

B 6 KA 47/00 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
-

Datum
19.07.1999
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-

Datum
31.05.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 47/00 R

Datum
16.05.2001
Kategorie
Urteil

Die Revision der Kläger und die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 31. Mai 2000 werden mit der Maßgabe zurückgewiesen, daß die Beklagte bei der Neubescheidung der Kläger über ihre Honoraransprüche für die Quartale III/1997 bis II/1998 die Rechtsauffassung des Senats zu beachten hat. Die Kläger haben der Beklagten $\frac{3}{4}$ und die Beklagte hat den Klägern $\frac{1}{4}$ der Kosten für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten um die Berechnung der Fallpunktzahlen für verschiedene Zusatzbudgets.

Die Kläger sind als Ärzte für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung in Gemeinschaftspraxis zugelassen. In den Quartalen III/1997 bis II/1998 wiesen sie Fallzahlen zwischen 1326 (III/1997) und 1624 (II/1998) auf. Der Kläger zu 1. verfügte bereits im Quartal III/1997 über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen nach den Nrn 850 bis 858 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä), bei der Klägerin zu 2. war dieses vom Quartal IV/1997 an der Fall. Allein der Kläger zu 1. hat die Genehmigung zur Abrechnung kardiologischer Leistungen sowie sonographischer Leistungen.

Im Zuge der Einführung von Praxis- und Zusatzbudgets durch den EBM-Ä zum 1. Juli 1997 erkannte die beklagte Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) den Klägern qualifikationsgebundene Zusatzbudgets für folgende Bereiche zu:

Sonographie (Fallpunktzahl 18,2, halbiert auf 9,1 (Untergruppe U)),

Psychosomatik. Übende Verfahren (Fallpunktzahl 7,0 (Untergruppe U)),

Kardiologie (Fallpunktzahl 3,6, halbiert auf 1,8 (Untergruppe U))

sowie bedarfsabhängige Zusatzbudgets für

Betreuung in beschützenden Einrichtungen (Fallpunktzahl 3,1 (Untergruppe U)),

Phlebologie ohne Zusatzbezeichnung (Fallpunktzahl 4,7 - errechnet aufgrund einer Sonderregelung im Honorarverteilungsmaßstab (HVM)),

Allergologie ohne Zusatzbezeichnung (Fallpunktzahl 24,7 - errechnet aufgrund einer Sonderregelung im HVM).

Gegen die ihnen von der Beklagten für die Quartale III/1997 bis II/1998 erteilten Honorarabrechnungen legten die Kläger wegen der dabei vorgenommenen Kürzung der von ihnen abgerechneten Punkte bei den genannten Zusatzbudgets Widersprüche ein, die die Beklagte zurückwies. Die Fallpunktzahlen für die Zusatzbudgets seien aufgrund der ab 1. Juli 1997 geltenden und zuvor bekannt gemachten Regelungen des EBM-Ä festgesetzt und zutreffend errechnet worden; von der nur zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs vorgesehenen Möglichkeit zur Erweiterung der Zusatzbudgets gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.3 EBM-Ä sei kein Gebrauch gemacht worden (Widerspruchsbescheide vom 20. August 1998 (betr Quartale III und IV/1997) und vom 19. April 1999 (betr Quartale I und II/1998)).

Die dagegen erhobenen, zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbundenen Klagen sind teilweise erfolgreich gewesen. Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte unter Änderung ihrer Bescheide verpflichtet, über die Honoraransprüche der Kläger hinsichtlich der Höhe der Zusatzbudgets "Psychosomatik. Übende Verfahren" und "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" erneut unter Beachtung seiner (des SG) Rechtsauffassung zu entscheiden; im übrigen hat es die Klage abgewiesen. Die Einführung von Praxis- und Zusatzbudgets und die Differenzierung in zwei Fallpunktzahlbereiche sei zwar grundsätzlich nicht zu beanstanden, allerdings dürfe den in die Untergruppe U eingestuften Ärzten ein Wechsel in die Untergruppe O nicht faktisch verschlossen sein. Beim Zusatzbudget "Psychosomatik. Übende Verfahren" habe die Beklagte insoweit die von der Klägerin zu 2. zwischenzeitlich neu erworbene Qualifikation und beim Zusatzbudget "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" den gestiegenen Versorgungsbedarf für die Kläger berücksichtigen müssen. Bei den Zusatzbudgets "Kardiologie" und "Sonographie" seien sie dagegen zutreffend in die Untergruppe U eingestuft worden, weil ihre Abrechnungswerte deutlich unter den Mittelwerten der Fachgruppe lägen. In den Bereichen "Allergologie" und "Phlebologie" habe die Beklagte die Fallpunktzahlen aufgrund einer besonderen Kürzungsregelung in der Anlage zu ihrem HVM ebenfalls den Praxisverhältnissen entsprechend zutreffend festgesetzt (Urteil vom 19. Juli 1999).

Dagegen haben die Beklagte Berufung und die Kläger Anschlußberufung eingelegt. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung mit der Maßgabe zurückgewiesen, daß die Beklagte bei der Neubescheidung seine (des LSG) Rechtsauffassung zu beachten habe; auf die Anschlußberufung hat sie die Honorarbescheide weiter abgeändert und die Beklagte auch verpflichtet, über die Honoraransprüche hinsichtlich der Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" neu zu entscheiden, und die Anschlußberufung im übrigen zurückgewiesen. Im Grundsatz bestünden keine Bedenken gegen die Regelungen über die Zusatzbudgets und die Möglichkeit der Differenzierung zwischen den Fallpunktzahlbereichen U und O. Der Vorstand der Beklagten habe dieses aufgrund der Vorgaben des EBM-Ä selbst regeln dürfen, da damit keine "wesentlichen" Auswirkungen auf die Honorarverteilung verbunden seien. Auch die Anknüpfung an die Punktzahlenforderungen der Quartale I und II/1996 sei sachgerecht. Die Beklagte habe jedoch nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse für die Quartale III und IV/1997 auf die bei den Klägern eingetretene erhebliche Veränderung in den Bereichen "Psychosomatik. Übende Verfahren" und "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" reagieren müssen. Bei der Erweiterung der Zusatzbudgets dürfe die Beklagte nämlich nicht nach strengeren Maßstäben verfahren als bei der erstmaligen Einstufung in die Untergruppen O oder U. Bei den in Untergruppe U eingestuften Ärzten müsse wegen der ihnen zuzugestehenden Entwicklungsmöglichkeit irgendwann geprüft werden, ob sich der Versorgungsbedarf im Laufe der Zeit geändert habe; auch müsse im Einzelfall die Zubilligung einer höheren Fallpunktzahl als die der Untergruppe U und einer geringeren als die der Untergruppe O möglich sein. Für Überlegungen, ob die Leistungen entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot erbracht worden seien, sei dabei kein Raum. Als Abhilfemöglichkeit komme zB in Betracht, daß die Beklagte die Untergruppen-Einstufung in bestimmten Zeitabständen aufs Neue ermittle. Hinsichtlich der Zusatzbudgets "Kardiologie" und "Sonographie" lägen bei den Klägern weder Besonderheiten bei der erstmaligen Zuteilung der Fallpunktzahlen vor noch Anhaltspunkte für eine Änderung der Behandlungsausrichtung oder des Patientengutes; sie hätten in keinem Quartal den Mittelwert der Untergruppe U überschritten. Bezüglich der Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" sei die Anschlußberufung der Kläger dagegen erfolgreich. Die Beklagte habe dazu - nicht wie bei den anderen Zusatzbudgets - zwei Fallpunktzahlen gebildet, sondern ihre Vertreterversammlung habe insoweit in einer Anlage zum HVM eine Sonderregelung getroffen. Danach sei bei Ärzten ohne die Zusatzbezeichnung ein einheitlicher arithmetischer Punktzahl-Mittelwert je Behandlungsfall aus den von der jeweiligen Praxis in den Quartalen I und II/1996 abgerechneten Werten zu bilden gewesen; dieser Wert sei dann (in Anlehnung an die EBM-Ä-Systematik) um 20 % reduziert und die sich ergebende Fallpunktzahl als Ausgangspunkt für die Berechnung der Punktzahlobergrenze genommen worden. Diese Regelungen wichen von zwingenden Vorgaben des EBM-Ä ab, weil für Allgemeinärzte verbindlich für beide Bereiche qualifikationsgebundene und bedarfsabhängige Zusatzbudgets vorgesehen seien. Die Beklagte müsse die Kläger daher auch für diese Bereiche in die Untergruppen U oder O einstufen (Urteil vom 31. Mai 2000).

