

B 6 KA 28/01 R

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

Datum
19.07.2000
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-

Datum
16.05.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 28/01 R

Datum
26.06.2002
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Beklagten werden das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 16. Mai 2001 und das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 19. Juli 2000 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Kläger haben der Beklagten deren außergerichtliche Kosten für sämtliche Rechtszüge als Gesamtschuldner zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Honorars für das Quartal II/1997.

Die Kläger sind als Hautärzte in einer Gemeinschaftspraxis im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie wenden sich gegen die Auswirkungen, die eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) über die Auflösung fachübergreifender Gemeinschaftspraxen auf ihren Honoraranspruch hat.

Für die verschiedenen Arztgruppen waren durch § 6 Abs 4b HVM mit Wirkung ab dem Quartal I/1997 Honorarkontingente (sog Honorartöpfe) eingeführt worden. Deren Anteile bestimmten sich nach dem Verhältnis der Honorarforderungen der verschiedenen Arztgruppen aus den Quartalen I und II/1995 und I und II/1996 zueinander. Fachübergreifende Gemeinschaftspraxen wurden der Arztgruppe zugerechnet, unter deren Arztnummer sie geführt wurden. Im Falle der Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis nach Juli 1996 wurde das Gesamthonorar der Praxis durch die Zahl der Mitglieder der Gemeinschaft geteilt und entsprechend der Fachgebietszugehörigkeit der einzelnen Ärzte den jeweiligen Honorartöpfen zugerechnet. Die Vertreterversammlung der Beklagten setzte diese Regelung, die ursprünglich erst zum 1. Juli 1997 eingeführt werden sollte, nach einem schriftlichen Abstimmungsverfahren rückwirkend zum 1. Januar 1997 in Kraft.

Im Bezirk der Beklagten bestand in den Quartalen I bis III/1996 eine Gemeinschaftspraxis zwischen zwei Hautärzten und einem Anästhesisten. Nach deren Auflösung bildete die Beklagte in Anwendung des neu gefassten § 6 Abs 4b Satz 3 HVM den Durchschnittswert für das Honorar der aufgelösten Gemeinschaftspraxis in den Quartalen I und II/1996, zog ein Drittel dieses Wertes vom Honorartopf der Hautärzte ab und schlug es dem Topf der Anästhesisten zu. Dies führte ab dem Quartal I/1997 zu einem Rückgang der Punktwerte für Hautärzte. Er belief sich im Quartal I/1997 im Primärkassenbereich auf 0,2019 und im Ersatzkassenbereich auf 0,2664 Pfennig. Erstmals im Quartal II/1997 wurde das Honorar für die Fachgruppe der Hautärzte unter Zugrundelegung der verminderten Punktwerte festgesetzt.

Mit ihrem Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/1997 wandten sich die Kläger dagegen, dass die Beklagte dem Honorartopf der Hautärzte wegen des Ausscheidens eines Anästhesisten 229.892,93 DM entnommen habe. Dieser Betrag liege weit über dem durchschnittlichen Umsatz eines Hautarztes von 107.000 DM. Die zu hohe Entnahme habe für sie eine ungerechtfertigte Honorarminderung bewirkt. Die Beklagte wies den Widerspruch zurück. Auflösungen von Gemeinschaftspraxen hätten zu unvorhergesehenen Verwerfungen geführt. Deswegen habe eine Möglichkeit gefunden werden müssen, das Honorar entsprechend den wirklichen Leistungsanteilen zu verteilen.

Das Sozialgericht (SG) hat den angefochtenen Honorarbescheid aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, sich im Rahmen der Neubescheidung bei der Reduzierung des Honorartopfes der Hautärzte an dem tatsächlichen Umsatz des im Jahre 1996 fachfremd zugeordneten Anästhesisten in der aufgelösten Gemeinschaftspraxis zu orientieren. Die dem Bescheid zu Grunde liegende Regelung des HVM verstoße gegen das Gebot der Honorargerechtigkeit. Die Hautärzte würden ungleich behandelt, wenn das Honorarvolumen der

aufgelösten Gemeinschaftspraxis zu einem Drittel dem Honorartopf der Anästhesisten zugeschlagen werde, obwohl der Anästhesist des konkreten Falles nur ca 80.000 DM von dem quartalsbezogenen Gesamtumsatz der Gemeinschaftspraxis von ca 690.000 DM erwirtschaftet habe. Bei einer Korrektur der Honorartöpfe müsse berücksichtigt werden, dass für die einzelnen Arztgruppen ein unterschiedliches Honoraraufkommen typisch sei. Zumindest liege ein Härtefall vor, der eine Ausnahme rechtfertige (Urteil vom 19. Juli 2000).

Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, zwar habe die Beklagte den HVM mit Rückwirkung für das Quartal II/1997 ändern dürfen. Die fragliche Regelung des HVM verstoße aber gegen das aus [Art 12 iVm Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) abzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Allerdings sei eine Regelung über die Auswirkungen der Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis auf den Zuschnitt der Honorartöpfe notwendig. Das bisher nur einem Honorartopf zugeordnete Honorar der Gemeinschaftspraxis müsse aufgeteilt werden, weil es ansonsten zu einer ungerechtfertigten Belastung der Arztgruppe komme, welche die aus der Gemeinschaftspraxis ausscheidenden Ärzte aufnehme. Der HVM dürfe das Gesamthonorar aber nicht nach der Zahl der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte aufteilen. Die Aufteilung des Gesamthonorars dieser Praxis müsse sich vielmehr an den tatsächlichen Verhältnissen, also an den auf den einzelnen Arzt entfallenden Umsatzanteilen, orientieren. Das führe nicht zu einem unzumutbaren Aufwand, weil es fachübergreifende Gemeinschaftspraxen ohnehin nur in geringer Zahl gebe. Die Beklagte sei zu entsprechenden Ermittlungen auch tatsächlich in der Lage. Sie müsse nämlich ohnehin überprüfen, ob die an einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis beteiligten Ärzte mit ihren Leistungen im Rahmen ihrer fachlichen Zuständigkeit blieben. Im Übrigen sei davon auszugehen, dass im Regelfall die Leistungen nach der Art der abgerechneten Gebührensätze zugeordnet werden könnten; die Beklagte habe schließlich die von den Klägern konkret genannten Zahlen zur Umsatzverteilung in der betroffenen aufgelösten Gemeinschaftspraxis nicht bestritten (Urteil vom 16. Mai 2001).

