

L 12 KA 74/00

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 32 KA 133/00

Datum
23.02.2000
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 74/00

Datum
27.06.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten hin wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Februar 2000 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 27. Oktober 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Dezember 1998 abgewiesen.
II. Der Kläger hat der Beklagten die Kosten des Rechtsstreites für beide Rechtszüge zu erstatten.
III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des dem Kläger für das Abrechnungsquartal 2/98 zustehenden Honorars streitig. Es geht darum, ob bei der Berechnung des EBM-Praxisbudgets für den Kläger als Hautarzt ein richtiger Kostensatz berücksichtigt wurde.

Mit Bescheid vom 27. Oktober 1998 setzte die beklagte KVB das Honorar des als Hautarzt in K. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Klägers für das Quartal 2/98 auf 105.166,59 DM fest. Sie wandte dabei die zum 1. Juli 1997 in Kraft getretene Regelung des Abschnittes A 1, Teil B des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) über die Praxisbudgets an. Die praxisbezogene Fallpunktzahl für die Versichertengruppe M-F betrug 474 Punkte und für die Versichertengruppe Rentner 659 Punkte. Diese Fallpunktzahlen wurden durch einen Anpassungsfaktor (0,9677) modifiziert und führten bei 2.041 budgetrelevanten Fällen zu einem Praxisbudget von 1.018.009,7 Punkten. Da der Kläger 1.067.360 Punkte angefordert hatte, betrug die Überschreitungspunktzahl 49.350,3 Punkte. Die Quote für das anerkannte Gesamtpunktzahlvolumen betrug deshalb 95,3764 %.

Seinen dagegen eingelegten Widerspruch begründete der Kläger damit, dass die Praxiskosten für die Fachgruppe der Dermatologen bei der Berechnung der Praxisbudgets im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nachweislich falsch kalkuliert worden seien. Auf diesen Umstand habe die Beklagte selbst öffentlich bereits mehrmals hingewiesen. Auch im Länderausschuss sei ein entsprechendes Votum abgegeben worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10. Dezember 1998 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des Klägers zurück. Die Festsetzung des EBM liege nicht in der Kompetenz der jeweiligen Vertragspartner, sondern sei dem gemeinsam zu besetzenden Bewertungsausschuss übertragen worden. Bundesweit einheitlich vorgegeben - und damit auch verbindlich für die Beklagte - sei auch der durchschnittliche Anteil der Praxiskosten am Umsatz einer Arztgruppe (siehe Anlage 3 Tabelle 8 der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B des EBM). Eine einseitige Änderung des EBM seitens eines Vertragspartners sei nicht möglich, da die Überprüfung des EBM in regelmäßigen Zeitabständen und eine eventuelle Anpassung des EBM dem dafür zuständigen Gremium (Bewertungsausschuss) vorbehalten sei. Eine Korrektur des EBM durch den HVM, für die behauptete falsche Berechnung des Kostensatzes sei nicht möglich, da der Kostensatz für die Arztgruppe der Dermatologen bundeseinheitlich im EBM geregelt sei.

Die gegen diesen Bescheid erhobene Klage ging am 15. Januar 1999 beim Sozialgericht München ein. Auf Antrag des Klägers und mit Einverständnis der Beklagten ordnete das Sozialgericht mit Beschluss vom 17. März 1999 das Ruhen des Verfahrens an, um eine Entscheidung des Bayer. Landessozialgerichtes/Bundessozialgerichtes in einem Parallelverfahren eines anderen Klägers abzuwarten. Am 20. Januar 2000 nahm das Sozialgericht das ruhende Verfahren (Az.: S 32 KA 240/99) wieder auf und führte es unter dem Az.: [S 32 KA 133/00](#) fort. Zur Begründung seiner Klage machte der Kläger geltend, dass der Kostensatz von 54,1 % bei der Berechnung des Budgets für das Sachgebiet der Hautärzte nicht rechtmäßig sei. Es verwies auf die Entscheidung der 42. Kammer des SG München vom 1. Dezember 1999, Az.: [S 42 KA 1507/99](#), und bezog sich auf die dortige Klagebegründung des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen.

Mit Urteil vom 23. Februar 2000 hob das Sozialgericht den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 10. Dezember 1998 auf und verurteilte

die Beklagte, über den Widerspruch des Klägers erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes zu entscheiden. Der Honorarbescheid für das Quartal 2/98 sei rechtswidrig, weil eine zu niedrig berechnete Quote des anerkannten Gesamtpunktzahlvolumens bei der Honorarverteilung berücksichtigt worden sei. Dazu sei es gekommen, weil bei der Berechnung des Praxisbudgets von einer unzutreffend zu niedrig festgesetzten gebietsbezogenen Fallpunktzahl für die Arztgruppe der Dermatologen ausgegangen worden sei (so nach Auffassung der Kammer bereits überzeugend das Urteil der 42. Kammer des SG München vom 1. Dezember 1999, Az.: [S 42 KA 1507/99](#)). Die zu niedrige Festsetzung beruhe ihrerseits auf einer unzutreffenden Berechnung gemäß der Vorgabe der Anlage 3 des EBM in Gestalt eines Falschansatzes des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes 1994 in Prozent. Die für unzutreffend zu niedrig errechnete gebietbezogene Fallpunktzahl für die Arztgruppe der Dermatologen könne in diesem Quartal auch nicht mehr unter dem Gesichtspunkt einer Anfangsregelung als rechtmäßig gelten. Dagegen sah die Kammer die Einführung eines Systems der Praxis- und Zusatzbudgets im Grunde als durch eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage gedeckt an.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 12. Juli 2000 zugestellte Urteil Berufung eingelegt, die am 28. Juli 2000 beim Bayer. Landessozialgericht einging.