Mit ihren vom LSG zugelassenen Revisionen wenden sich sowohl die Kläger als auch die Beklagte gegen dieses Urteil.

Die Kläger rügen die Verletzung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art 12](#) iVm [Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#)) und machen geltend, das LSG habe die Berechnung der Fallpunktzahl für ein Zusatzbudget in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Anlage 4 Abs 1 Satz 1 EBM-Ä zu Unrecht als wirksam angesehen. Wenn diese Regelung die Quartale I und II/1996 unveränderlich als Berechnungsgrundlage für die jeweiligen Zusatzbudgets festschreibe, könnten Praxisbesonderheiten, die sich nach diesem Zeitpunkt ergäben, nicht mehr berücksichtigt werden. Ärzte, die Anfang 1996 in großem Umfang zusatzbudgetierte Leistungen erbracht hätten, würden hierdurch ungerechtfertigt begünstigt. - Die Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4 EBM-Ä verstießen darüber hinaus auch gegen das Gleichbehandlungsgebot, weil es nicht möglich sei, die einmal auf der Basis der Quartale I und II/1996 vorgenommene Einstufung in die Untergruppen U und O nachträglich zu ändern und zu wechseln. Damit würden dauerhaft die in Untergruppe O eingestuften Ärzte unsachlich begünstigt. Zudem würden bei der Einstufung in die Untergruppen nach Nr 4.2 aaO andere Maßstäbe angewandt als bei der Erweiterung der Zusatzbudgets nach Nr 4.3 aaO. - Des weiteren verstoße der EBM-Ä gegen den Bewertungsausschuß-Vorbehalt des [§ 87 Abs 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Den KÄVen dürfe nämlich nur die Konkretisierung von Einzelheiten übertragen werden. Wenn das LSG darauf abstelle, daß die Entscheidung der Beklagten rechnerisch nur 2,8 % ihres (der Kläger) Gesamtumsatzes betreffe, wähle es einen falschen Ansatzpunkt. Die Frage, ob eine Entscheidung wesentlich sei oder nicht, lasse sich nur anhand der Auswirkungen auf die Gesamtheit der hiervon theoretisch betroffenen Ärzte beurteilen. Im übrigen ergäbe sich selbst nach der Rechnung des LSG bei ihnen (den Klägern) bezogen auf das Kalenderjahr eine Vergütungsdifferenz von immerhin 11.376,- DM. Für eine einzelfallbezogene Wesentlichkeitsermittlung dürfe zudem nicht nur auf die Differenz zum Mittelwert abgestellt werden, sondern es müsse die Differenz zwischen beiden Untergruppen gebildet werden. - Verletzt werde schließlich [§ 85 Abs 4 SGB V](#), weil dem HVM der Beklagten nicht die wesentlichen Elemente der Honorarverteilung zu entnehmen seien, sondern die Kompetenz für die Honorarverteilung unzulässig auf deren Vorstand verlagert worden sei. Selbst wenn man die Bildung der Untergruppen U und O nicht dem EBM-Ä selbst vorbehalten wolle, habe diese zumindest im HVM geschehen müssen. Die letztgenannten Rügen beträfen die Zusatzbudgets "Sonographie" und "Kardiologie" gleichermaßen.

Die Kläger beantragen sinngemäß, das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 31. Mai 2000 und das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19. Juli 1999 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung ihrer Honorarbescheide vom 12. Januar 1998, 9. April 1998, 9. Juli 1998 und 9. Oktober 1998 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 20. August 1998 und 19. April 1999 zu verurteilen, über ihre Honoraransprüche hinsichtlich der Fallpunktzahlen für alle zuerkannten Zusatzbudgets erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden, ferner, die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 31. Mai 2000 zu ändern sowie die Anschlußberufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19. Juli 1999 zurückzuweisen, soweit sie auch auf eine Verpflichtung der Beklagten zur Neubescheidung hinsichtlich der Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" gerichtet war, ferner, die Revision der Kläger zurückzuweisen.