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte, das LSG habe den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit unrichtig angewandt. Die Bildung von Honorartöpfen für die einzelnen Arztgruppen sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zulässig. Gemeinschaftspraxen erhielten ihre Vergütung stets nur aus dem Kontingent einer Arztgruppe. Das gelte auch für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen. Hier sei die Zuordnung zu einem fachgruppenbezogenen Honorartopf anhand der Arztnummer der jeweiligen Praxis erfolgt. Angesichts der nach Auflösung einiger Gemeinschaftspraxen entstandenen Verwerfungen habe sie - die Beklagte - Handlungsbedarf gesehen und eine Regelung geschaffen, nach der das Honorarvolumen des bisher fachfremd geführten Arztes auf die Arztgruppe übertragen werde, aus deren Topf sein Honorar nach dem Ausscheiden aus der Gemeinschaftspraxis in Zukunft zu entnehmen sei. Diese Fälle unterschieden sich von dem Ende einer Zulassung, der Neuzulassung und dem Fachgebietenwechsel, bei denen die Honorarkontingente der Arztgruppen unverändert blieben, dadurch, dass stets gleichzeitig zwei Facharztgruppen betroffen seien. Bei einer Regelung der Konsequenzen der Auflösung von fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen für die Honorarverteilung habe der Satzungsgeber ein weites Ermessen; er dürfe typisieren und pauschalisieren. Deswegen müsse die Bestimmung weder auf die tatsächlichen Verhältnisse des Einzelfalles abstellen noch Ausnahmen für Härtefälle vorsehen. Es sei zulässig, das Honorar der Gemeinschaftspraxis nach außen hin grundsätzlich als Einheit anzusehen; wie die Partner ihr Innenverhältnis gestalten, sei nicht ihre - der Beklagten - Sache. Im typischen Fall komme der wirtschaftliche Erfolg einer Gemeinschaftspraxis allen Teilhabern zu gleichen Teilen zu. Zudem bestehe nicht die Möglichkeit, den Anteil der einzelnen Partner an dem Gesamthonorar einer Gemeinschaftspraxis nachzuvollziehen. Weder unterlägen die Ärzte insoweit einer Kennzeichnungspflicht, noch müsse eine solche eingeführt werden. Die nachträgliche Zuordnung der Leistungen nach den abgerechneten Nummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) sei deswegen nicht immer möglich, weil sich die Fachzuständigkeiten für Anästhesisten und Hautärzte überschneiden. Schließlich sei der durchschnittliche Umsatz eines Hautarztes bezogen auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland durchaus mit dem eines Anästhesisten vergleichbar; lediglich in ihrem - der Beklagten - Bezirk werde das Ergebnis durch zwei besonders umsatzstarke Hautarztpraxen verfälscht.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 16. Mai 2001 und das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 19. Juli 2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kläger beantragen,
die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Der dem angegriffenen Honorarbescheid zu Grunde liegende HVM verstoße schon deshalb gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, weil die Beklagte ihn allein wegen der Auflösung fachübergreifender Gemeinschaftspraxen mit Wirkung ab dem Quartal I/1997 ergänzt habe. Erst am 1. Juli 1998 sei eine Änderung in Kraft getreten, nach der die Honorartöpfe auch bei erheblicher Veränderung der Anzahl der in einer Fachgruppe zugelassenen Ärzte zu überprüfen seien. Zwischen der Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis und anderen Veränderungen wie dem Ausscheiden eines Arztes, dem Wechsel der Fachgruppe oder der Verschiebung des Schwerpunkts der ärztlichen Tätigkeit bei einem für zwei Fachgebiete zugelassenen Arzt bestünden aber keine Unterschiede, welche es rechtfertigten, die Honorartöpfe nur bei Auflösung einer Gemeinschaftspraxis anzupassen. Der für das Quartal II/1997 angewandte HVM mache die Anpassung auch nicht davon abhängig, ob die Gemeinschaftspraxis bei der Topfbildung schon bestanden habe. Er verletze damit das Willkürverbot.

Die prinzipielle Gleichwertigkeit aller ärztlichen Leistungen ändere nichts daran, dass sich der wirtschaftliche Ertrag in den einzelnen Arztgruppen unterscheide. Diese Prägungen wirkten auch in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis. Es könne nicht darauf ankommen, ob die fachgruppentypischen Unterschiede in einer Gemeinschaftspraxis durch fachübergreifende Tätigkeiten wie die Erledigung von Verwaltungsarbeiten kompensiert würden. Ob Anästhesisten im Bundesdurchschnitt ähnliche Honorare erreichten wie Hautärzte, könne dahinstehen, weil allein die Verhältnisse im Bereich der Beklagten maßgebend seien. Es bedeute auch keinen unzumutbaren Verwaltungsaufwand, wenn die Beklagte verpflichtet werde, die auf die einzelnen Mitglieder einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis entfallenden Honoraranteile zu ermitteln. Die abgerechneten Leistungen seien im Regelfall ihrer Art nach einer bestimmten Arztgruppe zuzuordnen.

Schließlich sei der angegriffene Honorarbescheid selbst dann rechtswidrig, wenn der HVM nicht gegen höherrangiges Recht verstoße. Die Beklagte habe nämlich den HVM deswegen falsch angewandt, weil sie nicht berücksichtigt habe, dass das Anästhesistenhonorar nur in den Quartalen I und II/1996 in der Gemeinschaftspraxis angefallen war, wohingegen die Honorartöpfe auf der Basis der Quartale I/1995, II/1995, I/1996 und II/1996 gebildet worden waren. Der Honorartopf der Hautärzte habe deswegen nur in geringerem Umfang vermindert werden

dürfen.

II

Die Revision der Beklagten ist begründet. Die Urteile des LSG und des SG waren aufzuheben und die Klage abzuweisen. Die angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten sind rechtmäßig. Soweit das den Klägern darin zugebilligte Honorar der Höhe nach (auch) darauf beruht, dass die Beklagte das Honorarkontingent der Dermatologen ab dem Quartal I/1997 reduziert hat, steht die dem zu Grunde liegende Vorschrift des HVM mit Bundesrecht in Einklang und ist von der Beklagten - soweit dies der Nachprüfung durch das Revisionsgericht zugänglich ist - richtig angewandt worden.

Der HVM der Beklagten sieht seit dem Quartal I/1997 eine Honorarverteilung nach arztgruppenbezogenen Kontingenten ("Töpfen") vor. Der Anteil des einzelnen Arztgruppentopfes an der zu verteilenden Gesamtvergütung bestimmt sich nach dem Verhältnis der Honorarforderungen der Arztgruppen im Durchschnitt der Quartale I und II/1995 zu denen für die Quartale I und II/1996. Korrekturen der Honorartöpfe beim Ausscheiden oder dem Arztgruppenwechsel eines Arztes sind nicht vorgesehen. Eine Ausnahme gilt allein für den Fall der Auflösung einer aus Ärzten verschiedener Arztgruppen bestehenden Gemeinschaftspraxis. Das Honorar einer solchen Praxis wird nach den Feststellungen des LSG stets demjenigen Honorarkontingent entnommen, dem die Arztnummer zugeordnet ist, unter der die Praxis mit der Beklagten abrechnet. Wird eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis aufgelöst, ist nach § 6 Abs 4b Satz 3 HVM das an diese Praxis zuletzt gezahlte Quartalshonorar durch die Zahl der Mitglieder zu teilen. Der Anteil, der rechnerisch auf den Arzt entfällt, der nunmehr unter einer anderen Arztnummer seine Leistungen aus dem Honorartopf seiner eigenen Arztgruppe vergütet erhält, wird dem Topf dieser Arztgruppe zugeschlagen.