Zur Begründung der Berufung trägt die Beklagte vor, der vom Kläger angefochtene Honorarbescheid sei rechtmäßig. Er verstoße insbesondere nicht gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus Art.12 Abs.1 iVm [Art.3 Grundgesetz \(GG\)](#). Der Kläger sei durch den Honorarbescheid nicht in seinen subjektiven Rechten verletzt. Die dem Honorarbescheid zugrunde gelegten Bestimmungen des BMÄ bzw. der EG-O zum so genannten Praxisbudget hielten sich innerhalb des Rahmens des gesetzlichen Regelungsauftrages des [§ 87 Abs.2](#) und [2 a Sätze 1, 2](#) und [8 SGB V](#) zur strukturellen Gestaltung der vertragsärztlichen Gebührenordnungen. Wenn das Sozialgericht einen Rechtsverstoß in einer zu geringen Bemessung des Kostensatzes für Dermatologen in der die gesetzlichen Ermächtigungsgrundlagen mitausführenden Anlage 3 des EBM sehe, so verkenne es den dem Bewertungsausschuss bei der Ausgestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zukommenden Regelungsspielraum. Den Gerichten sei es nur ausnahmsweise und nur in engen Grenzen gestattet, in das Bewertungsgefüge der vertragsärztlichen Gebührenordnung einzugreifen, weil das System der autonomen Leistungsbewertung seinen Zweck nur erfüllen könne, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterblieben. Das Sozialgericht München greife hier aber, indem es den Kostensatz der Hautärzte beanstande, punktuell in das - nach wie vor als ausgewogen zu unterstellende - Tarifgefüge ein. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Beklagte würden eine Anhebung des Kostensatzes für Hautärzte für wünschenswert halten und hätten dies in der Vergangenheit auch den Kostenträgern gegenüber bzw. der Ärzteschaft gegenüber vertreten. Bestrebungen der Partner des Bewertungsausschusses und deren Mitglieder, die auf eine Änderung der Bewertung des EBM abzielen, seien gerade das den vertraglichen Charakter des EBM und die ihm zugrunde liegende Arbeit der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung bestimmende Element. Dies ändere aber nichts an der grundsätzlich berechtigten Fiktion der Ausgewogenheit des jeweils bestehenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, solange nicht Konsenz der Partner des Bewertungsausschusses über eine erforderliche Änderung des EBM bestehe. Prüfungsmaßstab für den Inhalt des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes könne insoweit nach wie vor nur sein, ob der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe, indem er eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen habe leiten lassen. Anhaltspunkte hierfür bestünden hinsichtlich der Bemessung des Kostensatzes bei Hautärzten nicht. Die Kostenträger hätten im Bewertungsausschuss am 3. Dezember 1997 eine Anhebung des Kostensatzes für Hautärzte deshalb abgelehnt, weil sie weitere Datenquellen und insbesondere die Erhebung des Statistischen Bundesamtes auf der Basis der Daten für 1995 für erforderlich hielten. Sie hätten seinerzeit die Bereitschaft zur Korrektur signalisiert für den Fall, dass die Gesamtschau aller dann vorliegenden Daten eine Anhebung des Kostensatzes notwendig erscheinen lasse. Diese Haltung der Krankenkassen erscheine objektiv als sachlich nicht unbegründet, zumal die Schwierigkeiten der Kostenaufteilung auf Patienten der GKV und der PKV zum einen nach dem Eintrittskarten- und zum anderen nach dem Tragfähigkeitsprinzip offen diskutiert worden seien.

Aber auch wenn man zu dem Ergebnis gelangen würde, die Praxisbudgets der Hautärzte seien zu gering bemessen, weil der Kostenanteil falsch ermittelt worden wäre, so wäre die streitbefangene Regelung des EBM als Anfangs- und Erprobungsregelung nicht nur für die Quartale 3/97 und 4/97 hinzunehmen gewesen.

Das Urteil des SG München sei auch rechtswidrig, weil es in seiner Auswirkung einen Rechtszustand herbeiführe, aufgrund dessen es gerade erst zu einem Verstoß gegen den Gleichheitssatz komme. Mit Rechtskraft der Entscheidung des SG München werde die Beklagte verpflichtet, den Kläger in Ermangelung anderer Vorgaben des zuständigen Normgebers, d.h. des Bewertungsausschusses, unbudgetiert zu verbescheiden, wenn der Bewertungsausschuss den Kostensatz für Dermatologen nicht mit Rückwirkung neu festsetze. Aufgrund der ausschließlichen Zuständigkeit des Bewertungsausschusses sei die Beklagte nicht in der Lage, die vom SG für erforderlich gehaltene Änderung der Anlagen 2 und 3 des EBM hinsichtlich des zugrunde zu legenden Kostensatzes selbst vorzunehmen. Dies habe zur Folge, dass der Kläger des mit der Berufung angegriffenen Urteils bei einer Neuverbescheidung in den Genuss einer den anderen Vertragsärzten gegenüber gleichheitssatzwidrigen Bevorzugung käme, ohne dass dafür irgendein sachlicher Grund bestände.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Februar 2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Bevollmächtigte des Klägers beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kostensatz für die der Budgetierung unterworfenen Ärzte, somit auch der Hautärzte, sei Inhalt und Gegenstand des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Den dort festgelegten Kostensatz und dessen Berechnungsformel komme damit die gleiche normative Wirkung zu, wie den sonstigen Regelungen des EBM. Die Gebührenordnungen BMÄ und EG-O hätten den EBM übernommen. Der Kostensatz sei somit nicht nur eine unverbindliche Bewertung, sondern Gegenstand der untergesetzlichen Norm des EBM. Es handle sich bei der Berechnung der Kostensätze nicht um eine Prognoseentscheidung mit der Maßgabe, dass der Bewertungsausschuss den Kostensatz frei festsetzen könne. Unbestritten sei, dass dem Bewertungsausschuss ein Einschätzungs- oder Regelungsspielraum zustehe, wo er Bewertungen vornehme, die sich einer konkreten und eindeutigen Feststellung entzögen. Diese Bewertungen unterlägen nur in bestimmten Grenzen der gerichtlichen Kontrolle. Die Ermittlung des Kostensatzes sei jedoch keine Frage der Bewertung, in der ein subjektives abwägendes Element einzufließen