Sie beschränkt ihre Revision ausdrücklich auf die Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" und hält das LSG-Urteil insoweit für unzutreffend, da die dazu geschaffenen HVM-Regelungen den Vorgaben in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Anlage 4 Abs 3 EBM-Ä nicht widersprechen. Die EBM-Ä-Regelungen sähen nicht zwingend die Aufteilung der Fallpunktzahlen von Zusatzbudgets in die Untergruppen U und O vor, sondern räumten den KÄVen nur eine entsprechende Option ein. Aus Anlage 4 aaO lasse sich nicht entnehmen, daß die Bildung der Untergruppen in anderen Zusatzbudget-Bereichen eine KÄV binde, diese Unterteilung einheitlich auch für die bedarfsabhängigen Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" vorzunehmen. Auf eine solche Differenzierung dürfe zumindest dann verzichtet werden, wenn es dafür nachvollziehbare und tragfähige Gründe gebe. Die Besonderheit der genannten Gebiete liege darin, daß diese Leistungen nicht nur von Ärzten erbracht würden, die über eine entsprechende Zusatzbezeichnung verfügten. Neben qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets hätten daher auch bedarfsabhängige Zusatzbudgets eingerichtet werden müssen, die lediglich auf einen vorhandenen Bedarf bzw eine Leistungserbringung abstellten. Die Ermittlung der dafür zugrunde zu legenden Fallpunktzahlen sei sehr problematisch gewesen, weil der in Anlage 3 Abs 1 dargelegte Rechenweg mangels statistisch verwertbarer Ergebnisse nicht habe angewandt werden können und bundeseinheitliche Zahlen für bedarfsabhängige Zusatzbudgets wegen der großen Unterschiede bei der Ermittlung der Zahlen in den einzelnen KÄVen gefehlt hätten; die Kassenärztliche Bundesvereinigung habe dieses 1997 in zwei Schreiben bestätigt. Um den betroffenen Ärzten auch unter Geltung der Praxisbudgets die Fortführung ihrer bisherigen Tätigkeit im wesentlichen zu ermöglichen, habe die Vertreterversammlung daher beschlossen, für die bedarfsabhängigen Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" auf die jeweiligen einzelnen Praxisverhältnisse abzustellen; für deren Berechnung sei dann die Systematik des EBM-Ä mit der Anlage 4 Abs 1 aaO entsprechend angewandt worden. So seien praxisindividuell die Quartale I und II/1996 herangezogen und die relevanten Fallzahlenforderungen durch die Zahl der budgetrelevanten Fälle dieser beiden Quartale dividiert worden; die sich ergebende Fallpunktzahl sei dann als Beitrag zur Punktwertstabilität - in Anlehnung an die Praxisbudget-Systematik - um 20 % reduziert worden. Die vorgenommenen Abweichungen seien durch die Besonderheiten dieser Zusatzbudget-Bereiche begründet und zur Ermittlung adäquater Fallpunktzahlen erforderlich gewesen. Eine Benachteiligung bestimmter Ärzte oder Praxen liege darin nicht. Auch das LSG habe im Grundsatz diese Vorgehensweise akzeptiert, weil es zur Ermessensausübung der KÄV bei den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.3 EBM-Ä eine individualisierte Betrachtung fordere. - Die Revision der Kläger sei unbegründet. Das LSG habe gerade keine Festschreibung der Fallpunktzahlen auf den Bemessungszeitraum der Quartale I und II/1996 vorgenommen, sondern sie (die Beklagte) zur Neubescheidung nur verpflichtet, wo sich Steigerungen der Punktzahlenforderungen der Kläger ergeben hätten. In den Leistungsbereichen "Sonographie" und "Kardiologie" solle es - mangels Auswirkungen auf die Praxis der Kläger - bei den ermittelten Fallpunktzahlen verbleiben. Damit trage das LSG der aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit resultierenden Differenzierungspflicht Rechnung. Ähnliches gelte hinsichtlich der fortbestehenden Einstufungen in die Untergruppe U. Das LSG führe zur Untergruppenbildung aus, daß es bei bestimmten Konstellationen nicht bei einer dauerhaften Festschreibung der ursprünglich vorgenommenen Budgeteinstufung bleiben könne. Das bewirke jedoch keine Unwirksamkeit der Regelungen insgesamt und habe bei den Klägern in den genannten Leistungsbereichen keine Auswirkungen. Ferner sei mit dem LSG davon auszugehen, daß die KÄVen die Befugnis zur Bildung von Untergruppen in zulässiger Weise übertragen worden sei. Die Vertreterversammlung der Beklagten habe allerdings am 12. Juli 2000 die Entscheidung des Vorstandes vorsorglich ausdrücklich bestätigt. Der Normgeber habe im EBM-Ä selbst die notwendigen wesentlichen Vorgaben für die Bildung der Zusatzbudgets gemacht. Der Entscheidung, abweichend von der Anknüpfung an Mittelwerte zwei Untergruppen zu bilden, komme dann keine wesentliche Bedeutung mehr zu. In diesem Zusammenhang stattfindende Pauschalierungen führten nicht zur Rechtswidrigkeit der Regelungen.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung ([§ 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) einverstanden erklärt.

II

Die zulässigen Revisionen sowohl des Klägers als auch der Beklagten haben keinen Erfolg. Das Urteil des LSG erweist sich in Ergebnis und Begründung in allen wesentlichen Punkten als zutreffend.

Die Kläger, die sich gegen die Berechnung sämtlicher ihnen zuerkannter Zusatzbudgets wenden, haben - über den klagestattgebenden Teil des von der Beklagten insoweit nicht angefochtenen und daher rechtskräftigen LSG-Beschheidungsurteils hinaus - keinen Anspruch auf eine weitergehende Neubescheidung hinsichtlich höherer Vergütungsansprüche für ihre in den Quartalen III/1997 bis II/1998 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Die von der Beklagten im Rahmen ihrer Honorarverteilung ([§ 85 Abs 4 SGB V](#)) angewandten und umgesetzten Bestimmungen über die Praxis- und Zusatzbudgets des EBM-Ä stehen, soweit der Senat darüber auf Grund der Revisionsrügen der Kläger zu entscheiden hat, mit höherrangigem Recht in Einklang. Die streitigen Regelungen sind auch bei den Zusatzbudgets "Sonographie" und "Kardiologie" nicht sowie bei den Zusatzbudgets "Psychosomatik. Übende Verfahren" und "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" über das Urteil des LSG hinaus nicht zu beanstanden. Es war allerdings auszusprechen, daß die Beklagte bei der Neubescheidung der Kläger die Rechtsauffassung des Senats zu beachten hat.

Mit den Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997 sind in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ä auf der Grundlage des [§ 87 Abs 2 Satz 1](#) iVm Abs 2a Satz 1, 2 und 8 SGB V (idF des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#))) zum 1. Juli 1997 Praxis- und Zusatzbudgets eingeführt worden (Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 1997, A-864 ff = C-654 ff). Danach unterliegen die im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal ua für die Gruppe der Ärzte für Allgemeinmedizin, der die Kläger angehören, einer fallzahlabhängigen Budgetierung (Allgemeine Bestimmungen A I. Teil B Nr 1 iVm Nr 1.5 EBM-Ä). Die von den Budgets umfaßten Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig, deren Höhe sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl (Nr 1.5 aaO) und der Zahl der Fälle (Nr 1.4 aaO) ergibt (Nr 1 Satz 2 und 3 aaO).

Im einzelnen sind die Regelungen des EBM-Ä 1997 - vereinfacht dargestellt - so ausgestaltet, daß für die betroffenen Arztgruppen drei

verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden (vgl zum Ganzen bereits: [BSGE 86, 16](#), 18 ff = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 117 ff; s ferner: Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 - Gründe und Inhalte, DÄ 1997, A-860, 861 ff; Ballast, Ersatzkasse 1996, 440 ff; Schauenburg, Betriebskrankenkasse 1997, 193 ff; Metzinger/Woggon, Krankenversicherung 1997, 12 ff; Wezel/Liebold, Handkommentar BM-Ä, EG-O und GOÄ, 6. Aufl, Bd 1, S 8-38/1 ff). Dem Praxisbudget ("grüner Bereich") unterfallen ca 70 % der das Behandlungsspektrum der jeweiligen Arztgruppe typischerweise abdeckenden ärztlichen Leistungen. Neben dem Praxisbudget sind bestimmte ärztliche Leistungspositionen einzelnen arztgruppenspezifischen Zusatzbudgets ("gelber Bereich") zugewiesen (Nr 1.3 und Nr 4 aaO), die ca 10 % des Leistungsspektrums erfassen. Ein noch verbleibender, etwa 20% ausmachender Leistungsbereich bleibt unbudgetiert ("roter Bereich"), ebenso wie bestimmte, nur auf Überweisung in Anspruch genommene oder hochspezialisierte Arztgruppen gänzlich davon unberührt sind.

Diese Vorgaben hat die Beklagte in ihrem ab 1. Juli 1997 geltenden HVM entsprechend umgesetzt und bei den Honorarabrechnungen der Kläger für die streitigen Quartale berücksichtigt.

