L 12 KA 179/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 32 KA 1672/99
Datum
04.07.2001
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 179/01
Datum
13.03.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Auf die Berufungen der Beklagten, sowie der Beigeladenen zu 1), 8) und 9) hin wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 4. Juli 2001 aufgehoben und die Klage der Kläger gegen den Honorarbescheid vom 23. April 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Mai 1999 abgewiesen.
II. Die Kläger haben der Beklagten die Kosten beider Rechtszüge zu erstatten, den Beigeladenen zu 1), 8) und 9) die Kosten des Berufungsverfahrens.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger wenden sich gegen die im Honorarbescheid für das Quartal 4/97 getroffene Zuordnung der im Rentneralter stehenden freiwilligen Mitglieder zur Versichertengruppe der Mitglieder/Familienangehörigen anstatt zur Versichertengruppe der Rentner.

Die Kläger sind als Allgemeinärzte in einer Gemeinschaftspraxis in M. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 23. April 1998 das Gesamthonorar der Gemeinschaftspraxis mit DM 384.692,93 festgesetzt. Hiergegen haben die Kläger Widerspruch eingelegt. Der Widerspruch richte sich unter anderem gegen die Einstufung der über 65-jährigen freiwillig bei den GKVen versicherten Patienten als "Mitglieder". Zu Letzteren werde gefordert, diese Patientengruppe als Rentner einzustufen. Eine Liste der Patientengruppe könne vorgelegt werden.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 20. Mai 1999 den Widerspruch zurückgewiesen. Die durch den ab 1. Juli 1997 geltenden EBM eingeführten Praxisbudgets würden nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Hinweis auf BSG vom 20. März 1996, Az.: 6 RKa 51/95 und 17. September 1997, Az.: 6 RKa 36/97) zulässige, Fallzahlen begrenzende Maßnahmen darstellen. § 87 Abs.2 SGB V sei eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für den ab 1. Juli 1997 geltenden EBM. Die für die Beklagte verbindlichen Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes seien in der Quartalsabrechung ordnungsgemäß umgesetzt worden. Bezüglich des Problemkreises der freiwillig versicherten Mitglieder im Rentneralter sei darauf hinzuweisen, dass die arztgruppen- und versichertengruppenbezogene Fallpunktzahl für die einzelnen Arztgruppen im EBM für die Beklagte verbindlich geregelt sei. Freiwillig versicherte Rentner würden dabei dem Versichertenstatus "Mitglied" bzw. "Familienversicherte" zugeordnet. Diese Zuordnung berühre nur das Leistungsrecht der Krankenkassen. Es sei allein der von der Krankenkasse vorgegebene Versichertenstatus maßgeblich. Eine alternative Statuseinteilung, z.B. nach Lebensalter, sei daher nicht möglich.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 25. Juni 1999, die in der Folgezeit nicht begründet wurde. Erstinstanzlich wurde der Antrag gestellt, den Honorarbescheid für das Quartal 4/97 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Mai 1999 insoweit aufzuheben, als bei der Berechnung und Konzeption des Praxisbudgets nach dem EBM freiwillig Versicherte im gesetzlichen Rentneralter nicht als Rentner, sondern als Mitglieder eingestuft worden seien und die Beklagte zu verurteilen, die Honorarfestsetzung für das Quartal 4/97 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut vorzunehmen.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 4. Juli 2001 den Honorarbescheid in der Fassung des Widerspruchsbescheides insoweit aufgehoben, als bei der Berechnung und Konzeption des Praxisbudgets nach dem EBM im Quartal 4/97 freiwillig Versicherte im gesetzlichen Rentneralter nicht als Rentner, sondern als Mitglieder eingestuft worden sind, und hat die Beklagte verurteilt, das Honorar für das Quartal 4/97 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen. Weiter wurde Sprungrevision zugelassen. Die Beklagte habe zu Unrecht das Honorar in der Weise festgesetzt, dass bei der Berechnung und Konzeption der Praxisbudgets nach dem EBM freiwillig