habe. Sie sei vielmehr ein sich jeder Subjektivität entziehender Vorgang. Mit Hilfe statistischer und betriebswirtschaftlicher Methoden sei eine präzise Zahl zu ermitteln, die nicht zur bewertenden Disposition des Bewertungsausschusses stehe. Auch wenn der methodische Ansatz der Ermittlung dieser Zahl schwierig sei und es auch unterschiedliche wissenschaftliche Wege gebe, um diese Zahl des Kostensatzes zu ermitteln, ändere dies nichts daran, dass es eine tatsächliche Feststellung sei, die daher auch der gerichtlichen Tatsachenüberprüfung unterliege und gerichtlich kontrolliert werden könne und müsse. Auch ein Normgeber könne nicht Tatsachen verdrehen und wissenschaftlich ermittelte Zahlen beliebig abändern. Das Bundesverfassungsgericht habe daher in einer Entscheidung vom 22. Oktober 1991 festgestellt, dass es den Gerichten aufgegeben sei, anhand nachprüfbarer Kriterien die in einem Gesetz oder einer Verordnung enthaltenen Regelungen zu überprüfen. Die Überprüfung sei insoweit nicht nur auf das Willkürverbot beschränkt. Es sei vorliegend aber bereits willkürlich, dass der Bewertungsausschuss bei der Festlegung des Kostensatzes unterschiedliche Quellen herangezogen habe. Er habe in manchen Fällen die Zahlen der einen Quelle und in anderen Fällen die Zahlen anderer Quellen und schließlich teilweise auch gar keine Quellen zugrunde gelegt.

Das BSG habe die normative Bedeutung des Kostensatzes im EBM durch sein Urteil vom 8. März 2000 (Az.: [B 6 KA 7/99 R](#)) ausdrücklich bestätigt. In dem Urteil werde zwar einerseits die Normsetzungsbefugnis der Partner der Bundesmantelverträge bei statusrelevanten Regelungen betont, doch zugleich werde der normative Charakter des durchschnittlichen Kostenanteils je Arztgruppe festgestellt, der auf der Basis aller verfügbaren Daten berechnet werden müsse. Ob dieser Praxiskostenanteil dabei richtig ermittelt worden sei, sei nicht Gegenstand des Urteils. Der Praxiskostensatz habe für jeden einzelnen Arzt in mehrfacher Hinsicht wesentliche finanzielle Bedeutung. Ein höherer Kostensatz habe auch eine höhere Fallpunktzahl zur Folge. Die Beigeladene zu 1) habe Bedenken hinsichtlich des Kostensatzes bei den Dermatologen vor der abschließenden Beratung vom 3. Dezember 1997 mehrfach geäußert. Der Bewertungsausschuss habe, nachdem ihm bessere Erkenntnisse aufgrund verschiedener Gutachten vorgelegen hätten, keinen Ermessensspielraum, beliebig und ohne Berücksichtigung der wissenschaftlichen Gutachten einen rechnerisch und logisch nicht nachvollziehbaren Kostensatz für das Fachgebiet der Dermatologen festzulegen.