Die Regelung der im vorliegenden Fall streitigen Zusatzbudgets findet sich in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4 EBM-Ä. Danach werden zunächst für zahlreiche Arztgruppen insgesamt 73 qualifikationsgebundene fallzahlabhängige Zusatzbudgets festgesetzt. Ein Arzt hat Anspruch auf die gebietsbezogenen Zusatzbudgets nach Nr 4.1 aaO EBM-Ä, wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt und ggf eine Zusatzbezeichnung bzw den Nachweis einer Qualifikation nach [§ 135 Abs 1](#) und 2 SGB V führen kann. Die gebietsbezogenen Fallpunktzahlen für die Zusatzbudgets nach Nr 4.1 EBM-Ä werden nach der in der Anlage 4 aaO EBM-Ä angegebenen Formel von jeder einzelnen KÄV berechnet. Diese Formel hat den Inhalt: "Punktzahlanforderungen der für ein Zusatzbudget berechtigten Ärzte einer Arztgruppe aus den Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 dividiert durch die Zahl der budgetrelevanten Fälle gemäß Nr 4.1 der ersten beiden Quartale des Jahres 1996."

Darüber hinaus ist eine Regelung für Gemeinschaftspraxen getroffen worden. In diesem Fall wird die maßgebliche Fallpunktzahl für das jeweilige Zusatzbudget als arithmetischer Mittelwert der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen der daran beteiligten Ärzte ermittelt, wobei Ärzte ohne das entsprechende Zusatzbudget mit der Fallpunktzahl 0 in die Berechnung eingehen (Allgemeine Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.4 EBM-Ä). In Anwendung dieser Regelung sind zB die Fallpunktzahlen für die in Gemeinschaftspraxis tätigen Kläger bei den Zusatzbudgets "Kardiologie" und "Sonographie" auf die Hälfte reduziert worden, weil lediglich der Kläger zu 1. über eine entsprechende Qualifikation verfügt.

Neben den qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets können auf Antrag Zusatzbudgets für einen besonderen Versorgungsbedarf zuerkannt werden (Nr 4.2 aaO EBM-Ä). Tatbestandliche Voraussetzungen der insgesamt 16 bedarfsabhängigen Zusatzbudgets sind zB die Betreuung in beschützenden Einrichtungen, Phlebologie, die Schmerztherapie bei Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung, die Pneumologie sowie die Laserchirurgie. Auch für diese bedarfsabhängigen Zusatzbudgets wird die gebietsbezogene Fallpunktzahl nach der in der Anlage 4 aaO EBM-Ä angegebenen Formel von jeder KÄV nach den dortigen Abrechnungsergebnissen ermittelt.

Über die genannten Regelungen hinausgehend "können" die KÄVen nach Abs 3 der Anlage 4 aaO EBM-Ä bei den Zusatzbudgets von der Vorgabe einer für alle berechtigten Ärzte einer Arztgruppe einheitlichen Fallpunktzahl absehen und eine Differenzierung in zwei Fallpunktzahlen vornehmen. Danach ist in einem solchen Fall wie folgt vorzugehen: "Die berechtigten Ärzte werden jeweils in die Untergruppe der Ärzte mit unterdurchschnittlichem Punktzahlfallwert und in die Untergruppe der Ärzte mit überdurchschnittlichem Punktzahlfallwert aus Leistungen des Zusatzbudgets unterteilt. Für jede dieser Untergruppen wird gemäß der unter Abs 1 aufgeführten Berechnungsweise ein separater Mittelwert gebildet. Dieser zählt als Fallpunktzahl der Ärzte der entsprechenden Untergruppe für Leistungen des Zusatzbudgets."

Der Vorstand der Beklagten hat von der in der Anlage 4 Abs 3 aaO eingeräumten Möglichkeit mit Beschluss vom 9. April 1997 Gebrauch gemacht und für die qualifikationsgebundenen und die bedarfsunabhängigen Zusatzbudgets (mit Ausnahme der bedarfsabhängigen Zusatzbudgets "Phlebologie" und "Allergologie") eine Differenzierung in die Fallpunktzahluntergruppe U (für Ärzte mit unterdurchschnittlichem Fallwert) und die Gruppe O (für Ärzte mit überdurchschnittlichem Fallwert) vorgesehen, für die jeweils ein eigener arithmetischer Mittelwert errechnet wurde; von dieser Verfahrensweise ist nur bei Arztgruppen mit weniger als 20 Ärzten bzw Untergruppen mit weniger als zehn Ärzten abgesehen worden (Nr 1 des Vorstandsbeschlusses). Danach ergab sich die Zuordnung der einzelnen Arztpraxis zu einer der beiden Untergruppen aus den Abrechnungsergebnissen der Quartale I und II/1996; bei Ärzten, die in einem Quartal über der durchschnittlichen Punktzahlanforderung ihrer Arztgruppe und im anderen Quartal darunter lagen, wurde der arithmetische Mittelwert gebildet; die Höherstufung von der Untergruppe U in die Untergruppe O bedurfte der Antragstellung durch den Arzt und der Genehmigung durch den Vorstand (Nr 2 Vorstandsbeschluss). Arztpraxen, die ihre Tätigkeit erst im Quartal II/1996 oder später aufgenommen hatten, wurden der Gruppe U zugeordnet, es sei denn, einem Antrag auf Erweiterung der Zusatzbudgets nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.3 EBM-Ä konnte entsprochen werden (Nr 3 Vorstandsbeschluss).

Im Nachhinein hat sich die Vertreterversammlung der Beklagten mit Beschluss vom 12. Juli 2000 "rein vorsorglich für den Fall, daß die Entscheidung des Vorstandes ... über die Einführung differenzierter Fallpunktzahlbereiche doch in der Vertreterversammlung zustehende Kompetenzen eingegriffen hätte", ausdrücklich mit dem Beschluss des Vorstandes der Beklagten vom 9. April 1997 einverstanden erklärt.

Die Beklagte setzte auf dieser Grundlage die entsprechenden Fallpunktzahlen für qualifikationsgebundene Zusatzbudgets (in einer Tabelle B) und für bedarfsabhängige Zusatzbudgets (in Tabelle C) fest. Dieses teilte sie den Vertragsärzten mit Rundschreiben vom 2. Mai und 24. Juni 1997 mit und erkannte den Klägern die qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets für Sonographie (Fallpunktzahl 9,1, Untergruppe U), Psychosomatik. Übende Verfahren (Fallpunktzahl 7,0, Untergruppe U), Kardiologie (Fallpunktzahl 1,8, Untergruppe U) sowie bedarfsabhängige Zusatzbudgets für Phlebologie ohne Zusatzbezeichnung (Fallpunktzahl 4,7), Allergologie ohne Zusatzbezeichnung (Fallpunktzahl 24,7) und für Betreuung in beschützenden Einrichtungen (Fallpunktzahl 3,1, Untergruppe U) zu. Diese Werte hat die Beklagte bei den Gesamthonorarabrechnungen für die Kläger in den streitigen Quartalen zugrundegelegt. Mathematisch-rechnerisch begründete Einwendungen gegen das Rechenwerk haben die Kläger nicht erhoben. Ihr Revisionsvorbringen, mit dem sie sich aus Rechtsgründen gegen die Zurückweisung ihrer Anschlußberufung durch das LSG-Urteil wenden, muß im wesentlichen ohne Erfolg bleiben.