Versicherte im gesetzlichen Rentneralter nicht als Rentner, sondern als Mitglieder eingestuft worden seien. Der EBM sei insoweit rechtswidrig wegen Verstoßes gegen das Differenzierungsgebot bzw. gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Kammer könne nicht erkennen, dass eine Abweichung von der im EBM und im Gesetz geforderten Unterscheidung zwischen pflichtversicherten Rentnern einerseits und freiwillig versicherten Rentnern andererseits auf unüberwindliche und unzumutbare verwaltungsmäßige Schwierigkeiten stoße. Der Versichertenstatus des Rentners lasse sich jederzeit schnell über die Chipkarte von der Beklagten feststellen. Es dürfte kein nennenswerter Aufwand für die Krankenkassen bzw. für die Beklagte sein, freiwillig versicherte Rentner ab dem gesetzlichen Rentneralter ohne Mühe festzustellen, zumal das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung zum Aktenzeichen 1 BvL 16/96 die Ungleichbehandlung zwischen freiwillig versicherten und pflichtversicherten Rentnern - allerdings im Recht der Krankenversicherung - als mit dem Gleichheitsgebot unvereinbar befunden habe und der Gesetzgeber angehalten worden sei, die Ungleichbehandlung in geeigneter Weise zu beseitigen.

Hiergegen richten sich die Berufungen der Beigeladenen zu 1) vom 27. August 2001, der Beklagten vom 3. September 2001 und der Beigeladenen zu 8) und 9) vom 13. September 2001 zum Bayer. Landessozialgericht.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 1. März 2000 eingeräumt, dass die unterschiedliche Höhe in der Leistungsbewertung zwischen Mitgliedern und Familienversicherten einerseits und Rentnern andererseits den höheren Aufwand bei älteren Versicherten im Allgemeinen und Rentenbeziehern im Besonderen abdecken solle, die aus Altersgründen oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im statistischen Mittel eine erhöhte Morbidität aufweisen, und diesem Gedanken durch die Anknüpfung an den Mitgliedschaftsstatus als pflichtversicherter Rentner nur teilweise Rechnung getragen werde. Diese Problematik könne aber nicht durch eine einzelne Kassenärztliche Vereinigung (KV) gelöst werden. Es sei keine zulässige und in sich schlüssige Lösung, wenn die einzelne KV bei der Berechnung des Praxisbudgets für eine bestimmte Praxis lediglich für alle Patienten, die eine bestimmte Altersgrenze erreicht hätten, die regional oder bundesweit ermittelten Fallpunktzahlen für Rentner ansetze. Zuerst müsste bundesweit überhaupt erst einmal eine Altersgrenze vorgegeben sein. Nur auf dieser Ebene könne das erforderliche Datenmaterial ermittelt werden. Erst wenn die Vorgaben auf Bundesebene geändert seien, könne eine von den jetzigen Regeln abweichende Berechnung des jeweiligen Praxisbudgets für die einzelnen Praxen durch die einzelne KV erfolgen. Eine beispielhafte Berechnung für die Quartale 3/97 bis 4/98 habe beim Kläger ergeben, dass allein eine Zuordnung der derzeit gültigen Fallpunktzahl für Rentner für alle Patienten ab 65 Jahre bei gleichzeitiger Zuordnung aller unter 65-Jährigen zur Fallpunktzahl der Mitglieder/Familienversicherten sogar zu einer Verminderung des insgesamt zur Verfügung stehenden Praxisbudgets um durchschnittlich 3,5 % führen würde.

Der Vertreter der Beklagten beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 4. Juli 2001 (Az.: S 32 KA 1672/99) aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Vertreter der Beigeladenen zu 1), 8) und 9) beantragen sinngemäß ebenfalls,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 4. Juli 2001 (Az.: S 32 KA 1672/99) aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Sie beziehen sich in den Schriftsätzen vom 27. August 2001 und 12. März 2002 im Wesentlichen auf ein Urteil des Sozialgerichts München vom 16. Januar 2001 (Az.: S 42 KA 2726/99) und die Begründung der Beklagten vom 1. März 2002.

Die Kläger stellen sinngemäß den Antrag,

die Berufungen zurückzuweisen.

Sie haben mit Schriftsatz vom 1. November 2001 darauf hingewiesen, dass die von ihnen vorgetragenen Gründe im Berufungsverfahren fortgelten würden.