Die Beigeladene zu 1), die in der mündlichen Verhandlung nicht vertreten war, beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des SG München vom 23. Februar 2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Nach ihrer Auffassung hätten die Regelungen des Praxisbudgets, wie die Entscheidung des BSG vom 8. März 2000 zeige, ausreichende gesetzliche Grundlagen. Auch die Festsetzung des Praxisbudgets für Dermatologen begegne keinen rechtlichen Bedenken. Der Einführung des Praxisbudgets durch den Bewertungsausschuss habe eine von ihr durchgeführte Kostenstrukturanalyse der Arztpraxen zugrunde gelegen, die auf Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 1991, die auf das Jahr 1994 hochgerechnet worden seien, sowie die Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts, Datenangaben der Davev und Erhebungen bei Kreditinstituten. Noch während der Erarbeitung der Grundlagen für das Praxisbudget sei von ihr in Abstimmung mit den Kostenträgern im Jahr 1996 ein Gutachten zur betriebswirtschaftlichen Analyse der Kostenstrukturen in Arztpraxen an die KPMG Deutsche Treuhand-Gesellschaft (KPMG) in Auftrag gegeben worden. Dies sei ihr am 30. Juli 1997 vorgelegt worden. Unmittelbar nach Eingang des Gutachtens der KPMG habe sie mit der Analyse der bundesweit gültigen Kostensätze, die der Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM niedergelegt seien, begonnen. Die KPMG-Erhebung und -auswertung bestätige bei drei Ausnahmen, die dem Praxisbudget zugrunde gelegten Kostensätze. Nur bei den Allgemeinmedizinerinnen und praktischen Ärzten, Hautärzten und Nervenärzten hätten sich nach diesen Gutachten signifikante Unterschiede ergeben. Hiernach wäre eine Heraufsetzung des Kostensatzes für die Hautärzte auf den KPMG-Kostensatz begründet gewesen. Dieser Analyse hätte sie sich zunächst angeschlossen. Die darauf folgenden Beratungen im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses am 3. Dezember 1997 hätten jedoch gezeigt, dass die Aussagen der KPMG im Hinblick auf die Arztgruppe der Hautärzte kritisch zu würdigen seien. Daher sei eine Beschlussfassung zur Anpassung des prozentualen Kostensatzes als nicht sachgerecht angesehen worden. Hintergrund der Nichtanpassung der Kostensätze sei gewesen, dass man zunächst weitere Unterlagen zur Kostenerhebung in der vertragsärztlichen Versorgung abwarten wollte, nachdem erkennbar gewesen sei, dass Anfang des Jahres 1998 die Kostenerhebung des Statistischen Bundesamtes für 1995 vorliegen würde. Es sei auch nicht eindeutig erkennbar gewesen, warum die Erhebung der KPMG valider sei als die Analyse der KBV. Bei näherer Betrachtung der KPMG-Erhebung habe sich gezeigt, dass die Anzahl der Einsender in niedrigen Umsatzgrößenklassen im Vergleich zu den Honorarumsatzgrößenbelegungen der KBV leicht höher gewesen sei, so dass dadurch bei niedrigerem Umsatz und gleich hohen Vorhaltekosten möglicherweise ein falsch hohes prozentuales Ergebnis durch die KPMG widerspiegelt sein konnte. Auch habe eine Abfrage bei den KV in der Länder gezeigt, dass aufgrund der Regelungen in den regionalen HVM und der Fallzahlzunahme der Arztgruppe der Hautärzte eine Honorarverminderung für diese Arztgruppe bedingt durch die Einführung der fallzahlabhängigen, arztgruppenspezifischen Budgets nicht erkennbar gewesen sei. Die Auswertung der im Juni 1998 zur Verfügung stehenden Daten des Statistischen Bundesamtes habe unter der Prämisse gestanden, dass bei einer Änderung des bundeseinheitlichen Kostensatzes auch die anderen, der Ermittlung der Fallzahlen für die fallzahlenabhängigen, arztgruppenspezifischen Budgets zugrunde liegenden Parameter, wie die Umsatzentwicklung und Fallzahlentwicklung, angepasst werden müssten. Eine umfangreiche Analyse der Neuberechnungen mit Stand 30. Juni 1998 habe dann ergeben, dass sich die Fallpunktzahlen für das Praxisbudget der Hautärzte in Relation zu den anderen Arztgruppen durch eine Anpassung der verschiedenen Parameter nicht wesentlich erhöht hätten. Es sei deshalb davon abgesehen worden, den Kostensatz zu korrigieren. Eine repräsentative Auswertung zu den Auswirkungen des Praxisbudgets in elf Kassenärztlichen Vereinigungen im Vergleich des 3. Quartals 1997 zum 3. Quartal 1996 habe bei der Arztgruppe der Hautärzte keine stärkere Punktzahlkürzung aufgewiesen, als in anderen Gruppen. Die Punktzahlminderung der Arztgruppe der Hautärzte habe mit 12 % sogar unter dem Durchschnitt von 14,2 % gelegen. Dies zeige, dass eine Anpassung des Kostensatzes nach dem Gutachten der KPMG nicht zwingend geboten sei. Die auf einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation basierenden Regelungen des EBM hätten nicht anderen rechtlichen Regelungen zu folgen, als die sonstigen Bestimmungen des EBM.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG dürfen Gerichte in die vom Bewertungsausschuss getroffenen Entscheidungen nur ausnahmsweise und in engen Grenzen eingreifen, wenn der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenzen missbräuchlich ausgenutzt habe. Dies treffe für die Festlegung des Kostensatzes der Hautärzte in keiner Weise zu. Der Bewertungsausschuss sei seiner Verpflichtung, die vorliegenden Tatsachen zu analysieren und zu bewerten, nachgekommen und habe in einer wissenschaftlich vertretbaren Weise alle vorliegenden Gutachten und Rechnungen verglichen und bewertet und das Ergebnis gefunden, dass eine Anpassung der Kostensätze aus den dargelegten Gründen nicht zu erfolgen habe. Der Bewertungsausschuss sei unter anderem dem KPMG-Gutachten auch deshalb nicht gefolgt, weil die erste Datenerhebung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung unabhängig von ihrer Zielsetzung erfolgt sei. Bei der Durchführung der KPMG-Analyse sei allen Beteiligten, insbesondere den befragten Ärzten, bekannt gewesen, dass diese Analyse zum Zweck der Bestimmung der Kostensätze im Rahmen der Festsetzung des Praxisbudgets

erfolgen sollte.

Unter Hinweis auf eine Entscheidung des LSG Niedersachsen vom 25. April 2001, Az.: L [3/5 KA 65/00](#), führte die Beigeladene zu 1) aus, dass es sich bei den Kostensätzen nicht um aus der Realität unmittelbar ablesbare tatsächliche Größen handle, vielmehr beinhalteten sie Wertungsentscheidungen, die der Bewertungsausschuss innerhalb seines Regelungsspielraumes zu treffen habe. Die betriebswirtschaftlichen Kalkulationen dienten lediglich der Transparenz der Entscheidungsfindung des Bewertungsausschusses. Sie übersandte auch die Protokolle über die Sitzungen des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses vom 21. November und 3. Dezember 1997 sowie eine Rangfolge des Umsatzes aus vertragsärztlicher Versorgung nach Arztgruppen.

Auf keinen Fall aber bestehe ein Anspruch des Klägers auf An- bing der Kostensätze zum 1. Januar 1998, weil zu diesem Zeitpunkt die tatsächlichen Auswirkungen der Einführung der Praxisbudgets nicht abschließend bewertet werden konnten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu den Anfangsregel- ungen im Honorarverteilungsmaßstab und der damit korrespondierenden Beobachtungspflicht des Normgebers dürfe und müsse der Normgeber Neuregelungen beobachten. Er sei nicht generell verpflichtet, bereits nach einem Quartal der Anwendung eine Anpassung der Norm vorzunehmen. Eine Anpassung des Kostensatzes zum 1. Januar 1998 verbiete sich auch deshalb, weil eine solche Regelung nicht nur ausschließlich begünstigende Wirkung für die Hautärzte habe. Jeder Eingriff in die Regelungen des Praxisbudgets müsse zu Verschiebungen in allen Arztgruppen führen.