Wie der Senat bereits mit Urteil vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) ([BSGE 86, 16](#), 19 ff = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 118 ff) entschieden und ausführlich dargelegt hat, bestehen keine grundsätzlichen rechtlichen Bedenken gegen das vom Bewertungsausschuß zum 1. Juli 1997 neu

geschaffene System der Praxis- und Zusatzbudgets. Die auf [§ 87 Abs 2 Satz 1](#) iVm Abs 2a Satz 1, 2 und 8 SGB V beruhenden Regelungen des EBM-Ä hatten nämlich zum Ziel, die Auswirkungen des in den Vorjahren eingetretenen nachhaltigen Punktwertverfalls zu begrenzen, der auch durch die zum 1. Januar 1996 erfolgten Änderungen (Pauschalierungen durch Komplexgebühren, Ordinationsgebühren, Verbesserung der hausärztlichen Vergütung) und durch die zum 1. Juli 1996 geschaffenen Neuregelungen des EBM-Ä (vorübergehender Ausbau und Präzisierung arztgruppenbezogener Teilbudgets als Zwischenlösung) nicht gestoppt werden konnte. Beabsichtigt war, in Zeiten globaler Ausgabenbudgets der Krankenkassen und ihrer Auswirkungen auf die Höhe der Gesamtvergütung den Vertragsärzten wieder eine größere Kalkulationssicherheit zu geben, indem durch Umgestaltung der Bewertungsbestimmungen der Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge eingeschränkt wurde. Dieses Ziel hat der Bewertungsausschuß in Einklang mit der durch [Art 12 Abs 1 GG](#) geschützten ärztlichen Berufsausübungsfreiheit umgesetzt, weil die Einführung der Praxisbudgets auf vernünftigen und wichtigen Erwägungen des Allgemeinwohls beruhte. Die Notwendigkeit, einheitlich für das Bundesgebiet geltende Regelungen zu schaffen, rechtfertigte eine Regelung im EBM-Ä. Den mit derart typisierenden und generalisierenden Regelungen zum Praxisbudget einhergehenden Verwerfungen und Härten ist der Bewertungsausschuß mit den im vorliegenden Rechtsstreit inhaltlich streitigen (flexibleren) Regelungen über die Festlegung der Zusatzbudgets in Nr 4.2 und 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ä in grundsätzlich unbedenklicher Weise entgegengetreten. Gleiches gilt für die Modifizierung des EBM-Ä durch die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit ihrer als Bestandteil der Bundesmantelverträge beschlossenen Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets vom 19. November 1996 (DÄ 1997, A-403; vgl dazu bereits [BSGE 86, 16, 22 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 121](#)).

Die von Klägerseite gegen dieses Regelungssystem vorgebrachten Argumente können demgegenüber nicht überzeugen und sind vom LSG in zutreffender Weise gewürdigt worden. Die Kläger können nicht damit durchdringen, daß der Vorstand der Beklagten für die Bildung der Punktzahluntergruppen für die Zusatzbudgets funktionell unzuständig gewesen sei, sondern der EBM-Ä eine solche Regelung selbst zu treffen gehabt habe. Auch die hilfsweise reklamierte Zuständigkeit der Vertreterversammlung kann nicht hergeleitet werden.

Wie oben beschrieben, ist die mögliche Bildung der Untergruppen U und O bereits im EBM-Ä selbst angelegt, wenn er diese in Anlage 4 Abs 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B in das "Ermessen" der einzelnen KÄV stellt; eine ausdrückliche Kompetenzzuweisung an die Vertreterversammlung ist im EBM-Ä nicht erfolgt. Sie wäre aus Rechtsgründen auch nicht geboten. Der Bewertungsausschuß hat damit vielmehr lediglich die Konkretisierung von Regelungsbefugnissen in nicht zu beanstandender Weise auf die KÄVen übertragen. Der EBM-Ä ist ein von den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge durch den Bewertungsausschuß vereinbarter Vertrag in der Form einer untergesetzlichen Rechtsnorm ([BSGE 83, 218, 219 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 S 108; BSGE 83, 205, 208 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 214](#)). Er soll gewährleisten, daß die unterschiedlichen Interessen der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und eine sachgerechte inhaltliche Beschreibung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Wie jedem Normgeber kommt auch den Vertragspartnern des EBM-Ä bei der autonomen Festlegung der Leistungen, ihres Inhalts und ihrer Bewertung ein Gestaltungsspielraum zu. Dieser schließt grundsätzlich die Befugnis des Bewertungsausschusses ein, in den Vergütungstatbeständen bestimmte Vorgaben zu machen, die einer konkretisierenden Ausformung durch den Normanwender, dh durch die KÄVen, bedürfen. Vor diesem Hintergrund unterliegt es keinen durchgreifenden Bedenken, daß der Bewertungsausschuß die Frage des Ob der Differenzierung bei den Fallpunktzahlen delegiert hat, weil den KÄVen damit kein bedenklich großer eigener Entscheidungsfreiraum eingeräumt wurde. Der Senat hat in seiner Rechtsprechung insoweit auch für den Bereich der Vergütung und Honorarverteilung stets nur gefordert, daß der Normsetzer die wesentlichen Bestimmungen in der Norm selbst treffen muß und lediglich die Konkretisierung von Einzelheiten - etwa die Entscheidung über die Anwendung von Härtefallregelungen - anderen Stellen wie den KÄVen übertragen darf (vgl BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 31 S 240 ff](#) betr Grenzwerte und Quoten bei Honorarabstaffelungen; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 27 S 196-198](#) zu Härtefall-Ausnahmen von Umsatz-Obergrenzen; [BSGE 81, 213, 217 und 222 = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 152 und 157](#) zu Ausnahmen von der Kontingentgrenze für besondere Fachgruppen und Praxisanfänger; BSG vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 60/97 R](#) - USK 98181; vgl auch [BSGE 84, 247, 252 = SozR 3-2500 § 135 Nr 11 S 52 f](#) für die inhaltliche Konkretisierung von Gebührentatbeständen).

