

## B 6 KA 37/02 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Hannover (NSB)  
Aktenzeichen  
S 5 KA 466/98  
Datum  
31.10.2001  
2. Instanz  
LSG Niedersachsen-Bremen  
Aktenzeichen  
L 3 KA 104/01  
Datum  
26.06.2002  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 37/02 R  
Datum  
24.09.2003  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. In Streitverfahren in denen inzident über die Gültigkeit einer Regelung des EBM-Ä gestritten wird ist die einfache Beiladung der Partner der Bundesmantelverträge und nicht diejenige des Bewertungsausschusses sachgerecht.
2. Ist in einem solchen Verfahren nur der Bewertungsausschuss beigeladen so ist er aus Gründen des prozessualen Vertrauensschutzes berechtigt durch Einlegung von Rechtsmitteln die Gültigkeit der umstrittenen EBM-Ä-Regelung zu verteidigen.
3. Die unterschiedliche Höhe der Praxisbudgets für Allgemeinmediziner und für hausärztlich tätige Internisten steht mit Art 3 Abs 1 GG in Einklang.

Auf die Revisionen der Beklagten und des Beigeladenen wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 26. Juni 2002 aufgehoben, soweit es das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 31. Oktober 2001 und die angefochtenen Bescheide der Beklagten geändert hat. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 31. Oktober 2001 wird in vollem Umfang zurückgewiesen. Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten für das Berufungs- und das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Der Kläger nahm bis zum 31. Dezember 1999 als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung an der hausärztlichen Versorgung im Bereich der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) teil. Nach Einführung der Praxisbudgets im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) zum 1. Juli 1997 beantragte er am 3. November 1997 bei der Beklagten, ihm künftig die gleichen Budgets zuzugestehen wie Allgemeinärzten/Praktischen Ärzten (im Folgenden: Allgemeinmediziner), insbesondere für den Rentnerbereich. Er werde bei der Honorarfestsetzung durch die unterschiedliche Höhe der Praxisbudgets gegenüber Allgemeinmedizinerinnen benachteiligt. Diesen Antrag lehnte die Beklagte bescheidmäßig mit der Begründung ab, sie habe das für den Kläger maßgebliche Praxisbudget unter Beachtung der für sie bindenden Vorgaben des EBM-Ä zutreffend berechnet.

Das Sozialgericht (SG) hat die nach erfolglosem Widerspruchsverfahren erhobene Klage abgewiesen. Die unterschiedlichen Fallpunktzahlen beruhen auf den Unterschieden bei den Umsätzen, Betriebskosten, Fallzahlen und den Anteilen der vom Praxisbudget erfassten Leistungen am Gesamtleistungsspektrum der betroffenen Arztgruppen im Referenzzeitraum. Die Festsetzung unterschiedlich hoher Fallpunktzahlen für Allgemeinmediziner einerseits und für hausärztlich tätige Internisten andererseits sei nicht zu beanstanden (Urteil vom 31. Oktober 2001).

Auf die Berufung des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) das sozialgerichtliche Urteil sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten geändert und diese verurteilt, über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale ab II/1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Die weitergehende Berufung hinsichtlich der Quartale III/1997 bis I/1998 hat es zurückgewiesen. Die unterschiedlichen Fallpunktzahlen der Praxisbudgets für Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten seien nicht durch sachliche Gründe gerechtfertigt. Die Rechtswidrigkeit ergebe sich allerdings nicht unmittelbar aus den Vorschriften des EBM-Ä, da diese nicht den Umfang der Budgets festlegten, sondern lediglich den rechnerischen Prozess vorschrieben, in dem die einzelne KÄV entsprechend der Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä die KÄV-bezogenen Fallpunktzahlen zu ermitteln habe. Unter Beachtung der Berechnungsvorgaben des EBM-Ä habe die Beklagte für die Quartale III/1997 bis I/1999 berechnet, dass die Fallpunktzahlen bei hausärztlichen Internisten 1.011,30 Punkte je Rentner und 527,70 Punkte für andere Versicherte betrügen, gegenüber 1.375,60 und 538,60 Punkten bei Allgemeinärzten. Diese Fallpunktzahlen der Praxisbudgets seien den Normgebern des EBM-Ä zuzurechnen und hätten sie zur Prüfung veranlassen müssen, ob die Heranziehung der jeweiligen regionalen Abrechnungsergebnisse bei der Umsetzung der Berechnungsvorgaben der Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä einzelne Ärzte unzumutbar belaste. Die Voraussetzungen