Der Beigeladene zu 2), der ebenfalls in der mündlichen Verhandlung nicht vertreten war, beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des SG München vom 23. Februar 2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen. Zur Begründung dieses Antrags führt er aus: Die Beklagte wäre bei Rechtskraft des Urteils des SG München verpflichtet, die für sie grundsätzlich bindenden Regelungen des EBM nicht zu beachten und nach eigenem Ermessen an Stelle des Bewertungsausschusses einen höheren Kostensatz für die Arztgruppe der Dermatologen festzusetzen. Damit greife das Sozialgericht München unzulässigerweise in die allein dem Bewertungsausschuss zugewiesene Regelungsbefugnis in Bezug auf den Bewertungsmaßstab ein. Die Überprüfung des EBM und eventuelle Anpassungen seien allein dem Bewertungsausschuss vorbehalten. Die Ermittlung des Kostensatzes als Grundlage für die Berechnung der Praxisbudgets für Dermatologen sei weder in willkürlicher noch in sachwidriger Weise erfolgt. Kostensätze könnten immer nur näherungsweise ermittelt werden, weil exakte Zahlen, z.B. Steuerunterlagen der Ärzte dem Bewertungsausschuss nicht zugänglich seien. Angesichts der bestehenden Zweifel an der Repräsentativität und der Validität der KPMG-Daten sei aus Sicht der Kostenträger eine Anhebung des Kostensatzes für die Fachgruppe der Hautärzte nicht angezeigt gewesen. Der Bewertungsausschuss habe sich bei der Festsetzung des Kostensatzes für Dermatologen im EBM keineswegs von willkürlichen oder sach- widrigen Erwägungen leiten lassen.

Der Senat hat zu dem Verfahren die in dem Urteil des Sozialgerichts angeführten Unterlagen, nämlich die Kostenstrukturanalyse der Honorarabteilung der KBV, die Kostenstrukturerhebung der KPMG Deutsche Treuhandels-Gesellschaft sowie das Gutachten Prof. Dr.M. vom September 1997, die sich nicht in den Akten des Sozialgerichts befanden, angefordert und zu den Akten genommen.

Dem Senat liegen zur Entscheidung die Verwaltungsunterlagen der Beklagten, die Klageakten mit den Az.: S 32 KA 240/99 und [S 32 KA 133/00](#) sowie die Berufungsakte mit dem Az.: L 12 Ka 74/00 vor. Auf deren Inhalt, insbesondere den der vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten, wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie nach [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 27. Oktober 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Dezember 1998 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat deshalb diesen Bescheid mit seinem Urteil vom 27. Februar 2000 zu Unrecht aufgehoben und die Beklagte zur Neuverbescheidung verpflichtet.

Die Beklagte hat in ihrem Bescheid vom 27. Oktober 1998 bei der Honorarabrechnung des Klägers für das Quartal 2/98 die zum 1. Juli 1997 eingeführten Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM angewandt. Die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 ist, wie das BSG in seinem Urteil vom 8. März 2000, Az.: [B 6 KA 7/99 R \(SozR 3-2500 § 87 Nr.23\)](#) entschieden hat, rechtmäßig. Mit Beschlüssen vom 19. November 1996 und 11. März 1997 hat der Bewertungsausschuss den EBM, Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B, neu gefasst. Die im EBM enthaltenen ärztlichen Leistungen unterliegen danach nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal für die in Nr.1.5 des Abschnittes A I EBM aufgeführten Arztgruppen einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig. Das Praxisbudget wird durch Multiplikation der arztgruppenspezifischen und nach Versichertenstatus variierenden Fallpunktzahl mit der Zahl der in der Praxis behandelten budgetrelevanten Fälle ermittelt. Diese Multiplikation ergibt ein individuelles, auf die einzelne Praxis bezogenes Budget als Obergrenze von Punktzahlanforderungen für den budgetierten Leistungsbereich. Die für die einzelne Arztgruppe maßgebliche Fallpunktzahl ist so festgesetzt worden, dass zunächst auf der Basis aller verfügbaren Daten ein durchschnittlicher Kostenanteil je Arztgruppe berechnet worden ist. Durch Aufaddierung der Kostenanteile aller in die Budgets einbezogenen Arztgruppen wird ein Kostenbetrag in Deutsche Mark ermittelt und von der auf diese Arztgruppe entfallenden Gesamtvergütung nach Vorwegabzug belegärztlicher Vergütungen abgezogen. Der verbleibende Betrag der Gesamtvergütung wird als Einkommensanteil gleichmäßig auf alle in die Budgetierung einbezogenen Vertragsärzte aufgeteilt. Bei bundesweiter Betrachtung erreicht diese fiktive Einkommensgröße zuletzt 138.000,00 DM, wobei dieser Wert ohne die Einbeziehung der neuen Bundesländer 145.000,00 DM betragen hätte. Die Addition der fiktiven Einkommensgröße und die nach Arztgruppe schwankenden Durchschnittskosten ergeben einen Normumsatz. Wird dieser durch die abgerechneten Fälle eines Bezugszeitraumes dividiert, ergibt sich ein durchschnittlicher Fallwert in DM, der wiederum in Punkte ausgerechnet das Praxisbudget für den budgetierten Leistungsbereich ausmacht (BSG, [SozR 3-2500 § 87 Nr.23 S.117](#)).

Unterschiede in der Versorgungsstruktur im Bereich der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen werden dadurch berücksichtigt, dass die Berechnungsformel für die Bildung von Praxisbudgets bei signifikanter Abweichung von den im EBM zugrunde gelegten Daten regionalisiert ist und nach den entsprechenden Daten der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung schwankt. Lediglich der auf Bundesebene ermittelte durchschnittliche arztgruppenspezifische Praxiskostenanteil bleibt in der Berechnungsformel (Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B Nr.3 iVm Anlage 3 EBM) und ist für alle Kassenärztlichen Vereinigungen einheitlich.