Dementsprechend hat die Beklagte nach Auflösung der aus zwei Hautärzten und einem Anästhesisten bestehenden Gemeinschaftspraxis zum Ende des dritten Quartals 1996 für die Berechnung des Kontingentes der Dermatologen ab Januar 1997 ein Drittel des Quartalshonorars dieser Praxis dem Topf dieser Arztgruppe entnommen und demjenigen der Anästhesisten zugeschlagen. Infolge dieses Honorarabflusses ist der Punktwert, mit dem ua die Leistungen der Kläger im Quartal II/1997 honoriert worden sind, zurückgegangen. Die tatsächlichen Verteilungspunktwerte betragen 7,02 Pfennig im Primär- und 7,57 Pfennig im Ersatzkassenbereich; sie hätten 7,23 bzw 7,83 Pfennig betragen, wenn es nicht zu einer Verschiebung von Honoraranteilen aus dem Topf der Dermatologen in denjenigen der Anästhesisten gekommen wäre. Dadurch sind die Kläger zwar wirtschaftlich belastet, aber nicht im rechtlichen Sinne beschwert (vgl [§ 54 Abs 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)), weil Bundesrecht insoweit nicht verletzt ist.

Die Aufteilungsregelung des § 6 Abs 4b Satz 3 HVM steht mit den gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung in Einklang, auch soweit die Vorschrift erst im Laufe des Jahres 1997 im schriftlichen Verfahren durch die Mitglieder der Vertreterversammlung der Beklagten beschlossen und rückwirkend zum 1. Januar 1997 in Kraft gesetzt worden ist. Das hat das LSG näher dargelegt. Die Beteiligten treten in der Revisionsinstanz dieser Beurteilung nicht mehr entgegen.

§ 6 Abs 4b Satz 3 HVM verstößt auch inhaltlich nicht gegen Bundesrecht. [§ 85 Abs 1 Satz 1 und Abs 4 SGB V](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gibt den KÄVen grundsätzlich einen weiten Gestaltungsspielraum bei der Ausgestaltung ihres HVM, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Satzung erfolgende Normsetzung der Selbstverwaltung ist (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 34](#) S 269; Nr 16 S 105; Urteil vom 13. März 2002, [B 6 KA 1/01 R](#); zur Veröffentlichung in BSGE und SozR bestimmt). Allerdings muss ein HVM mit der Ermächtigungsgrundlage und höherrangigem Recht in Einklang stehen, sich insbesondere an das in [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) niedergelegte Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars halten und sich an dem aus [Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit messen lassen (vgl [BVerfGE 33, 171](#), 184 = SozR Nr 12 zu [Art 12 GG](#) S Ab 15 R; [BSGE 73, 131](#), 136 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 4](#) S 23/24; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 16](#) S 101; [BSGE 81, 213](#), 217 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 23](#) S 152; [BSGE 83, 1](#), 2 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#) S 183; Nr 38 S 310/311).

Diese bundesrechtlichen Vorgaben der Honorarverteilung werden zunächst nicht dadurch verletzt, dass der HVM die Aufteilung der Gesamtvergütung auf einzelne arztgruppenbezogene Honorarkontingente vorsieht, was zur Folge hat, dass der Punktwert für die vertragsärztlichen Leistungen von der Zugehörigkeit des Arztes zu einer bestimmten Arztgruppe abhängig ist. Der Senat hält es in ständiger Rechtsprechung für zulässig, dass die KÄV Honorartöpfe für eine Arztgruppe oder bestimmte ärztliche Leistungen bildet, damit verhindert wird, dass sich die von einer Arztgruppe zu verantwortende Ausweitung der Leistungsmenge auch auf den Punktwert auswirkt, mit dem Leistungen anderer Arztgruppen honoriert werden (vgl [BSGE 73, 131](#), 137 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 4](#) S 25; [BSGE 77, 288](#), 292 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 11](#) S 68; [BSGE 83, 1](#), 2 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#) S 183; [BSGE 86, 16](#), 25 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 124; [SozR 3-2500 § 85 Nr 38](#) S 311).

Auch die Ermittlung des Anteils der Hautärzte an der zu verteilenden Gesamtvergütung ab der Einführung der Honorarverteilung nach arztgruppenbezogenen Kontingenten im Januar 1997 ist nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat die Anteile der Arztgruppen an der Gesamtvergütung in vier Referenzquartalen der Jahre 1995 und 1996 ermittelt und die arztgruppenbezogenen Quoten auf dieser Grundlage für die Quartale ab I/1997 berechnet. In zwei der vier Referenzquartalen (I und II/1996) hatte eine aus zwei Hautärzten und einem Anästhesisten gebildete Gemeinschaftspraxis bestanden. Auch die anästhesistischen Leistungen dieser Gemeinschaftspraxis sind bei der Berechnung des Honoraranteils der Hautärzte berücksichtigt worden, weil nach der Feststellung des LSG 1996 alle Leistungen dieser Gemeinschaftspraxis unter einer hautärztlichen Arztnummer abgerechnet worden sind.