Im zu entscheidenden Fall sind diese Grundsätze beachtet worden, weil die wesentlichen Vorgaben über die Untergruppenbildung im Rahmen der Festlegung der Fallpunktzahlen für die einzelnen Zusatzbudgets im EBM-Ä selbst getroffen werden. Dieser schreibt die Bildung der Untergruppen zwar nicht zwingend vor, bietet den für die Honorarabrechnungen zuständigen regionalen KÄVen aber die Option für die Schaffung angemessener bereichsspezifischer Regelungen. Der EBM-Ä ermöglicht es den KÄVen nämlich mit Anlage 4 Abs 3 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B im Interesse einer größeren Verteilungsgerechtigkeit, statt einer für alle berechtigten Ärzte einer Arztgruppe einheitlich geltenden durchschnittlichen Fallpunktzahl eine Differenzierung und Verfeinerung in zwei Fallpunktzahlen mit überdurchschnittlichen und unterdurchschnittlichen Abrechnern vorzunehmen und so die Anzahl der maximal abrechnungsfähigen Punkte in einer genauer austarierten Weise zu regeln. Dieses ist deshalb unbedenklich, weil sowohl die generelle Möglichkeit der Differenzierung im EBM-Ä selbst vorgesehen ist als auch anschließend konkrete Vorgaben für die dann anzuwendende Vorgehensweise gemacht werden; der einzelnen KÄV verbleibt letztlich nur noch die Entscheidung darüber, ob von der verfeinerten Gruppenbildung nach dem dafür vorgeschriebenen Verfahren Gebrauch gemacht werden soll oder nicht; größere eigene Gestaltungsspielräume sind damit nicht verbunden. Angesichts des Umstandes, daß das Verteilungsvolumen innerhalb aller Zusatzbudgets - wie beschrieben - sowieso nur ca 10 % des gesamten Leistungsrahmens eines Arztes ausmacht (gegenüber 70 % der durch das Praxisbudget erfaßten Leistungen und 20 % unbudgetierten Leistungen), und daß es bei den durch Anlage 4 aaO eröffneten Möglichkeiten lediglich um moderate Leistungsverschiebungen innerhalb einzelner Zusatzbudgets dieses 10 %-Bereichs geht, kann die streitige Regelungsmaterie nicht als derart wesentlich angesehen werden, daß sie dem EBM-Ä oder der Regelung in einem HVM vorbehalten werden müßte (zur Unbedenklichkeit von Regelungen des Vorstandes einer KÄV, die im Rahmen der Honorarverteilung zu Honorarabzügen in Höhe von 8 % der Vollvergütung führen vgl bereits [BSGE 83, 52, 54 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 202 ff; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 31 S 240](#)). Die Frage, ob zB einem Allgemeinarzt im Bereich der Beklagten, der in den Quartalen I und II/1996 Sonographien abgerechnet hat, der arithmetische Mittelwert von 33,5 Punkten zuzubilligen ist (= Fallpunktzahlmittelwert) oder ob für ihn - orientiert an seinem früheren Abrechnungsverhalten - an dessen Stelle der Mittelwert der Untergruppe U von 18,2 Punkten bzw derjenige der Untergruppe O von 54,5 Punkten maßgeblich ist, hat für den einzelnen Arzt (unabhängig davon, daß - wie hier - mehrere verschiedene Budgets zugleich zuerkannt worden sein können) relativ geringe rechnerische Auswirkungen auf sein Gesamthonorar. Dies belegt auch ein Vergleich der auf alle Zusatzbudgets entfallenden Punkte Kürzungen bei den Klägern mit der von ihnen abgerechneten Gesamtpunktmenge; dieser Anteil der Kürzungen macht stets weniger als 7 % aus, im Quartal II/1998 nur ca 2 %. Diese Auswirkungen sind vor dem Hintergrund des beschriebenen Gesamtziels der zum 1. Juli 1997 eingeführten Neuregelungen wegen der hier sowieso nur betroffenen sekundären Ebene der Korrektur bzw Ergänzung der grobmaschiger ausgestalteten Praxisbudgets nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Trotz der Gesichtspunkte, die allgemein für eine satzungsmäßige Regelung durch die Vertreterversammlung sprechen mögen (zB

Benehmensherstellung mit den Krankenkassen gemäß [§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#), Veröffentlichungszwang, Rechtssicherheit), ist auch zu berücksichtigen, daß dabei letztlich nicht die Art und Weise der Honorarverteilung selbst betroffen ist, sondern nur die mögliche Modifizierung einzelner vom EBM-Ä vorgegebener, der HVM-Ebene vorgelagerter Berechnungselemente. Unbeschadet dessen greifen Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit der Regelungen im vorliegenden Fall nicht; denn das Verfahren ist den betroffenen Ärzten rechtzeitig bekannt gegeben worden und die Vertreterversammlung der Beklagten hat mit Beschluss vom 12. Juli 2000 noch während des laufenden Rechtsstreits das durch Beschluss ihres Vorstandes vom 9. April 1997 eingeleitete Vorgehen ausdrücklich gebilligt und damit in ihren Regelungswillen mit aufgenommen.

Die Rüge der Kläger, die Beklagte habe unter Begünstigung derjenigen Ärzte, die in den Quartalen I und II/1996 Leistungen in erhöhtem Umfang abgerechnet hätten, bei der Berechnung der Fallpunktzahlen für die Zusatzbudgets eine unveränderliche Festschreibung der seinerzeitigen Verhältnisse als Berechnungsgrundlage vorgenommen, erweist sich im Ergebnis als unbegründet.

Daß die Beklagte die Punktzahlen für die Zusatzbudgets unter Heranziehung des Abrechnungsverhaltens der Vertragsärzte in den Quartalen I und II/1996 ermittelt hat, entstammt - wie dargelegt - nicht ihrem eigenen Regelungsermessen, sondern ist auf die entsprechenden Vorgaben für die Bildung von Punktzahluntergruppen in Anlage 4 Abs 3 iVm Abs 1 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ä zurückzuführen. Von daher hatte die Beklagte selbst gar keine Dispositionsbefugnis darüber, auf ein anderes Quartal zurückzugreifen, sondern sie mußte sich an die Vorgaben des sie bindenden EBM-Ä halten. Die Kläger könnten mit ihren grundsätzlichen Einwänden gegen die Regelungsstruktur daher nur Erfolg haben, wenn die Regelungen des EBM-Ä selbst als rechtswidrig angesehen werden müßten. Das ist nicht der Fall. Der Senat hat wiederholt entschieden, daß das vom Bewertungsausschuß erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung seinen Zweck nur erfüllen kann, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Die gerichtliche Überprüfung ist daher im wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob der Ausschuß den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten hat. Dies ist nur dann der Fall, wenn der Ausschuß seine Bewertungskompetenz "mißbräuchlich", dh nicht durch sachgerechte Erwägungen gedeckt, sondern von sachfremden Erwägungen getragen, ausgeübt hat (vgl zB [BSGE 83, 205](#), 208 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 29](#) S 215; [BSGE 84, 235](#), 237 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 33](#) S 252; [BSGE 79, 239](#), 245 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 14](#) S 53) bzw in der Weise gleichheitswidrig genutzt hat, daß eine Regelung nur einer Arztgruppe Vergütungsansprüche gewährt, obgleich die Leistung auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw erbracht werden kann (so besonders [BSGE 83, 218](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr 21](#); vgl auch BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 5](#) S 23 f). An einer solchen Konstellation fehlt es hier, da es anzuerkennende sachliche Gesichtspunkte für die vorgenommene Ausgestaltung gibt.