Dem Senat liegen die Verwaltungskte der Beklagten, die Klageakte mit dem Az.: S 32 KA 1672/99 sowie die Berufungsakte mit dem Az.: L 12 KA 179/01 vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthaften sowie nach § 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegten Berufungen der Beklagten sowie der Beigeladenen zu 1), 8) und 9) sind zulässig. Die für das Rechtsmittel der Beigeladenen zu 1), 8) und 9) notwendige materielle Beschwer ergibt sich daraus, dass im Rahmen des anhängigen Honorarstreits über die Gültigkeit einer Regelung im EBM zu entscheiden ist, an deren Zustandekommen die Beigeladenen zu 1), 8) und 9) kraft gesetzlicher Aufgabenzuweisung beteiligt sind. Die nach § 87 Abs.1 Satz 1 SGB V der KÄBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Bezug auf den Bewertungsmaßstab zukommende Regelungshoheit ist betroffen, wenn in einem gerichtlichen Verfahren über die Rechtmäßigkeit eines Honorarbescheides einer KV inzident eine diesem zugrunde liegende Vorschrift des EBM verworfen und die KV zu einer Vergütung ohne Berücksichtigung der mittelbar angegriffenen EBM-Regelung verurteilt wird (vgl. BSG, SozR 3-2500 § 87 SGB V Nr.17, S.72).

Die Berufungen der Beklagten und der Beigeladenen zu 1), 8) und 9) sind auch begründet.

Der angefochtene Honorarbescheid der Beklagten vom 23. April 1998 (Quartal 4/97) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Mai 1999 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat mit dem angefochtenen Urteil vom 4. Juli 2001 diese Bescheide zu Unrecht aufgehoben und die Beklagte zur Neuverbescheidung verpflichtet.

Die Beklagte hat bei der Honorarberechnung im Quartal 4/97 die streitigen Regelungen des EBM zutreffend angewandt. Die Regelungen im EBM unter Buchstabe A I Allgemeine Bestimmungen, Teil B Ziffer 1.5 bezüglich der Berechnung des Praxisbudgets und die dabei unterschiedlichen Fallpunktzahlen hinsichtlich der Versichertengruppen "M/F" einerseits und "Rentner" andererseits verstoßen auch insoweit

nicht gegen § 87 SGB V bzw. Art.12 Abs.1 i.V.m. Art.3 Abs.1 Grundgesetz (GG), als der Versichertengruppe "M/F" auch freiwillige Mitglieder im Rentneralter zugeschlagen werden. Umfang und Grenzen der Gestaltungsmöglichkeiten des Bewertungsausschusses bei der Aufstellung des EBM ergeben sich einerseits aus den inhaltlichen Vorgaben und Zielsetzungen in § 87 Abs.2 SGB V und zum anderen aus der Funktion des EBM innerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Nach § 87 Abs.2 Satz 1 SGB V hat der Bewertungsmaßstab den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander festzulegen. Die Bedeutung des EBM beschränkt sich aber nicht auf die Funktion eines bloßen Leistungs- und Bewertungsverzeichnisses. Der Bewertungsmaßstab ist vielmehr Teil eines aus mehreren Elementen bestehenden Vergütungssystems. Der Bewertungsausschuss hat insgesamt bei der Bewertung einen weiten Gestaltungsspielraum. Es ist nicht Aufgabe der Gerichte, mit punktuellen Entscheidungen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Etwas anderes gilt nur in seltenen Ausnahmefällen, in denen sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. Dafür fehlen vorliegend hinreichende Anhaltspunkte.