Ob die schematische Orientierung an der Abrechnungsnummer einer Gemeinschaftspraxis und deren Zuordnung zu einer Arztgruppe generell zulässig ist, soweit die Honorarverteilung auf der Grundlage von festen, arztgruppenbezogenen Honorarkontingenten erfolgt, bedarf hier keiner abschließenden Entscheidung. Bedenken dagegen bestehen, so weit dieses Vorgehen dazu führen könnte, dass aus dem Honorarkontingent einer bestimmten Arztgruppe in erheblichem Umfang Leistungen zu vergüten sind, die von Ärzten verschiedener Arztgruppen erbracht und lediglich unter einer zu einer einzigen Arztgruppe gehörenden Arztnummer abgerechnet werden. Weiterhin besteht die Gefahr, dass eine aus Ärzten verschiedener Arztgruppen bestehende fachübergreifende Gemeinschaftspraxis die Wahl ihrer Arztnummer danach ausrichtet, in welchem arztgruppenbezogenen Topf sie prognostisch die höchsten Punktwerte erwartet. Beide Entwicklungen stünden mit den Erwägungen nicht im Einklang, die der Senat für die Zulässigkeit einer Honorarverteilung nach arztgruppenbezogenen Kontingenten angeführt hat. Aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist abzuleiten, dass nur ihrer

Art nach vergleichbare Leistungen zu einem Honorartopf zusammengefasst werden dürfen ([BSGE 73, 131](#), 139 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 27](#)). Die Einführung einer Honorarverteilung nach festen arztgruppenbezogenen Kontingenten soll gewährleisten, dass die Entwicklung des Punktwertes von den fachgruppenspezifischen Mengenausweitungen abhängig ist (BSG, Urteile vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) = USK 99102 S 591 und [SozR 3-2500 § 85 Nr 31 S 237](#)). Dieses Ziel würde im Ansatz verfehlt, wenn durch die Honorierung von zahlreichen arztgruppenfremden Leistungen der Punktwert für eine bestimmte Arztgruppe vom Leistungsverhalten der Ärzte anderer Arztgruppen anhinge. Deshalb kann die KÄV verpflichtet sein, bei erheblichen Anteilen von Leistungen, die durch Ärzte von fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen arztgruppenfremd erbracht werden, im HVM entsprechende Vorkehrungen zu treffen, wie das etwa in dem von den Klägern angeführten HVM der KÄV Südbaden der Fall ist, nach dem den fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen mehrere interne Abrechnungsnummern zugeordnet werden.

Diese Bedenken führen indessen in dem hier zu beurteilenden Fall nicht zur Rechtswidrigkeit der Zurechnung derjenigen anästhesistischen Leistungen zum Honorarkontingent der Hautärzte, die in den Quartalen I bis III/1996 von der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis erbracht wurden, auch wenn diese sich auf die Höhe des Honorarkontingents auswirkten. Zunächst galten im Bereich der Beklagten 1996 noch keine arztgruppenbezogenen Honorartöpfe. Weiterhin ist weder vorgetragen noch ersichtlich, dass dieser singuläre Fall der Einbeziehung anästhesistischer Leistungen in die Berechnung des Kontingentes der Hautärzte zu nachhaltigen Verwerfungen bei der Honorarverteilung geführt haben könnte. Im Übrigen sind - soweit ersichtlich - die Honorarbescheide für die vertragsärztlichen Leistungen des Jahres 1996 sowohl gegenüber den Klägern wie gegenüber den Ärzten der zum Ende des dritten Quartals 1996 aufgelösten Gemeinschaftspraxis bestandskräftig. Selbst wenn die Honorierung aller vertragsärztlichen Leistungen einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis aus dem Honorarkontingent einer Arztgruppe für die Zeit ab dem Quartal I/1997 korrekturbedürftig sein sollte, könnte daraus nicht folgen, dass die Beklagte gehindert wäre, die Konsequenzen der 1996 erfolgten Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis und der bis Ende 1996 tatsächlich praktizierten und von niemandem beanstandeten Honorarverteilung in ihrem HVM systemgerecht zu regeln.

Die Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis, deren Leistungen in der Vergangenheit rechnerisch einer einzigen Arztgruppe zugerechnet worden sind und die deshalb die Höhe der ab Januar 1997 festgesetzten Quote dieser Arztgruppe beeinflusst, hat Auswirkungen auf die Honorarverteilung. Soweit der oder die aus der Gemeinschaftspraxis ausscheidenden Ärzte ihre vertragsärztliche Tätigkeit im Bezirk der jeweiligen KÄV fortsetzen, ändert sich der von diesen Ärzten befriedigte Behandlungsbedarf bei idealtypischer Betrachtung nicht. Sie können zumindest theoretisch dieselben Patienten wie bisher wegen derselben Gesundheitsstörungen mit demselben Leistungsaufwand behandeln. Die Honorarverteilung nach arztgruppenbezogenen Kontingenten und die in der Vergangenheit praktizierte honorarmäßige Zuordnung der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis zu einer einzigen Arztgruppe hat lediglich zur Konsequenz, dass das Honorar für die Leistungen dieser Vertragsärzte nicht mehr dem ursprünglichen, für sie "fremden" Honorartopf zuzurechnen, sondern nunmehr dem Honorartopf ihrer eigenen Arztgruppe zu entnehmen ist. Das bedeutet, dass die Aufwendungen für einen bestimmten Behandlungsbedarf von einem Honorartopf in einen anderen Honorartopf verschoben werden. Es ist nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte als Normgeber auf diesen Sachverhalt mit einer Korrektur der Honorarkontingente der von dieser Verschiebung betroffenen Arztgruppen reagiert.

Soweit die Kläger geltend machen, die Korrektur der arztgruppenbezogenen Honorarkontingente allein aus Anlass der Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis stehe mit dem Gleichbehandlungsgebot des [Art 3 Abs 1 GG](#) nicht in Einklang, kann ihnen nicht gefolgt werden. [Art 3 Abs 1 GG](#) verlangt, dass wesentlich Gleiches gleichbehandelt wird, wobei bei ungleichen Sachverhalten eine Pflicht zur Differenzierung nur besteht, wenn die Ungleichheit ein Ausmaß hat, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtung nicht unberücksichtigt bleiben darf ([BVerfGE 98, 365](#), 386; [99, 165](#), 177/178, stRspr). [Art 3 Abs 1 GG](#) verbietet demnach, dass Ärzte oder Gruppen von Ärzten in Vergütungsangelegenheiten ungleich behandelt werden, wenn keine Unterschiede bestehen, welche die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten ([BSGE 83, 52](#), 58 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 207](#); [84, 235](#), 238 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 33 S 253](#)). Die von den Klägern angeführten Sachverhalte der Beendigung der Zulassung eines Arztes oder der Zulassungswechsel eines für mehrere ärztliche Disziplinen qualifizierten Arztes, die nach dem HVM der Beklagten jedenfalls im Quartal II/1997 keinen Einfluss auf die Größe der Honorarkontingente haben, unterscheiden sich von dem hier zu beurteilenden Fall der Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis maßgeblich. Ausscheidende oder neu beginnende Ärzte einer Arztgruppe ändern den Behandlungsbedarf in ihrem medizinischen Fachgebiet nicht wesentlich, weil dieser von den Patienten abhängig ist. Der Arzt, der entsprechend seiner berufsrechtlichen Qualifikation in erlaubter Weise die Arztgruppe im zulassungsrechtlichen Sinne oder den Schwerpunkt seiner Tätigkeit wechselt, war vor dem Wechsel richtig eingeordnet und muss nun mit den Ärzten, die bisher schon auf dem für ihn neuen Fachgebiet tätig gewesen sind, um Patienten und Honoraranteile konkurrieren. Nur im Fall des Arztes, der als Partner einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit seinen persönlich erbrachten Leistungen "falsch" zugeordnet war, ist ein Behandlungsbedarf einer Arztgruppe zugerechnet worden, der ihr in Wirklichkeit nicht zukommt. Dieser Umstand berechtigt die Beklagte, auf die Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit einer Neuberechnung der Honorartöpfe zu reagieren. Ob sie dazu verpflichtet ist, kann dahinstehen, weil der der KÄV als Satzungsgeber zukommende Gestaltungsspielraum unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten nur dann überschritten ist, wenn sich für eine relevante Differenzierung bei der Honorarverteilung schlechthin kein rechtfertigender Grund finden lässt. Das ist bei der Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis - wie dargestellt - nicht der Fall.