Die pauschale Anknüpfung für die Bemessung der Zusatzbudgets - die der Bewertungsausschuß im übrigen nicht nur bei der Bildung von Punktzahluntergruppen nach Abs 3 der Anlage 4 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ä, sondern bei der Festlegung der Fallpunktzahlwerte in Abs 1 aaO ganz allgemein angeordnet hat - allein an die Quartale I und II/1996 könnte sich deshalb als nicht sachgerecht erweisen, weil insbesondere für das Quartal I/1996 eine enorme Ausweitung des abgerechneten Leistungsbedarfs um ca 30 bis 40 % festzustellen war (vgl [BSGE 86, 30](#), 43 = [SozR 3-2500 § 83 Nr 1](#) S 16 mwN), die später zu schnell greifenden Notmaßnahmen führte; auch ist bei den Zusatzbudgets - anders als bei den Praxisbudgets nach Nr 2 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B - kein Ausgleichsmechanismus bei der Berechnung der Fallpunktzahl vorgesehen. Die aufgezeigten Bedenken greifen jedoch nicht durch; ein Zurückgehen auf die Abrechnungswerte früherer Quartale schied nämlich ebenso aus wie ein Abstellen auf die Werte späterer Quartale. Denn durch die zum 1. Januar 1996 erfolgte grundlegende Umgestaltung des EBM-Ä und der damit verbundenen Einführung neuer Leistungen bzw der Neubewertung und Neudefinition weiterer Leistungen war eine Vergleichbarkeit des neuen EBM-Ä und damit auch der auf ihm basierenden Abrechnungswerte mit dem bis Ende 1995 geltenden EBM-Ä weitgehend nicht gegeben (vgl dazu Urteil des Senats vom 8. März 2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) -, in dem die Klägerseite auf diesen Gesichtspunkt abgestellt hatte). Zum 1. Juli 1996 wurde mit der Normierung von Teilbudgets ebenfalls erheblich in die Bewertungsstruktur des EBM-Ä eingegriffen mit der Folge, daß die Quartale ab III/1996 damit gleichzeitig als brauchbare Vergleichsgrundlage nicht in Betracht kamen. Weiter ist bei der Prüfung, ob das Abstellen auf die Abrechnungsergebnisse der Quartale I und II/1996 bei der Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets zum 1. Juli 1997 zu rechtswidrigen Ergebnissen geführt hat, zu beachten, daß, wie gerichtsbekannt ist, implausible Leistungsausweitungen in den Quartalen I und II/1996 in zahlreichen Fällen zu Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung oder zu sachlich-rechnerischen Richtigstellungen mit Honorarrückforderungen und selbst zu Disziplinarverfahren mit der Folge des Ruhens von Zulassungen geführt haben (vgl zB den Rechtsstreit [BSGE 86, 30](#) ff = [SozR 3-2500 § 83 Nr 1](#)), so daß den zuständigen Institutionen insoweit ein systematisches untätiges Hinnehmen der in den Bezugsquartalen aufgetretenen Unstimmigkeiten bei Honorarabrechnungen nicht angelastet werden kann. Abgesehen davon, daß auch für die Zukunft derartige Überprüfungen vorzunehmen sein werden - wie die Partner der Bundesmantelverträge selbst gezielt unter Nr 5. ihrer Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (DÄ 1997, A-403) vereinbart haben -, sind einer möglichen Begünstigung von Vielabrechnern in den Quartalen I und II/1996 dadurch Grenzen gesetzt, daß Maßstab der für diese geltenden Zusatzbudgets nicht die tatsächlichen individuellen Abrechnungswerte solcher Ärzte sind, sondern daß auch diese hinsichtlich ihrer Fallpunktzahl auf den Durchschnittswert ihrer Untergruppe zurückgeführt werden; darüber hinaus steht die Zuerkennung von Zusatzbudgets in der Untergruppe O in der Zukunft nicht schon einer Einleitung von Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung entgegen. Vor diesem Hintergrund erweist es sich als sachlich vertretbar, daß der Bewertungsausschuß für die zum 1. Juli 1997 getroffenen Änderungen des EBM-Ä an die Abrechnungsergebnisse der Quartale I und II/1996 angeknüpft hat. Im übrigen hat - wie bereits das SG und das LSG zu Recht ausgeführt haben - die Beklagte bei der weiteren Umsetzung der Regelungen des EBM-Ä Vorsorge dagegen zu treffen, daß - anders als bislang praktiziert und von ihr nunmehr im Revisionsverfahren akzeptiert - für einen Wechsel von Vertragsärzten aus der Untergruppe U in die Untergruppe O keine unüberwindlichen Schranken aufgestellt werden.

Hinsichtlich der im Revisionsverfahren aufrecht erhaltenen Rüge der Kläger, für sie sei kein Wechsel von der Untergruppe U in die Untergruppe O möglich und die Beklagte wende unterschiedliche Maßstäbe für die Ersteinstufung nach Nr 4.2 und für die Erweiterung nach 4.3 aaO an, fehlt es nach den vorstehenden Ausführungen an einer im Revisionsverfahren fortdauernden Rechtsverletzung. Denn insoweit haben die Vorinstanzen ihren Einwendungen, denen die Beklagte im Revisionsverfahren nicht mehr entgegentritt, durch Verpflichtung der Beklagten zur Neubescheidung Rechnung getragen. Die Kläger sind hinsichtlich der allein streitigen Honorarabrechnungen für die Quartale III/1997 bis II/1998 darüber hinaus nicht in ihren Rechten verletzt. Die Erwägungen des LSG erweisen sich als zutreffend.

Wie ausgeführt, bestehen bei den Zusatzbudgets gegen die grundsätzliche Bildung von Fallpunktzahluntergruppen keine Bedenken. Die Kläger weisen in diesen Quartalen hinsichtlich der Zusatzbudgets für die Bereiche "Sonographie" und "Kardiologie" Punktzahlanforderungen auf, die im Höchstfall über der Fallpunktzahl der Untergruppe U, aber unterhalb des einheitlich gebildeten arithmetischen Durchschnittswertes liegen, ohne die Fallpunktzahlen der Untergruppe O zu erreichen; im Quartal II/1998 haben die Kläger im Bereich

"Kardiologie" sogar nicht einmal die Fallpunktzahl der Untergruppe U erreicht, so daß insoweit eine Zusatzbudget-Kürzung unterblieben ist. Damit stellt sich für die streitigen Quartale die an das unterdurchschnittliche Abrechnungsverhalten 1996 anschließende Einstufung in die Untergruppe U weiterhin als zutreffend dar. Der Senat hat darüber hinaus aufgrund der bindenden Feststellungen des LSG (vgl. [§ 163 SGG](#)) davon auszugehen, daß es in den streitigen Quartalen keine tatsächlichen Umstände gegeben hat, die nachträglich eingetretene Erhöhungen des Punktzahlvolumens erklären und notwendig machen könnten.

Hinsichtlich der von den Klägern wiederholten grundsätzlichen Argumente gegen die faktische Festschreibung der Untergruppen-Einstufung auf der Basis der Abrechnungswerte für die Quartale I und II/1996 hat das LSG allgemein und speziell zu den Teilbudgets "Betreuung in beschützenden Einrichtungen", "Psychosomatik. Übende Verfahren" zutreffende Ausführungen gemacht und die sich daraus für die Beklagte ergebenden Konsequenzen aufgezeigt. Zu Recht hat es der Beklagten (und nicht dem Bewertungsausschuß) eine Korrektur aufgegeben, da die Rechtswidrigkeit insoweit nicht in den Regelungen des EBM-Ä - insbesondere Anlage 4 Abs 3 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B - angelegt ist, sondern in deren Umsetzung durch den Vorstandsbeschluß der Beklagten vom 9. April 1997; denn der EBM-Ä trifft nur Regelungen über die Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets, während es hier um das Verfahren bei Eintreten von Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen für die konkret zuerkannten Zusatzbudgets geht.