Rechtsgrundlage für die Einführung von Praxisbudgets ist zunächst [§ 87 Abs.2 Satz 1](#) iVm Abs.2 a Satz 1 und 2 SGB V. Danach bestimmt der Einheitliche Bewertungsmaßstab den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die im EBM aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungen vorgesehen werden. Seit dem 1. Juli 1997 schreibt [§ 87 Abs.2 a Satz 8 SGB V](#) in der Fassung des 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 ([BGBl. I 1520](#)) zusätzlich vor, dass für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, Obergrenzen vorgesehen werden können; diese können für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden. Dass die zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets im EBM nach Wortlaut und Zielsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe entsprechen, ist nicht zweifelhaft und wird von den Klägern auch nicht in Abrede gestellt worden.

Kläger und Sozialgericht vertreten die Auffassung, dass der Honorarbescheid der Beklagten vom 27. Oktober 1998 rechtswidrig sei, weil bei der Errechnung des Praxisbudgets von einer unzutreffend zu niedrig festgesetzten gebietsbezogenen Fallpunktzahl für die Arztgruppe der Dermatologen zugrunde gelegt worden sei. Diese zu niedrige Festsetzung beruhe auf einer unzutreffenden Berechnung gemäß der Vorgabe der Anlage 3 des EBM in Gestalt eines Falschansatzes des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes 1994 in Prozent. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Der Bewertungsausschuss hat bei der Neufassung des EBM ab 1. Juli 1997 einen bundesdurchschnittlich einheitlichen Kostensatz verbindlich in den Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B Anlage 3 EBM festgelegt. Dieser Kostensatz wurde ausdrücklich in den EBM aufgenommen und nimmt an der normativen Ausgestaltung des EBM teil. Er ist als solcher Norminhalt, nicht nur ein Faktor bei der Entstehung und Formulierung der Norm. Der Bewertungsausschuss hat das Tatbestandsmerkmal "Unkosten" bei der Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen nicht der Feststellung der Normanwender überlassen, sondern sie selbst verbindlich festgestellt und in der Norm niedergelegt. Von ihr ist für die Abrechnung auszugehen.

Bei den Bewertungsmaßstäben im Sinne des [§ 87 Abs.2 SGB V](#) handelt es sich um Rechtsnormen in der Form so genannter Normsetzungsverträge. Sie kommen als vertragliche Vereinbarung der in [§ 87 Abs.1 SGB V](#) aufgeführten Körperschaften durch die Bewertungsausschüsse ([§ 87 Abs.3 SGB V](#)) zustande und entfalten gegenüber am Vertragsabschluss nicht beteiligten Dritten (Ärzten, Zahnärzten, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen) unmittelbar rechtliche Auswirkungen (BSG, [SozR 3-2500 § 87 Nr.18](#) S.84 mit weiteren Hinweisen).

Im Hinblick auf den Charakter des EBM als vertragliche Regelung mit normativer Wirkung ist nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. etwa BSG, [SozR 2500 § 87 Nr.14 S.53](#)) der Umfang der gerichtlichen Kontrolle beschränkt. Es ist nicht Aufgabe der Gerichte, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen oder Bestimmungen des EBM in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Etwas anderes gilt nur in den 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. Von solchen oder ähnlichen Fällen abgesehen, in denen die Überschreitung der Grenzen normativem Ermessens rechtlich fassbar wird, haben die Gerichte die Regelungen des EBM als für sie maßgebend hinzunehmen (BSG, [SozR 3-2500 § 87 Nr.14 S.53](#)).

Ebenso wie Verteilungsregelungen in Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage des [§ 85 Abs.4 Satz 2 SGB V](#), stellen auch Vergütungsbestimmungen im EBM Regelungen der Berufsausübung der Vertragsärzte im Sinne des [Art.12 Abs.1 Satz 1 GG](#) dar. Derartige Regelungen müssen, auch wenn sie in der gewählten Gestaltungsform (Praxisbudgets) prinzipiell zulässig sind, den allgemein bei Eingriffen in die Berufsfreiheit zu beachtenden Grundsätzen der Erforderlichkeit, Geeignetheit und Verhältnismäßigkeit genügen und in ihrer Ausgestaltung die Unterschiede berücksichtigen, die typischerweise innerhalb der betroffenen Berufsgruppe bestehen. Das ergibt sich insbesondere aus den auch vom BSG bei der Prüfung von Honorarbegrenzungsregelungen am Maßstab des [Art.12 Abs.1 GG](#) stets mitherangezogenen allgemeinen Gleichheitssatz des [Art.3 Abs.1 GG](#) (BSG, [SozR 3-2500 § 87 Nr.16](#) S.65). Der zur strikten Beachtung des Gleichbehandlungsgebotes verpflichtete Normgeber - hier der Bewertungsausschuss - ist allerdings berechtigt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität eine Regelung zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalieren. Der Bewertungsausschuss verfügt, wie der Senat in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG im Rahmen von Entscheidung zur Überprüfung einzelner Leistungsbeschreibungen und Leistungsbewertungen im EBM stets hervorgehoben hat, über einen Regelungsspielraum. Die Gerichte sind nicht befugt zu überprüfen, ob er jeweils die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden hat. 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. Hinzu kommt, dass dem Normgeber bei der Neuregelung komplexer Materien auch unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelungen ein Gestaltungsspielraum zusteht, weil sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen und deshalb auch größere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden müssen. Mit dieser relativ weiten Gestaltungsfreiheit bei Anfangs- und Erprobungsregelungen korrespondiert allerdings eine Beobachtungs- und ggf. Nachbesserungspflicht des Normgebers, 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. (BSG, [SozR](#)

Bei Anwendung dieser Prüfungsmaßstäbe ist die Festlegung des Kostensatzes für Dermatologen in Höhe von 54,1 % in der Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen des EBM in A I Teil B jedenfalls für das hier streitgegenständliche Abrechnungsquartal 2/98 nicht zu beanstanden.