Weiterhin stehen die in § 6 Abs 4b Satz 3 HVM vorgeschriebene rechnerische Aufteilung des der Gemeinschaftspraxis im Vergleichszeitraum zugeflossenen Honorars auf die einzelnen Mitglieder der Gemeinschaftspraxis und die Verschiebung des Anteils des nunmehr fachgruppenmäßig "richtig" zugeordneten Arztes zu dieser Fachgruppe mit Bundesrecht in Einklang.

Die nach Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis von der KÄV für erforderlich gehaltenen Korrekturen der Honorarkontingente der betroffenen Arztgruppen können auf drei verschiedenen Wegen realisiert werden. Neben der von der Beklagten praktizierten rechnerischen Aufteilung des Honorars der Gemeinschaftspraxis nach Köpfen besteht - zumindest theoretisch - die Möglichkeit, das auf das einzelne Mitglied der Gemeinschaftspraxis entfallende Honorarvolumen konkret zu berechnen und (nur) diesen Betrag dem Honorartopf zuzuschlagen, aus dem das Honorar des aus der Gemeinschaftspraxis ausscheidenden Arztes nunmehr entnommen wird. Schließlich kann das durchschnittliche Honorarvolumen der betroffenen Arztgruppen zum Bezugsgegenstand für die Verminderung des einen und die Erhöhung des anderen Honorartopfes genommen werden. Alle Berechnungsverfahren weisen Vorteile und Schwierigkeiten auf und können in besonders gelagerten Konstellationen zu Ungereimtheiten führen. Für das von der Beklagten gewählte Berechnungsverfahren sprechen gewichtige Gründe, und die von den Klägern in ihrem besonders gelagerten Fall aufgezeigten Vorzüge der beiden anderen

Verfahren liegen bei generalisierender Betrachtung nicht in der Weise auf der Hand, dass die Beklagte als Satzungsgeber gezwungen wäre, zu einem dieser Berechnungsverfahren zu greifen.

Das in § 6 Abs 4b Satz 3 HVM vorgeschriebene Korrekturverfahren entspricht zunächst in besonderer Weise der Struktur einer Gemeinschaftspraxis iS des § 33 Abs 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Sie stellt einen Zusammenschluss mehrerer Ärzte des gleichen oder ähnlichen Fachgebiets zur gemeinsamen Ausübung des ärztlichen Berufs in einer Praxis dar, wobei über die gemeinsame Nutzung der Praxisräume und der Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Personal hinaus die gemeinschaftliche Behandlung der Patienten und die gemeinschaftliche Karteiführung und Abrechnung in den Vordergrund treten ([BSGE 23, 170](#) = SozR Nr 4 zu § 368c RVO). Fachübergreifende Gemeinschaftspraxen sind jedenfalls zulässig, sofern sich die verschiedenen Fachgebiete teilweise decken und in sinnvoller Weise für eine gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit eignen (vgl [BSGE 55, 97, 105](#) = SozR 5520 § 33 Nr 1 S 9). Wenn sich Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen zu einer Gemeinschaftspraxis zusammenschließen, bleibt jeder der beteiligten Ärzte auf die Grenzen seines Fachgebiets beschränkt ([BSGE 55, 97, 102](#) = SozR 5520 § 33 Nr 1 S 6; BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 20](#) S 103). Diese Beschränkung ändert indessen nichts daran, dass die Gemeinschaftspraxis als solche die Patienten unter einem einheitlichen Namen behandelt und unter diesem Namen die Leistungsabrechnung gegenüber der KÄV vornimmt; das Gebot der persönlichen Leistungserbringung nach § 32 Abs 1 Satz 1 Ärzte-ZV gilt insoweit nur eingeschränkt (BSG [SozR 3-2200 § 368c Nr 1](#) S 4). Wegen der besonderen Modalitäten der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis bedarf diese der Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 33 Abs 2 Satz 2 Ärzte-ZV). Diese hat konstitutive Wirkung und Auswirkungen auf den vertragsärztlichen Status der Ärzte, die sich zur gemeinsamen Berufsausübung verbunden haben (vgl BSG [SozR 3-2200 § 368c Nr 1](#) S 4).

Dem einheitlichen Auftreten der Gemeinschaftspraxis im Rechtsverkehr mit der KÄV entspricht es, zumindest insoweit - die gesellschaftsrechtlichen Beziehungen der Partner der Gemeinschaftspraxis untereinander im Innenverhältnis spielen hier keine Rolle - von einer gleichgewichtigen Beteiligung der Mitglieder der Gemeinschaftspraxis am wirtschaftlichen Erfolg auszugehen, der sich für die KÄV in erster Linie am Honorarumsatz ablesen lässt. Abgesehen von der Verpflichtung des einzelnen Arztes, die Grenzen seines Fachgebietes auch im Rahmen der Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis einzuhalten, stehen der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis alle Möglichkeiten der gemeinsamen Behandlung von Patienten und die damit verbundenen Wirtschaftlichkeitsvorteile zur Verfügung. Dem könnte es widersprechen, nach Auflösung der Gemeinschaftspraxis von der KÄV zu verlangen, genau die Frage zu klären, die während des Bestehens einer Gemeinschaftspraxis von Rechts wegen offen bleiben darf, welcher der Partner der Gemeinschaftspraxis nämlich welche konkrete ärztliche Leistung erbracht hat. Unabhängig davon, ob dies im Einzelnen nachträglich exakt möglich wäre, könnte auch die Zuordnung der einzelnen ärztlichen Leistungen zu bestimmten Partnern der Gemeinschaftspraxis nicht immer ein zuverlässiges Bild über den tatsächlichen Umfang der Tätigkeit ergeben. Das beruht nicht nur darauf, dass je nach Organisation der Gemeinschaftspraxis einzelne Ärzte einen mehr oder weniger hohen Anteil an internen Leistungen für die Praxis erbringen, sondern auch auf dem inneren Zusammenhang der verschiedenen ärztlichen Tätigkeiten. Dafür ist die 1996 bestehende Gemeinschaftspraxis aus zwei Hautärzten und einem Anästhesisten, die Anlass des Klageverfahrens ist, ein aussagekräftiges Beispiel. Der überdurchschnittlich hohe Umsatz dieser Praxis ist - wenn die Einschätzung der Kläger zutrifft - vor allem auch durch ihre dermatologisch-operativen Leistungen verursacht worden. Diese konnten möglicherweise in großem Umfang nur ausgeführt werden, weil ein Anästhesist Mitglied der Gemeinschaftspraxis war, der ständig zur Verfügung stand, um anästhesistische Leistungen im Zusammenhang mit der operativen Tätigkeit der Dermatologen dieser Praxis zu erbringen. Diese Form der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit kann gegenüber anderen operativ tätigen Hautärzten, die je nach Bedarf niedergelassene Anästhesisten für Operationen hinzuziehen müssen, erhebliche wirtschaftliche Vorteile gehabt haben, die möglicherweise in dem auf den Anästhesisten rein rechnerisch entfallenden vertragsärztlichen Honorarumsatz nicht hinreichend zum Ausdruck kommen. Das lässt es zumindest als gerechtfertigt erscheinen, für die - seltenen - Fälle der Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis schematisch an den Gesamtumsatz und die Zahl der einzelnen Mitglieder der Gemeinschaftspraxis anzuknüpfen.