für eine Korrektur der Berechnungsvorgaben seien gegeben; das hätten die Normgeber des EBM-Ä spätestens nach dem Quartal II/1998 erkennen können und müssen. Die gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben für die Tätigkeit von Allgemeinärzten bzw Praktischen Ärzten einerseits und hausärztlich tätigen Internisten andererseits rechtfertigten keine derart gravierenden Abweichungen der Fallpunktzahlen für das Praxisbudget. Die erhebliche Benachteiligung der hausärztlichen Internisten im Bezirk der Beklagten beruhe auf einem atypischen Abrechnungsverhalten in der Vergangenheit, für das jedenfalls hinsichtlich des Ausmaßes der Differenzen keine plausiblen Gründe erkennbar seien und auch von Beteiligten des vorliegenden Verfahrens nicht hätten aufgezeigt werden können. Für die Zeit ab dem Quartal II/1998 sei der beigeladene Bewertungsausschuss gehalten, eine grundgesetzkonforme Neuregelung der Fallpunktzahlen vorzunehmen. Hinsichtlich der Quartale III/1997 bis I/1998 müsse der Kläger die unterschiedlich hohen Fallpunktzahlen unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung noch hinnehmen (Urteil vom 26. Juni 2002).

Mit ihren Revisionen rügen die Beklagte und der beigeladene Bewertungsausschuss eine fehlerhafte Anwendung des [Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) sowie der Vorschriften über die Praxisbudgets im EBM-Ä und in den Anlagen 3 und 4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä über die Berechnung der regionalen Praxisbudgets. Als untergesetzliche Rechtsnorm unterlägen die Vorschriften des EBM-Ä einschließlich der Berechnungsvorgaben für die einzelne KÄV einer gerichtlichen Überprüfung nur insoweit, als zu klären sei, ob der Normgeber den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenzen missbräuchlich ausgenutzt habe. Dafür bestünden hier keine Anhaltspunkte. Von Bedeutung sei zunächst, dass die Fallzahlen der hausärztlichen Internisten im Bezirk der beklagten KÄV deutlich über diejenigen der praktischen Ärzte lägen. Im Übrigen habe die Beklagte der Berechnung der Praxisbudgets diejenigen Punktzahlen zu Grunde gelegt, die in der Vergangenheit von den einzelnen Arztgruppen abgerechnet worden seien. Die hausärztlich tätigen Internisten hätten einzelne Leistungspositionen, die Bestandteil der Praxisbudgets seien, nicht in der Häufigkeit erbracht wie die praktischen Ärzte bzw Allgemeinärzte. Diese Abweichung im Abrechnungsverhalten in der Vergangenheit sei bei den Rentnern besonders groß gewesen. Das beruhe darauf, dass die Allgemeinärzte im Verhältnis zu hausärztlich tätigen Internisten deutlich mehr Betreuungsfunktionen übernahmen, wie sich zB an der Durchführung von Hausbesuchen zeige. Da die Fallpunktzahlen der einzelnen Praxisbudgets das Behandlungsverhalten in der Vergangenheit widerspiegeln und widerspiegeln sollten, seien Abweichungen bei den Punktzahlen für die einzelnen Arztgruppen unvermeidlich. Im Übrigen seien die Zusatzbudgets für hausärztliche Internisten höher als für Allgemeinmediziner, weil die in diese Budgets fallenden Leistungen in der Vergangenheit von hausärztlich tätigen Internisten häufiger als von Allgemeinmedizinern erbracht worden seien.

Die Beklagte und der Beigeladene beantragen, das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 26. Juni 2002 insoweit aufzuheben, als sie - die Beklagte - verurteilt wurde, über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale ab II/1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden, und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 31. Oktober 2001 im vollen Umfang zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Revisionen der Beklagten und des Beigeladenen als unzulässig zu verwerfen, hilfsweise als unbegründet zurückzuweisen.

