, berücksichtigt werden.

7. Der Senat vermag auch nicht festzustellen, dass vorliegend das aus [Art. 3 Abs. 1](#) und 12 Abs. 1 GG folgende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. etwa [BVerfGE 98,49,62](#); [BSGE 83, 1](#)) verletzt sein soll. Dieses ist insbesondere dann zu beachten, wenn die Honorarverteilung nach Arztgruppen differenziert erfolgt; ggf. müssen auch typischerweise innerhalb von Arztgruppen bestehende Unterschiede durch entsprechende Differenzierungen beachtet werden. Entgegen der Auffassung der Kläger liegt hier auch keine Besserstellung der internistischen Rheumatologen vor. Zu Bedenken ist in diesem Zusammenhang zunächst, dass sich auch bei den internistischen Rheumatologen durch den Wegfall der Gebührennummer 16 EBM die abrechenbare Punktzahl deutlich verringert und, weil die rheumatologisch tätigen Internisten typischerweise im gewählten Schwerpunkt tätig sein müssen, eine Kompensation durch die Behandlung anderer internistischer Patienten aber nicht ohne weiteres möglich ist. So behandeln die rheumatologischen Internisten typischerweise deutlich weniger Patienten im Quartal (im Quartal 2/02 im Bezirk der Beklagten 632 zu 1470), diese aber offensichtlich intensiver, wie die Abrechnung der Gebührennummer 16 in der Vergangenheit in ca. 20 % der Fälle zeigt (je Arzt wurde die GNR 16 in 2/02 128mal im Vergleich zu 24mal bei orthopädischen Rheumatologen angesetzt). Bei dieser Ausgangslage musste der Bewertungsausschuss bei den internistischen Rheumatologen für den Wegfall der Gebührennummer 16 einen entsprechenden Ausgleich schaffen und dabei berücksichtigen, dass die Gebührennummer 16 für das Einkommen der internistischen Rheumatologen von weit größerer Bedeutung ist als dies bei den rheumatologischen Orthopäden der Fall war. Bei dieser Sachlage vermag der Senat eine Überschreitung des Entscheidungsspielsraums oder eine missbräuchliche Nutzung der Entscheidungskompetenz durch den Bewertungsausschuss nicht zu erkennen.

Nach alledem erweisen sich die angefochtenen Bescheide als rechtmäßig. Der Senat braucht daher nicht in eine Prüfung einzutreten, ob durch die auf HVM-Ebene vorgeschriebenen arztgruppenbezogenen Honorarkontingente (sog. fachgruppenbezogene Honorartöpfe) eine weitere Verringerung der Auswirkungen der hier streitigen Regelungen eingetreten ist. Denn selbst wenn die rheumatologischen Internisten als Folge der EBM-Neuregelung eine höhere Anzahl an Punkten als zuvor abrechnen könnten, blieben die Auswirkungen in Folge der dann im Topf der fachärztlichen Internisten zu erwartenden Punktwertminderung eher gering.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [154 Abs. 2 VwGO](#). Die Höhe des Streitwerts ergibt sich aus 99.900 Punkten (111 Patienten, für die die Kläger die GNR 16 hätten in 3/02 abrechnen können, multipliziert mit 900 Punkten) bei einem Punktwert von 3,832 Cent.

Die Entscheidung über die Zulassung der Revision beruht auf [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#). Obwohl es sich vorliegend um ausgelaufenes Recht handelt, ist eine höchstrichterliche Klärung für die nach Angaben des Vertreters der Kläger noch zahlreichen anhängigen Gerichts- und Widerspruchsverfahren anderer rheumatologischer Orthopäden erforderlich. Hinzu kommt, dass die mit der Neuregelung verbundenen Einnahmeeinbußen sich in den von vielen Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführten Individualbudgets fortsetzen können.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-01-28