Für diese Entscheidung kann sich die Beklagte weiterhin darauf stützen, dass die Ermittlung des auf den einzelnen Vertragsarzt entfallenden Umsatzes erheblichen Verwaltungsaufwand erfordert und Probleme der gerichtlichen Kontrolle aufwirft. Soweit sich die KÄV nicht mit Schätzungen auf der Grundlage der Angaben der Gemeinschaftspraxis zufrieden gibt, sondern eigene Ermittlungen anstellt, ist eine exakte Leistungszuordnung nur möglich, wenn zuvor interne Abrechnungsnummern vergeben worden sind, unter denen der einzelne Arzt seine persönlich erbrachten Leistungen abrechnet (vgl bereits [BSGE 55, 97, 106](#) = SozR 5520 § 33 Nr 1 S 10). Zudem stellt sich die Frage, ob die KÄV die entsprechenden Unterabrechnungen im Streitfall gegenüber anderen Ärzten der betroffenen Arztgruppen - hier beispielsweise gegenüber den Klägern - offen legen müsste, um diesen zu ermöglichen, die Zuordnung jeder einzelnen Leistung zu einem der Partner der Gemeinschaftspraxis überprüfen zu lassen.

Entgegen der Auffassung der Kläger muss die Beklagte die Auswirkungen der Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis auch nicht in der Form regeln, dass sie sich bei der Umschichtung von Honoraranteilen zwischen den beteiligten Arztgruppen an dem durchschnittlichen quartalsbezogenen Umsatz der Arztgruppe orientiert, der der ausscheidende Arzt angehört.

Zunächst ist unklar, woraus sich die Verpflichtung der Beklagten ergeben könnte, auf die durchschnittlichen Honorarumsätze allein in ihrem Bereich abzustellen. Nur in diesem Fall wären nämlich die Kläger gegenüber dem von der Beklagten praktizierten Verteilungsverfahren begünstigt. Die auf das gesamte Bundesgebiet bezogenen Honorarumsätze der Hautärzte und der Anästhesisten aus vertragsärztlicher Tätigkeit weichen nach den verfügbaren Unterlagen nicht so gravierend voneinander ab, dass mit nachhaltigen Auswirkungen auf die Auszahlungspunktwerte der beteiligten Arztgruppen bei Verschiebung des auf einen Arzt entfallenen Anteils von dem einen in das andere Honorarkontingent zu rechnen wäre. Der Honorarumsatz je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit belief sich bei den Hautärzten 1996 in den alten Bundesländern auf 362.200 DM (Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg Kassenärztliche Bundesvereinigung), 1998, D 6). Für die Arztgruppe der Anästhesisten enthält die Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts für die vertragsärztliche Versorgung, auf deren Ermittlungen diese Daten zurückgehen, wegen der geringen Zahl an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Anästhesisten keine Angaben. Aus den von der Beklagten vorgelegten Unterlagen ergibt sich, dass im Jahre 1997 der Umsatz der Anästhesisten in ihrem Bezirk 376.426 DM betragen hat. Selbst wenn unterstellt wird, dass die Umsatzzahlen im Bezirk der beklagten KÄV auf Grund der guten wirtschaftlichen Situation in Baden-Württemberg regelmäßig oberhalb der bundesdurchschnittlichen Umsatzzahlen liegen, und wenn weiterhin eine gewisse Verschiebung zwischen 1996 und 1997 berücksichtigt wird, ist jedoch deutlich, dass insoweit allenfalls kleinere Abweichungen bestehen und von der Größenordnung her Hautärzte und Anästhesisten durchaus vergleichbare Honorarumsätze erzielen.

Gravierende Unterschiede bestehen insoweit allerdings im Bereich der Beklagten. Nach ihren Angaben belief sich der Honorarumsatz der Hautärzte im Jahre 1997 auf 622.544 DM gegenüber 376.426 DM bei den Anästhesisten. Dies beruht nach der Darstellung der Beklagten, der die Kläger im Verlaufe des Rechtsstreits nicht entgegengetreten sind, auf zwei das Gesamtbild verzerrenden Spezialpraxen, die wegen ihres Leistungsspektrums ungewöhnlich hohe Umsätze aus vertragsärztlicher Tätigkeit erzielen. Diese Situation zeigt, wie problematisch die von den Klägern erhobene Forderung ist, bei der Verschiebung von Honoraranteilen auf die durchschnittlichen Umsätze der einzelnen Arztgruppen im Bezirk einer einzelnen KÄV abzustellen. Bei Gemeinschaftspraxen mit Ärzten aus sehr kleinen Arztgruppen können schon einzelne von der Typik der Arztgruppe abweichende Leistungs- und Umsatzstrukturen zu erheblichen Auswirkungen führen. Wenn auf Grund singulärer Verhältnisse bei sehr kleinen Arztgruppen der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt besonders hoch ist, kann es bei der Verschiebung von Honoraranteilen nach der Auflösung von fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen zu Begünstigungen wie zu Belastungen der "abgebenden" wie der "aufnehmenden" Arztgruppen kommen, die - je nach Ausmaß - wiederum zum Anlass für Forderungen nach einzelfallbezogenen Korrekturen genommen werden könnten.