Die Unterteilung im EBM bei der Berechnung des Praxisbudgets hinsichtlich der Fallpunktzahlen getroffene Unterteilung in Versichertengruppen nach M (Mitglieder), F (Familienangehörige) einerseits und Rentnern andererseits knüpft erkennbar an die im Krankenversicherungsrecht (vgl. Eintragung auf der Chipkarte) und insbesondere auch im Vertragsarztrecht (vgl. insbesondere die Gesamtstatistik) übliche Unterteilung in Versichertengruppen an. Dieselbe Unterteilung findet sich auch bei der Nr.1 BMÄ/E-GO (sog. Ordinationsgebühr) und im Abschnitt O I (Allgemein-Labor) im EBM. Danach wird zwischen den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die entweder pflichtversichert (§ 5 Abs.1 Ziffer 1 bis 10 SGB V) oder freiwillig versicherte Mitglieder (§ 9 SGB V) sind sowie kostenlos mitversicherten Familienangehörigen (sog. Familienversicherte), die ohne Mitglieder der GKV zu sein, über ein Mitglied ein abgeleitetes Versicherungsrecht haben (§ 10 SGB V), unterschieden. Einen gleichrangig davon zu unterscheidenden dritten Status für Rentner gibt es nicht. Jedoch ist für Rentenantragsteller und Rentenbezieher aus der gesetzlichen Rentenversicherung unter weiteren Voraussetzungen ein Pflichtversicherungsverhältnis vorgesehen (§ 5 Abs.1 Ziffern 11 und 12 SGB V; sog. Krankenversicherung der Rentner). Wer Rentner im Sinne von § 5 SGB V ist, bestimmt das SGB V selbst nicht. Gemeint sind Anspruchsberechtigte der in § 33 SGB V aufgeführten Rentenarten. Der Zugang zur Krankenversicherung der Rentner ist durch die verlangte 9/10-Vorversicherungszeit deutlich eingeschränkt.

Die getroffene Regelung ist auch verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Zum einen ist die getroffene Regelung mit Art.12 Abs.1 GG vereinbar. Vergütungsregelungen berühren nicht den Zulassungsstatus, sondern lediglich die Berufsausübung (vgl. BSG SozR 3-2500 § 87 Nr.16 S.60; BSG SozR 3-2500 § 87 Nr.16 S.65; BSG SozR 3-2500 § 72 Nr.8 S.20). Sie sind verfassungsgemäß, wenn sie den bei Eingriffen in die Berufsfreiheit zu beachtenden Grundsätzen der Erforderlichkeit, der Geeignetheit und Verhältnismäßigkeit genügen und in ihrer Ausgestaltung die Unterschiede berücksichtigen, die typischerweise innerhalb der betroffenen Berufsgruppe bestehen. Es ist dabei vorrangig Aufgabe des Normgebers zu unterscheiden, ob und welche Maßnahmen er im Interesse des Gemeinwohl ergreifen will. Ihm steht ein weiter Einschätzungs- und Prognosespielraum zu. Nur wenn seine Erwägungen so offensichtlich fehlsam sind, dass sie vernünftigerweise keine Grundlage für normative Maßnahmen abgeben können, wenn also die Einschätzung unvertretbar ist, können die Gerichte diese beanstanden (vgl. BSG SozR 3-2500 § 72 Nr.8 S.22). Die Gerichte sind demnach nicht befugt zu prüfen, ob der Normgeber die jeweils zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden hat. Der Gesetzgeber ist insbesondere zu gröberen Typisierungen und geringeren Differenzierungen befugt.