Die Revisionsbegründungen genügten nicht den gesetzlichen Anforderungen. Sie enthielten im Wesentlichen nur Sachenvortrag und belegten nicht nachvollziehbar eine Rechtsverletzung durch das angefochtene Urteil. Im Übrigen seien die Revisionen jedenfalls unbegründet. Es sei nicht zu erkennen, welche Bedeutung der Umstand haben könne, dass die Fallzahl bei den hausärztlichen Internisten höher sei als bei den Allgemeinmedizinern. Es gehe nicht um Fallzahlen bzw Fallzahlbegrenzungen, sondern um die Punktzahl in den Praxisbudgets der einzelnen Arztgruppen. Die Revisionsführer hätten die Richtigkeit der Auffassung des LSG nicht in Frage gestellt, dass die im Bezirk der Beklagten besonders große Abweichung der Fallpunktzahlen zwischen hausärztlich tätigen Internisten und Allgemeinärzten auf einem atypischen Abrechnungsverhalten in der Vergangenheit beruhe, das nicht plausibel erklärt werden könne. Schließlich sei es nicht gerechtfertigt, die Zusatzbudgets in die Beurteilung mit einzubeziehen. Arztgruppen, die kraft Gesetzes gleiche Behandlungs- und Abrechnungsmöglichkeiten hätten und vom Gesetzgeber in [§ 73 Abs 1a Nr 1](#) und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auch gleichbehandelt würden, müssten ihre Tätigkeit in gleicher Weise auf die klassische hausärztliche Versorgung beschränken können. Eine Benachteiligung der hausärztlichen Internisten bei der Festlegung der Fallpunktzahl für das (allgemeine) Praxisbudget könne nicht dadurch ausgeglichen werden, dass dieser Arztgruppe potenziell eher Abrechnungsmöglichkeiten im Bereich der Zusatzbudgets zur Verfügung stünden als Allgemeinmedizinern.

II

Die Revisionen der Beklagten und des beigeladenen Bewertungsausschusses sind zulässig.

Der Beigeladene ist berechtigt, das berufsgerichtliche Urteil mit der Revision anzugreifen. Er ist beteiligtenfähig iS des [§ 70 Nr 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), wie der Senat mit Urteil vom 11. September 2002 (- [B 6 KA 34/01 R](#) - [BSGE 90, 61](#), 62 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 35](#) S 201 ff) entschieden hat.

Die für Rechtsmittel von Beigeladenen erforderliche materielle Beschwer ist in der hier zu beurteilenden Konstellation ebenfalls gegeben. Allerdings sind nach der Rechtsprechung des Senats die Partner der Bundesmantelverträge (BMVe), die an der Vereinbarung des Normsetzungsvertrages EBM-Ä gemäß [§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) beteiligt und im gerichtlichen Verfahren einfach beigeladen sind ([§ 75 Abs 1 SGG](#)), in Fällen, in denen die Gültigkeit einer Regelung des EBM-Ä in Frage stand, durch gerichtliche Entscheidungen materiell beschwert, durch die Vorschriften des EBM-Ä inzident verworfen werden ([BSGE 78, 98](#), 99 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#) S 34 für die Kassenärztliche Bundesvereinigung; s auch BSG [SozR 3-2500 § 115 Nr 1](#) S 3 für KÄV und KKn-Verbände). An dieser Rechtsprechung hält der Senat fest. Der Bewertungsmaßstab nach [§ 87 Abs 1 SGB V](#) wird von den Partnern der BMVe durch den Bewertungsausschuss als Vertragsorgan vereinbart (vgl [BSGE 90, 61](#), 64 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 35](#) S 203) und ist Bestandteil der BMVe. Deshalb ist es sachgerecht, die Partner der BMVe zu solchen Streitverfahren einfach beizuladen ([§ 75 Abs 1 SGG](#)), in denen inzident über die Gültigkeit einer Bestimmung in diesen Verträgen gestritten wird; zu diesen Verträgen zählt auch der EBM-Ä. Im Fall der Normverwerfung seitens des Gerichts steht den Partnern der BMVe dann nach der Rechtsprechung des Senats die Befugnis zu, wegen der Betroffenheit in der ihnen gesetzlich zugewiesenen Verantwortung für die vertragsärztliche Versorgung insgesamt Rechtsmittel einzulegen. Die Beiladung des Bewertungsausschusses als Vertragsorgan

zusätzlich zu den Vertragspartnern ist regelmäßig entbehrlich.