Soweit sich die Kläger schließlich darauf berufen, sowohl aus Vorschriften des Bedarfsplanungsrechts als auch des EBM-Ä ergebe sich, dass allein das Abstellen auf den durchschnittlichen Honorarumsatz der beteiligten Arztgruppen bei allen Entscheidungen im Zusammenhang mit fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen sachgerecht sei, trifft das nicht zu.

Regelungen über die Behandlung fachübergreifender Gemeinschaftspraxen finden sich zunächst im Bedarfsplanungsrecht. In Abschnitt 4 a der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte) ist geregelt, wie in Planungsbereichen, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, die Zulassung zur gemeinschaftlichen Berufsausübung zu gestalten ist, wenn ein Arzt einer Gemeinschaftspraxis beitreten will, und zugleich sicherzustellen ist, dass das Leistungsvolumen der Praxis dadurch nicht wesentlich ausgeweitet wird. Der Zulassungsausschuss legt nach Nr 23c der Bedarfsplanungs-Richtlinien eine Obergrenze für das Leistungsvolumen der künftigen Gemeinschaftspraxis fest. Soll der antragstellende Arzt in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, muss nach Nr 23d Satz 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinien bei der Berechnung des Gesamtvolumens nach Nr 23c die Zahl der bereits in der Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte berücksichtigt werden; handelt es sich um eine fachverschiedene Gemeinschaftspraxis, so ist Bezugsgröße für die Leistungsbeschränkung das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes. Aus dieser Vorschrift ist lediglich abzuleiten, dass sich im Rahmen der sog Jobsharing-Zulassung in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkung die Obergrenze des Abrechnungsvolumens an der Arztgruppe orientiert, der der neu zuzulassende Arzt angehört. Damit ist gewährleistet, dass in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis auch derjenige Arzt, auf den nach seinem persönlichen Leistungszuschnitt oder den für sein Fachgebiet typischen Verhältnissen ein hoher Umsatz entfällt, seinen Arbeitseinsatz zu Gunsten eines neu in die Praxis aufzunehmenden Arztes reduzieren kann. Dies würde erschwert, wenn für einen neu in eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis eintretenden Arzt die Obergrenze allein auf den Durchschnittsumsatz der gesamten Gemeinschaftspraxis bezogen würde. Ein für die einzelne KÄV verbindliches bundesrechtliches Strukturprinzip, wonach in allen Fragen, die eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis oder deren Auflösung betreffen, nach fachgruppenbezogenen Umsätzen differenziert werden müsste, lässt sich daraus nicht ableiten.

Dasselbe gilt auch für die Regelungen in Abschnitt A. I. Allgemeine Bestimmungen, Teil B, Nr 1. 6 des EBM-Ä. Diese Vorschrift befasst sich mit der Berechnung der Fallpunktzahlen für das seit dem 3. Quartal 1997 geltende Praxisbudget (vgl dazu zuletzt Urteil vom 13. März 2002 - [B 6 KA 1/01 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Bei der Berechnung dieses Budgets für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen bleiben zunächst Ärzte unberücksichtigt, für deren Arztgruppe keine Fallpunktzahlen festgesetzt sind. Die Fallpunktzahl für die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis ergibt sich aus der Ermittlung des arithmetischen Mittelwerts der beteiligten Arztgruppen, für die Fallpunktzahlen festgesetzt sind. Das lässt darauf schließen, dass nach der Vorstellung der Normgeber des EBM-Ä auch fachübergreifende Gemeinschaftspraxen als Einheit angesehen werden. Soweit Arztgruppen in dieser Praxis vertreten sind, die den Vorschriften über das Praxisbudget unterliegen, wird für die stets einheitliche Fallpunktzahl der Praxis ein arithmetischer Mittelwert der in der Praxis vertretenen Arztgruppen gebildet, und zwar ohne Rücksicht darauf, wie sich in der einzelnen Praxis tatsächlich die Behandlungstätigkeit auf die verschiedenen ärztlichen Disziplinen verteilt.

Eine strukturell vergleichbare Regelung über das praxisindividuelle Budget für Leistungen des Basislabors hat der Senat mit höherrangigem Recht für vereinbar gehalten (BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 20 S 103](#) sowie Senatsurteil vom 20. Januar 1999 - [B 6 KA 77/97 R](#) -). Der Senat hat dazu ausgeführt, dass für den Fall, dass alle in einer Gemeinschaftspraxis zusammen arbeitenden Ärzte in dem für einen Vertragsarzt typischen Umfang der Tätigkeit in ihrem Fachgebiet nachgehen, die durch den arithmetischen Mittelwert gebildete Fallpunktzahl die je nach medizinischer Disziplin deutlich unterschiedliche Angewiesenheit auf Leistungen des Basislabors berücksichtigt. Sofern die tatsächlichen Gegebenheiten in einer Gemeinschaftspraxis von diesem Leitbild abweichen, etwa weil einer der beteiligten Ärzte eine unterdurchschnittliche Zahl von Patienten behandelt, und - wenn dieser Arzt einem Fachgebiet mit niedriger arztgruppenbezogener Fallpunktzahl angehört - die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl der Gemeinschaftspraxis durch die Bildung des arithmetischen Mittels sinkt, ist dies durch die persönlichen Entscheidungen der Ärzte einer Gemeinschaftspraxis begründet. Diese müssen ebenso wenig wie praxisindividuelle Umstände der einzelnen ärztlichen Praxis bei der normativen Ausgestaltung des Laborbudgets berücksichtigt werden.

Die Vorschriften über das Praxisbudget in der seit Juli 1997 geltenden Form berücksichtigen, dass die im Praxisbudget enthaltenen Leistungen sowie deren Bewertung von Arztgruppe zu Arztgruppe deutlich schwanken. So beträgt das Praxisbudget für Hautärzte 430 und für Anästhesisten 1520 Punkte. Bei einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis aus Ärzten dieser Arztgruppe wird für alle Behandlungsfälle der Gemeinschaftspraxis ein einheitlicher Wert zu Grunde gelegt, der sich aus dem Mittelwert der beiden Arztgruppen unter Berücksichtigung der Zahl der Ärzte, die für ein bestimmtes Fachgebiet zugelassen sind, berechnet. Es kommt daher nicht darauf an, in welchem Umfang welcher Arzt aus der Gemeinschaftspraxis tatsächlich tätig ist, und ob in dieser Praxis überwiegend Leistungen des einen oder des anderen Fachgebietes erbracht werden. Für die hier zu beurteilenden Auswirkungen der Auflösung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis auf die arztgruppenbezogenen Honorarkontingente kann aus der Regelung in Abschnitt A. I., Teil B Nr 1.6 EBM-Ä lediglich gefolgert werden, dass die Leistungsbedingungen der einzelnen in einer Gemeinschaftspraxis vertretenen Arztgruppen zu berücksichtigen sind, dass aber grundsätzlich eine pauschalierende und typisierende Betrachtungsweise angezeigt ist, die nicht darauf abstellt, welcher Arzt welche Leistungen erbracht hat. Den Bestimmungen über die Berechnung des Praxisbudget bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen liegt die Konzeption zu Grunde, die einzelnen Fachgebiete seien entsprechend der Anzahl der ihnen angehörenden Ärzte in der Gemeinschaftspraxis gleichgewichtig vertreten. Danach ist bei der Honorarberechnung nicht auf die internen Verhältnisse der

Gemeinschaftspraxis, sondern lediglich auf die Zahl der beteiligten Ärzte sowie deren Arztgruppen abzustellen. Für die Forderung der Kläger nach Heranziehung durchschnittlicher Umsätze der beteiligten Arztgruppen ergibt sich daraus nichts.