Dass es sich bei der Festsetzung des Unkostensatzes nicht um eine Tatsachenfeststellung handelt, wie die Prozessbevollmächtigten des Klägers vortragen, ergibt sich schon daraus, dass alle vorgelegten Gutachten und Ermittlungen bei gleichem Sachverhalt aufgrund wissenschaftlicher, betriebswirtschaftlicher Untersuchungen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen (s.a. LSG Niedersachsen, Urteil vom 25. April 2001, Az.: L3/5 KA 65/00). Die Ermittlung des Kostensatzes, wie er vom Bewertungsausschuss aufgrund der Beschlüsse vom 19. November 1996 und 11. März 1997 in den EBM zum 1. Juli 1997 aufgenommen wurde, erfolgte auf der Basis verschiedener Quellen. Ihr lag eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durchgeführte Kostenstrukturanalyse der Arztpraxen zugrunde, die auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 1991 beruhte, die auf das Jahr 1994 hochgerechnet wurden, sowie die Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts, Datenangaben der Datev und Erhebungen bei Kreditinstituten. Da dem Normgeber bei der Neuregelung komplexer Materien auch unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelungen ein Gestaltungsspielraum zusteht, weil sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen und deshalb auch größere

Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden müssen, ist die Festsetzung des durchschnittlichen Kostensatzes aufgrund dieser Daten in Höhe von 54,1 % jedenfalls für die ersten Quartale nach In-Kraft-Treten des EBM nicht zu beanstanden (so auch LSG Niedersachsen, rechtskräftiges Urteil vom 25. April 2001, Az.: L 3/5 KA 65/00). Es lässt sich nicht zweifelsfrei feststellen, dass der Bewertungsausschuss bei der Feststellung der Kostensätze die Dermatologen bewusst benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen.

Die relativ weite Gestaltungsfreiheit bei Anfangs- und Erprobungsregelungen korrespondierte allerdings nach der zitierten Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt, mit einer Beobachtungs- und ggf. Nachbesserungspflicht des Normgebers, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, dass die Auswirkungen für einzelne betroffene Normadressaten unzumutbar geworden sind. Um die für die Festsetzung des Praxisbudgets für die einzelnen Arztgruppen bedeutsamen Kostensätze abzusichern, wurde noch vor Einführung des neuen EBM von einem Partner des Bundesmantelvertrages, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Absprache mit dem Bewertungsausschuss im Jahr 1986 ein Gutachten zur betriebswirtschaftlichen Analyse der Kostenstrukturen in Arztpraxen an die KPMG gegeben. Deren Beratungsergebnisse wurden der Auftraggeberin am 30. Juli 1997 vorgelegt. Da die KPMG Erhebung und Auswertung im Wesentlichen die Kostensätze, die der Bewertungsausschuss festgelegt hatte, bestätigte und nur für drei Arztgruppen signifikante Unterschiede aufzeigte, holte die KBV erneut eine gutachtliche Stellungnahme von Prof.Dr.M. zum "KPMG-Bericht über die Auswertung der empirischen Erhebung Praxis- und Kostenstruktur Ärzte in freier Praxis" ein. Dieses Gutachten stand der KBV im November 1997 zur Verfügung. In der Novembertagung des Bewertungsausschusses im Jahre 1997 kam der für eine Neubewertung allein zuständige Bewertungsausschuss zu dem Ergebnis, dass weder das Gutachten der KPMG noch das Gutachten von Prof.Dr.M. Anlass für eine Anhebung des Kostensatzes für Dermatologen sei. Insbesondere die Kostenträger vertraten die Auffassung, dass die Validität und Repräsentativität der aufgrund von Auswertung von Fragebögen erhobenen Daten nicht ausreichend gesichert seien. Es habe sich nur ein geringer Teil der angeschriebenen Ärzte an der Aktion beteiligt und man könne auch nicht davon ausgehen, dass die teilnehmenden Ärzte repräsentativ für die Grundgesamtheit seien. Es sei auch nicht zuverlässig feststellbar, ob bzw. inwieweit die der Auswertung zugrunde liegenden Daten die Realität widerspiegeln. Ebenso ließe sich mit Hilfe von Plausibilitätskontrollen nicht ausschließen, dass ungenaue oder tatsächlich unkorrekte Angaben in die Auswertung einfließen, da die Zielsetzung der Erhebung den Teilnehmern und insbesondere den Berufsverbänden bereits bekannt gewesen sei. In den vorgelegten Gutachten der KPMG und von Prof.Dr.M. seien darüber hinaus die Schwierigkeiten der Kostenaufteilung auf Patienten der GKV und der PKV zum einen nach dem Eintrittskarten- und zum anderen nach dem Tragfähigkeitsprinzip dargestellt und unterschiedlich bewertet worden. Da zudem die Abrechnungswerte für das Quartal 3/97 noch nicht vorlagen, bestand nach Auffassung des Senates für den Bewertungsausschuss unter diesen Umständen keine Veranlassung, die Festsetzung des Kostensatzes für Dermatologen in Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen des EBM in A I Teil B bereits ab 1. Januar 1998 zu revidieren. Es lässt sich daher nicht zweifelsfrei feststellen, dass die Auswirkungen der Praxisbudgets für die Dermatologen bereits zu diesem Zeitpunkt unzumutbar geworden sind.