Nach diesen Kriterien ist die im EBM vorgesehene Unterteilung in die Versichertengruppe M, F und Rentner nicht zu beanstanden. Der Normgeber hat sich vorliegend für eine etwas gröbere Typisierung entschieden, um im Sinne der Praktikabilität ohne weiteren Verwaltungsaufwand an die auf den Chipkarten vorgegebene Unterteilung anknüpfen zu können. Dies ist nach Auffassung des Senats - jedenfalls für das hier allein streitige Quartal 4/97 - nicht zu beanstanden. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass eine schlüssige Alternative zu der derzeitigen Unterteilung nicht ohne Weiteres zu bewerkstelligen wäre und umfangreicher Datenerhebungen bedürfte. Die von den Klägern ins Auge gefasste Zuordnung der freiwillig versicherten Mitglieder über 65 Jahre zur Versichertengruppe der Rentner mit der dortigen Fallpunktzahl greift zu kurz. Bei dieser Sichtweise wird völlig außer Betracht gelassen, dass die jetzt maßgeblichen Fallpunktzahlen für die Versichertengruppen M/F einerseits und Rentnern andererseits gerade auf einer Datenerhebung auf der Grundlage dieser von den Klägern beanstandeten Unterteilung beruhen. Wollte man die freiwillig versicherten Mitglieder über 65 Jahren von der Versichertengruppe der M/F in die Versichertengruppe der Rentner überführen, wäre die Fallpunktzahl für die Versichertengruppe M/F nach Herausnahme der statistisch ein höheres Morbiditätsrisiko aufweisenden über 65-jährigen freiwillig versicherten Mitglieder in der bisherigen Höhe nicht mehr gerechtfertigt und müsste tendenziell sinken. Die Zuordnung der über 65-jährigen freiwillig versicherten Mitglieder zu der Versichertengruppe der Rentner müsste demgegenüber dort nicht notwendigerweise zu einer Erhöhung der Fallpunktzahl führen, weil die dortige Zusammensetzung der Versichertengruppe bereits die durchschnittliche Fallpunktzahl eines Rentners wiederspiegelt. Das alleinige Abstellen auf die Altersgrenze 65 Jahre wäre auch dem Einwand ausgesetzt, dass damit diejenigen Personen, die bereits vor Erreichen der gesetzlichen (Regel-)Altersrente eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder bereits vorher in Rente gegangen sind und aufgrund einer schweren Erkrankung ebenfalls einen erhöhten Behandlungsaufwand aufweisen, nicht erfasst würden. Eine einigermaßen überzeugende Alternative zu der jetzigen Berechnung müsste wohl zumindest drei Hauptgruppen unterscheiden, worauf die Beklagte zu Recht hingewiesen hat. Nämlich zum einen Mitglieder/Familienversicherte bis zu einer bestimmten Altersgrenze (etwa 60 Jahre), zum anderen Mitglieder/Familienversicherte über dieser Grenze und schließlich unabhängig vom Alter Rentner. Für eine solche Neueinteilung müsste aber zunächst eine Datenerhebung auf der Grundlage genau dieser Einteilung und eine (Neu-)Festsetzung der Fallpunktzahlen für diese Gruppen erfolgen. Eine rechtliche Verpflichtung des Normgebers zu einer solchen Gruppenbildung besteht aber nach Auffassung des Senats nicht. Die derzeit geltende Unterscheidung ist im Übrigen (für die Kläger) nicht nur ungünstig (indem faktische Rentner nicht in die Versichertengruppe der Rentner, sondern der Mitglieder/Familienangehörige fallen), sondern hat auch begünstigende Auswirkungen (indem Personen in die Versichertengruppe der Rentner fallen, die typischerweise keinen für Rentner typischen Versorgungsaufwand aufweisen wie Witwen- und Waisenrentenbezieher, bzw. indem die Fallpunktzahl für die Versichertengruppe der Mitglieder/Familienangehörigen gerade unter Einbeziehung der freiwillig versicherten Mitglieder im Rentneralter erfolgte und damit höher ausfiel, wobei die Versichertengruppe der Mitglieder/Familienangehörigen diejenige der Rentner anzahlmäßig zudem deutlich überwiegt).

Auch ein Verstoß gegen Art.3 Abs.1 GG ist nicht zu erkennen. Nach der ständigen Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 55, 72, 88; zuletzt 99, 367, 388) ergeben sich aus dem allgemeinen Gleichheitssatz je nach Regelungsgegenstand und

Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gesetzgeber, die vom bloßen Willkürverbot bis zu einer strengen Bindung an Verhältnismäßigkeitserfordernisse reichen. Die Abstufung der Anforderungen folgt aus Wortlaut und Sinn von Art.3 Abs.1 GG sowie aus seinem Zusammenhang mit anderen Verfassungsnormen. Da der Grundsatz, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind, in erster Linie eine ungerechtfertigte Verschiedenbehandlung von Personen verhindern soll, unterliegt der Gesetzgeber bei einer Ungleichbehandlung von Personengruppen regelmäßig einer strengen Bindung. Diese ist umso enger, je mehr sich die personenbezogenen Merkmale den in Art.3 Abs.3 GG genannten annähern, und je größer deshalb die Gefahr ist, dass eine an sie anknüpfende Ungleichbehandlung zur Diskriminierung einer Minderheit führt. Der unterschiedlichen Weite des gesetzgeberischen Gestaltungsspielraumes entspricht eine abgestufte Kontrolldichte bei der verfassungsgerichtlichen Prüfung. Kommt als Maßstab nur das Willkürverbot in Betracht, so kann ein Verstoß gegen Art.3 Abs.1 GG erst festgestellt werden, wenn die Unsachlichkeit der Differenzierung evident ist. Dagegen prüft das Bundesverfassungsgericht bei Regelungen, die Personengruppen verschieden behandeln oder sich auf die Wahrnehmung von Grundrechten nachteilig auswirken, im Einzelnen nach, ob für die vorgesehene Differenzierung Gründe von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleichen Rechtsfolgen rechtfertigen können. Wendet man diese Grundsätze auf den vorliegenden Sachverhalt an, so ist zunächst fraglich, inwieweit die Kläger beschwert sind. Sie gehören nicht einer Gruppe von Personen an, die gegenüber einer anderen Personengruppe ungleich behandelt werden. Vielmehr werden alle Ärzte bezüglich des streitigen Sachverhaltes gleich behandelt. Die angesprochene Ungleichbehandlung zwischen freiwillig versicherten Rentnern und pflichtversicherten Rentnern (vgl. hierzu grundlegend Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000, Az.: 1 BvL 16/96 u.a.) kann von den Klägern unter diesem Gesichtspunkt nicht als Verstoß gegen Art.3 Abs.1 GG gerügt werden. Der zur strikten Beachtung des Gleichbehandlungsgebotes verpflichtete Normgeber - hier der Bewertungsausschuss - ist jedenfalls berechtigt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität eine Regelung zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalieren. Der Bewertungsausschuss verfügt, wie der Senat im Rahmen von Entscheidungen zur Überprüfung einzelner Leistungsbeschreibungen im EBM stets hervorgehoben hat, über einen Regelungsspielraum. Ein Verfassungsverstoß liegt erst vor, wenn eine Ungleichheit in dem jeweils in Betracht kommenden Zusammenhang so bedeutsam ist, dass ihre Berücksichtigung nach einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise geboten erscheint. Dies ist nach den oben angestellten Erwägungen zu verneinen. Der Anteil der Rentner bei den freiwilligen Mitgliedern im Quartal 4/97 war auch nicht so hoch, dass eine Typisierung bzw. Generalisierung dem Gesetzgeber verwehrt wäre. Unter Zugrundelegung der Angaben im Bundesarbeitsblatt 1998 Heft 6 S.113 ff. waren in den alten Bundesländern im Oktober 1997 40.878.956 Personen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, davon KVDR-Rentner 11.811.251 Personen. Die freiwilligen Mitglieder betrugen 5.448.446 Personen. Wenn man bei den freiwilligen Mitgliedern - entsprechend dem Begehren der Kläger - davon ausgeht, dass die über 65-Jährigen Rentner sind, kommt man auf eine Zahl von 506.579 Personen, was wiederum einen Anteil von 1,24 % an den Mitgliedern insgesamt ausmacht. Die Honorarfestsetzung im hier streitigen Quartal 4/97 auf der Grundlage der zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets und der dabei zur Anwendung gekommenen Fallpunktzahlen für Mitglieder und Familienversicherte bzw. Rentner ist nach alledem nicht zu beanstanden (so auch Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 10. Mai 2000, Az.: L 12 KA 10/99). Ob diese Einschätzung auch für spätere Quartale gilt, war nicht zu entscheiden. Diesbezüglich ist lediglich allgemein darauf hinzuweisen, dass der dargestellten weiten Gestaltungsfreiheit des Normgebers - zumal bei Anfangsregelungen - eine Beobachtungs- und gegebenenfalls Nachbesserungspflicht korrespondiert, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne betroffene Normadressaten unzumutbar geworden sind (vgl. BSG, SozR 3-2500 § 87 Nr.15 S.60 f.; Nr.16 S.65 f.). Ein zu beobachtender Gesichtspunkt wäre etwa, ob die durch das Gesundheitsstrukturgesetz ab 1993 eingeführte Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen für die Mitgliedschaft in der KVdR zu einem massiven Anstieg der Rentenbezieher, die nicht pflichtversichert sind, in den späteren Quartalen geführt hat bzw. führt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß § 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-25