Bei dem Vorgehen der Beklagten ist im Anschluß an die Ausführungen des LSG zu beanstanden, daß sie den tatsächlichen Umständen, die zu einem Anstieg der abgerechneten Fallpunktzahlen der Kläger im Vergleich zu den Vergleichs quartalen des 1. Halbjahres 1996 geführt und die zunächst zutreffend vorgenommene Einstufung in die Untergruppe U fehlerhaft gemacht haben (Erwerb der Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen durch die Klägerin zu 2. zum Quartal III/1997; Betreuung zusätzlicher beschützender Einrichtungen in der Folgezeit), keine Beachtung geschenkt und auf die ihr bekannt gewordenen geänderten Verhältnisse nicht mit einer geänderten Einstufung der Kläger in die Fallpunktzahluntergruppen reagiert hat. Der Senat hat schon in anderem Zusammenhang entschieden, daß insbesondere Praxisanfänger und kleine Praxen durch Regelungen der Honorarverteilung nicht ungerechtfertigt benachteiligt werden dürfen; ihnen muß trotz der grundsätzlichen Unbedenklichkeit, für Honorarbegrenzungen an früheres Abrechnungsverhalten anzuknüpfen, stets die Chance belassen werden, zumindest das durchschnittliche Umsatzniveau einer Arztgruppe zu erreichen ([BSGE 83, 52](#), 57 ff = [SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 206 ff](#) (für den Vertragszahnarztbereich)). Da die Beklagte für die Festlegung des Zusatzbudgets der Kläger zuständig und verantwortlich ist, mußte sie diesen Gesichtspunkt auch im vorliegenden Regelungszusammenhang beachten. Dem stand ihre Praxis entgegen, bei der Einstufung in die Untergruppen O oder U gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr 4.2 iVm Anlage 4 Abs 3 EBM-Ä nach anderen Maßstäben zu verfahren - und nur an den tatsächlichen Umfang der Leistungserbringung in den Bezugsquartalen anzuknüpfen, ohne zu prüfen, ob ein besonderer Versorgungsbedarf bestand - als bei der Erweiterung der Zusatzbudgets, für die sie sich an den strengen Voraussetzungen der Nr 4.3 aaO orientiert hat. Zu Recht hat das LSG darauf hingewiesen, daß hierdurch Vertragsärzte, die von vornherein ohne Prüfung des Versorgungsbedarfes in die Untergruppe O eingestuft worden sind, in erheblichem Ausmaß begünstigt werden, weil sie in der Regel ein großes Zusatzbudget erhalten haben, wenn ihre Fallpunktzahlen in den Bezugsquartalen deutlich über den Mittelwerten gelegen haben; die in Untergruppe U eingestuften Ärzte haben dagegen nach den praktizierten Regelungen nicht die Möglichkeit eines Wechsels in die Untergruppe O, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf später zu verneinen ist. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gebietet insoweit eine Gleichbehandlung und verpflichtet die Beklagte zu prüfen, ob sich der Versorgungsbedarf im Zeitablauf in der Weise wesentlich geändert hat und ob nun eine Erweiterung der Zusatzbudgets (Nr 4.3 aaO) oder eine abweichende Untergruppeneinstufung nach Nr 4.2 iVm Anlage 4 aaO geboten ist. Zutreffend hat das LSG in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam gemacht, daß der EBM-Ä auch eine Erweiterung des Zusatzbudgets in dem Sinne zuläßt, daß eine höhere Fallpunktzahl als diejenige der Untergruppe U, aber eine geringere als die der Untergruppe O in Betracht kommen kann.

Auch die Revision der Beklagten erweist sich als unbegründet. Das LSG hat mit zutreffenden Erwägungen entschieden, daß die in ihrem HVM getroffenen Regelungen über die Festlegung der bedarfsabhängigen Zusatzbudgets in den Bereichen "Allergologie" und "Phlebologie" gegen höherrangiges Recht, nämlich gegen den EBM-Ä, verstoßen und daher unwirksam sind.

Die Vertreterversammlung der Beklagten hat hinsichtlich dieser Zusatzbudgets in Anlage 1 ihres HVM unter 4.3.1 eine Regelung getroffen, die für die Berechnung der genannten Zusatzbudgets für Ärzte ohne Zusatzbezeichnungen im Grundsatz auf die von jedem einzelnen Arzt jeweils in den Quartalen I und II/1996 tatsächlich erbrachten Leistungen abstellt und davon einen 20 %igen Abschlag vornimmt. Anderes ist hingegen im EBM-Ä für diese Arztgruppen bestimmt. Nach Nr 4.2 Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ä werden neben den in Nr 4.1 für Ärzte für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung vorgesehenen Zusatzbudgets auch bedarfsabhängige Zusatzbudgets für Ärzte ohne Zusatzbezeichnung genannt und zwar für dieselben Leistungspositionen des EBM-Ä. Dementsprechend finden für beide Bereiche die weiteren Vorschriften über die Berechnung der Zusatzbudgets Anwendung, die in Anlage 4 aaO enthalten sind; dort ist eine Ausnahme von den oben schon dargestellten Berechnungsvorschriften nur für das Zusatzbudget "Allergologie" für Hautärzte vorgesehen, nicht aber für andere Arztgruppen. Dementsprechend wäre von der Beklagten entweder nach Anlage 4 Abs 1 oder Abs 3 zu verfahren gewesen. In der dort genannten Formel ist allerdings jeweils vorgeschrieben, daß Berechnungselement hinsichtlich der Punktzahlanforderung "der für ein Zusatzbudget berechtigten Ärzte einer Arztgruppe aus den Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets der ersten beiden Quartale des Jahres 1996" ist. Dafür, daß die KÄVen hilfsweise vor den tatsächlichen Abrechnungswerten jedes einzelnen betroffenen Arztes selbst ausgehen dürfen und dann davon ein 20 %iger Abschlag vornehmen können, bieten die Allgemeinen Bestimmungen weder in Teil B noch in Anlage 4 eine Ermächtigung oder sonstige Handhabe. Da die Beklagte an die Regelungen der Bundesmantelverträge einschließlich des EBM-Ä gebunden ist (vgl. [§ 72 Abs 2](#), [§ 81 Abs 3 Nr 1 SGB V](#)), hat sie mit einer von den Vorgaben des EBM-Ä abweichenden HVM-Bestimmung über die genannten Zusatzbudgets ihre Regelungsbefugnisse überschritten.

Dem kann die Beklagte nicht entgegenhalten, daß die Ermittlung der maßgeblichen Fallpunktzahlen problematisch gewesen sei, weil ihr selbst statistisch verwertbare Erkenntnisse gefehlt und auch bundeseinheitliche Zahlen (vgl. Abs 2 Anlage 4 aaO) dafür nicht vorgelegen hätten. Abgesehen davon, daß das LSG entsprechende Tatsachenfeststellungen nicht getroffen hat, ergibt sich aus dem Vortrag der Beklagten, daß anscheinend zumindest bei einzelnen KÄVen entsprechende Zahlen verfügbar waren. Insoweit hätte es sich angeboten, ggf. Vergleichsberechnungen und Schätzungen bezogen auf die regionalen Verhältnisse der Beklagten vorzunehmen oder Kriterien für typische Abrechnungsfälle festzulegen. Wenn schließlich brauchbare einschlägige Zahlenwerte wirklich nicht ermittelt werden konnten, hätte von einer entsprechenden Regelung insgesamt abgesehen werden müssen.

Im Unterschied zu den Ausführungen des LSG weist der Senat allerdings darauf hin, daß die Beklagte zur Korrektur ihrer rechtswidrigen

Regelung nicht verpflichtet ist, für die bedarfsabhängigen Zusatzbudgets "Allergologie" und "Phlebologie" Fallzahluntergruppen zu bilden. Abs 3 der Anlage 4 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ä sieht nicht vor, daß für den Fall, daß für ein Zusatzbudget gespaltene Fallpunktzahlgruppen festgelegt worden sind, dieses auch für alle anderen Zusatzbudgets zu gelten hätte. Die Beklagte ist vielmehr entsprechend den Vorgaben des EBM-Ä in Abs 1 und Abs 3 aaO frei darin, zu entscheiden, ob die Berechnung "für ein Zusatzbudget" ausgehend von einer einheitlichen Fallpunktzahl stattfinden soll (Abs 1) oder ob sie jeweils von der Möglichkeit des Abs 3 Gebrauch machen will.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28