Die Vergütungsbestimmungen im EBM stellen Regelungen der Berufsausübung der Vertragsärzte im Sinne des [Art.12 Abs.1 Satz 2 GG](#) dar. Sie unterliegen damit geringeren Anforderungen als Berufszugangsregelungen. Die vom Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 22. Oktober 1991, Az.: [1 BvR 393/85](#) und [1 BvR 610/85](#) aufgestellten Anforderungen an eine Verordnung, die den Zugang zum Hochschulstudium beschränkt, sind deshalb auf den vorliegenden Fall nicht übertragbar. Nur Verordnungen, die den Zugang zu einem Beruf, Arbeitsplatz oder Ausbildungsstätte regeln und beschränken, sind von den Gerichten nicht nur am Willkürverbot zu messen, sondern auch darauf zu überprüfen, ob sie den Erfordernissen rationaler Abwägung genügen. Nach [Art.12 Abs.1 Satz 2 GG](#) zulässige Regelungen der Berufsausübung sind dagegen daraufhin zu überprüfen, ob sie den Grundsätzen der Erforderlichkeit, Geeignetheit und Verhältnismäßigkeit genügen und in ihrer Ausgestaltung die Unterschiede berücksichtigen, die typischerweise innerhalb der betroffenen Berufsgruppe bestehen. Wenn der Kläger aufgrund der Feststellungen in den Gutachten von Prof.Dr.M. und KPMG zu dem Ergebnis kommt, dass die Arztgruppe der Dermatologen unangemessen benachteiligt werde, weil der Kostenansatz durch den Bewertungsausschuss mit 54,1 % gegenüber dem KPMG-Gutachten, das einen Wert von 59,4 % ausweist, um 5,3 % abweicht und gegenüber dem Gutachten Prof.Dr.M., das einen Wert von 62,1 % ausweist, um 5,9 % abweicht, so ist entgegen der Auffassung des Sozialgerichtes daraus noch keine Verpflichtung des Bewertungsausschusses abzuleiten, bereits zum 1. Januar 1998, zwei Quartale nach In-Kraft-Treten des neuen EBM, eine Neufestsetzung des Kostensatzes für Dermatologen vorzunehmen. Wie bereits ausgeführt, geschah die ursprüngliche Festsetzung des Kostensatzes für Dermatologen keinesfalls willkürlich, sondern ist aufgrund des damals vorliegenden Datenmaterials nachvollziehbar (s.a. LSG Niedersachsen, rechtskräftiges Urteil vom 25. April 2001, Az.: L 3/5 KA 65/00). Der Bewertungsausschuss ist seiner Beobachtungspflicht, die sich aus der relativ weiten Gestaltungsfreiheit bei Anfangs- und Erprobungsregelungen ergibt, nachgekommen, indem er die Kostenansätze aufgrund der vom KBV eingeholten Gutachten überprüfte. Da die Kostensätze im Wesentlichen bestätigt wurden und nur für drei Arztgruppen unterschiedliche und abweichende Werte aus den eingeholten Gutachten erkennbar waren, bestand eine Nachbesserungspflicht des Normgebers zu diesem Zeitpunkt, als die Abrechnungswerte aus den Anfangs- und Erprobungsquartalen noch nicht vorlagen, noch nicht, vor allem im Hinblick auf die Bedenken der Kostenträger gegen die Ergebnisse dieser Gutachten. Das BSG hat zuletzt in seiner Entscheidung vom 16. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 20/00 R](#), nach der Pressemitteilung Nr.28/01 erneut festgestellt, dass ausschließlich betriebswirtschaftliche Aspekte aus den Praxen betroffener Arztgruppen regelmäßig nicht geeignet sind, die Rechtswidrigkeit einer EBM-Regelung zu begründen. Der Bewertungsausschuss als Normgeber muss auch seinen Prozess der Entscheidungsfindung nicht in allen Einzelheiten offenlegen, so lange überhaupt tragfähige sachliche Gründe für seine Regelung erkennbar sind. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn der Bewertungsausschuss am 3. Dezember 1997 aufgrund seiner Beratungen zu dem Ergebnis kam, dass die Aussagen der KPMG im Hinblick auf die Arztgruppe der Hautärzte kritisch zu würdigen sei und eine Beschlussfassung zur Anpassung des prozentualen Kostensatzes als nicht sachgerecht angesehen wurde. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass man zunächst weitere Unterlagen zur Kostenerhebung in der vertragsärztlichen Versorgung abwarten wollte, nachdem damals der Bewertungsausschuss davon ausging, dass Anfang des Jahres 1998 die Kostenerhebung des Statistischen Bundesamtes für 1995 vorliegen werde. Hinzu kommt, dass eine Abfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder gezeigt hatte, dass aufgrund der Regelungen in den regionalen Honorarverteilungsmaßstäben und der Fallzahlzunahme der Arztgruppe der Hautärzte eine Honorarverminderung für diese Arztgruppe, bedingt durch die Einführung der fallzahlabhängigen, arztgruppenspezifischen Budgets, nicht erkennbar war.

Dass die Partner des Bundesmantelvertrages durch den Bewertungsausschuss auch nach Vorlage der Auswertungen des Statistischen Bundesamtes zur Kostenstrukturanalyse in der vertragsärztlichen Praxis am 12. Juni 1998 keine Änderung des Kostensatzes für Hautärzte vornahmen, ist für den vorliegenden Rechtsstreit ohne Bedeutung, da streitig nur die Honorarfestsetzung für das 2. Quartal 1998 ist. Jedenfalls vor dem streitigen Quartal war eine Neufestsetzung der Kostensätze durch den Bewertungsausschuss rechtlich nicht geboten.

Nach alledem erweist sich die Berufung der Beklagten als begründet. Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Februar 2000 ist deshalb aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 27. Oktober 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Dezember 1998 abzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf der Erwägung, dass die Berufung der Beklagten erfolgreich war.

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung des Rechtsstreites wird die Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nr.1 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-27