Aus den amtlichen Erläuterungen im Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (BMÄ) und in der Ersatzkassengebührenordnung (E-GO) zur Ordinationsgebühr nach Nr 1 EBM-Ä lässt sich ebenfalls nichts zu Gunsten der Kläger herleiten. Danach wird bei Gemeinschaftspraxen die Höhe der Ordinationsgebühr als arithmetischer Mittelwert der Ordinationsgebühren der beteiligten Ärzte, zuzüglich eines prozentualen Aufschlags von 5 % je Fachgruppe, bei Gemeinschaftspraxen zwischen Fachärzten verschiedener Gebietsbezeichnungen maximal 35 %, errechnet. Auch hier wird deutlich, dass im Vergütungsrecht der Besonderheit der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis dadurch Rechnung getragen wird, dass berücksichtigt wird, dass die Ärzte verschiedenen Arztgruppen angehören und der Bedarf für bestimmte Leistungen und Abrechnungspositionen in einzelnen Arztgruppen unterschiedlich ist. Im Übrigen wird aber auf eine genaue Zurechnung der Leistungen zu den einzelnen Partnern der Gemeinschaftspraxis verzichtet und pauschalierend und typisierend ein Mittelwert aus der den einzelnen Arztgruppen zustehenden Leistungsmengen gebildet, ohne dass auf die Zusammensetzung des Patientenklientels und auf den individuellen Behandlungsbedarf des einzelnen Arztes Rücksicht genommen wird. Auch aus dieser Regelung lässt sich demnach nicht ableiten, dass die Beklagte gehalten wäre, die Verschiebung von Honoraranteilen am individuellen Abrechnungsvolumen des einzelnen Arztes oder am Durchschnittswert seiner Arztgruppe zu orientieren.

Die Regelung in § 6 Abs 4b Satz 3 HVM ist danach mit höherrangigem Recht vereinbar. Eine fehlerhafte Anwendung dieser Vorschrift in den streitbefangenen Quartalen zu Lasten der Kläger ist nicht festzustellen. Das LSG hat näher aufgezeigt, dass die angefochtenen Honorarbescheide hinsichtlich der Höhe des den Klägern zustehenden Honorars und insbesondere des dafür maßgeblichen Punktwertes auf einer richtigen Anwendung des § 6 Abs 4b Satz 3 HVM beruhen. Ob diese Ansicht zutreffend ist, ist grundsätzlich der Prüfung des Senats entzogen. Nach [§ 162 SGG](#) kann die Revision nur auf die Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift gestützt werden, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Die Kläger haben keine Norm aus dem Bezirk eines anderen LSG bezeichnet, welche mit § 6 Abs 4b Satz 3 HVM inhaltsgleich wäre. Das aber wäre Voraussetzung dafür, dass der Senat selbst die Vorschrift des § 6 Abs 4b Satz 3 HVM auslegen könnte, die als Satzungsrecht für den Bezirk der beklagten KÄV erlassen worden ist, deren Bezirk wiederum ausschließlich zum Bezirk des Berufungsgerichts gehört (vgl BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr 7 S 31](#)).

Auslegung und Anwendung dieser nicht revisiblen Vorschrift des HVM durch das LSG stehen mit Bundesrecht in Einklang. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art 3 Abs 1 GG](#) wird durch die Handhabung des § 6 Abs 4b Satz 3 HVM seitens der Beklagten nicht verletzt. Die Beklagte hat das in den Quartalen I und II/1996 für die aufgelöste Gemeinschaftspraxis angefallene Honorar gedrittelt, davon den Durchschnitt ermittelt und diesen von dem im Quartal II/1997 aktuellen DM-Wert des Honorartopfes der Hautärzte abgezogen. Darin liegt keine sachwidrige Vermengung von Prozentzahlen mit absoluten DM-Beträgen. Auf der Basis des der Beklagten für ein Quartal insgesamt zur Verfügung stehenden Honorarvolumens kann der prozentuelle Anteil des Hautarzttopfes ohne Weiteres als DM-Betrag berechnet werden.

Die Beklagte war nicht gehalten, beim Abzug des auf den Anästhesisten entfallenden Honoraranteils aus dem Topf der Hautärzte zu berücksichtigen, dass die Gemeinschaftspraxis in den Quartalen I und II/1995 noch nicht bestanden hatte. Diese Quartale hatten lediglich Bedeutung für die Ermittlung des auf die einzelne Arztgruppe entfallenden prozentualen Anteils an der Gesamtvergütung. Die Beklagte hat sicherstellen wollen, dass die Quoten der arztgruppenbezogenen Honorarkontingente nicht allein auf der Basis eines Quartals ermittelt werden, um Auswirkungen von Zufälligkeiten zu vermeiden. Deshalb ist der Durchschnitt der vier Quartale I und II/1995 sowie I und II/1996 bei der Ermittlung der Quote der einzelnen Arztgruppe zu Grunde gelegt worden. Für diesen Rechenschnitt war die Zahl der abrechnenden Ärzte und auch die Zahl der in einer Gemeinschaftspraxis "falsch" zugeordneten Ärzte ohne Bedeutung. Erst bei der Ermittlung des Abzugsbetrages hat die Beklagte konkret ermittelt, welcher DM-Betrag im Quartalsdurchschnitt auf das "falsch" zugeordnete Mitglied einer Gemeinschaftspraxis entfallen ist und diesen Betrag von dem DM-Betrag abgezogen, der nach der Division der Gesamtvergütung in DM durch die Quote der Hautärzte auf diese entfallen ist. Eine Benachteiligung dieser Gruppe ist insoweit nicht erkennbar.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1](#) und 4, [§ 194 Satz 2 SGG](#) iVm [§ 100](#) Zivilprozessordnung, wobei die Vorschriften des SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung anzuwenden sind (vgl BSG Urteil vom 30. Januar 2002 - [B 6 KA 12/01 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28