In zu entscheidenden Verfahren ist indessen eine einfache Beiladung der Partner der BMVe unterblieben; das SG hat lediglich den Bewertungsausschuss beigelegt. Der Senat kann die Beiladung der Vertragspartner nicht nachholen, da im Revisionsverfahren nur notwendige Beiladungen vorgenommen werden dürfen ([§ 168 Satz 2 SGG](#)). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. In dieser Situation ist das Vertragsorgan Bewertungsausschuss berechtigt, an Stelle der Partner der BMVe durch die Einlegung eines Rechtsmittels die Gültigkeit der Norm in der Revisionsinstanz zu verteidigen.

An dieser insbesondere auf Erwägungen des prozessualen Vertrauensschutzes gestützten Rechtsprechung hält der Senat in Verfahren fest, in denen inzident über die Gültigkeit von Regelungen des EBM-Ä gestritten wird und in denen bis zur Veröffentlichung dieses Urteils in einer von den Richtern des BSG herausgegebenen Entscheidungssammlung an Stelle der Partner der BMVe lediglich der Bewertungsausschuss beigelegt ist. Für die Zeit danach bleibt es - soweit die Partner der BMVe keine abweichende Vereinbarung treffen - bei der bisherigen Rechtsprechung, dass die einfache Beiladung der Vertragspartner auf Bundesebene und nicht des Vertragsorgans sachgerecht ist und die beigelegten Vertragspartner ggf befugt sind, Rechtsmittel einzulegen.

Entgegen der Auffassung des Klägers genügen die Revisionsbegründungen der Beklagten und des beigelegten Bewertungsausschusses den Anforderungen des [§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#). Danach muss ein bestimmter Antrag gestellt und die verletzte Rechtsnorm bezeichnet werden. Den Revisionsbegründungen ist mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen, dass die Revisionsführer die das Urteil des Berufungsgerichts tragende Auffassung beanstanden, die in Anwendung der Vorschriften des EBM-Ä über die Praxisbudgets festgesetzten Fallpunktzahlen insbesondere für Rentnerbehandlungen im Bereich der Beklagten seien rechtswidrig. Die Vorschriften über die Praxisbudgets sind als Bundesrecht revisibel (vgl [§ 162 SGG](#)). Das LSG hat angenommen, unter dem Gesichtspunkt des Gleichbehandlungsgebotes des [Art 3 Abs 1 GG](#) hätte der Bewertungsausschuss zumindest ab dem Quartal II/1998 die Berechnungsvorschriften für das Praxisbudget ändern müssen, weil die Abrechnungsergebnisse im Bezirk der beklagten KÄV eine nicht mehr hinnehmbare Abweichung der Fallpunktzahlen einerseits für Allgemeinärzte und andererseits für hausärztliche Internisten ergeben hätten. Wenn die Revisionsführer diese aus dem verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgebot abgeleitete Folgerung als rechtsfehlerhaft beanstanden, genügt das den an eine Revisionsbegründung zu stellenden Anforderungen.

Die Revisionen sind auch begründet. Das LSG hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale ab II/1998 erneut zu entscheiden. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf ein höheres Praxisbudget. Die unterschiedlichen Fallpunktzahlen bei den Praxisbudgets für Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten sind mit dem Gleichbehandlungsgebot des [Art 3 Abs 1 GG](#) vereinbar.

Streitgegenstand des Verfahrens ist allein die Rechtsbehauptung des Klägers, ihm stehe für die Zeit ab dem Quartal III/1997 dieselbe Fallpunktzahl für das Praxisbudget wie den Allgemeinmedizinern im Bezirk der beklagten KÄV zu. Seinen darauf gerichteten Antrag hat die Beklagte abgelehnt und dies durch Widerspruchsbescheid bestätigt. Der Kläger ist befugt, diese Bescheide isoliert anzufechten, ohne zugleich die Honorarbescheide für jedes Behandlungsquartal anzugreifen. Allerdings stellt die Höhe der Fallpunktzahl für das Praxisbudget - differenzierend nach dem Versichertenstatus der Patienten - nur eines von zahlreichen Elementen der Honorarverteilung dar, die grundsätzlich nicht isoliert, sondern nur im Rahmen einer gegen den Honorarbescheid geführten Klage angefochten werden können, weil diese Einzelelemente keinen eigenständigen Regelungscharakter haben. Der Senat hat indessen schon entschieden, dass dann, wenn eine KÄ(Z)V über eine Berechnungsgröße der Honorarverteilung nicht nur unverbindlich informiert, vielmehr einen gesonderten Bescheid iS des [§ 31 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erlässt, der betroffene Arzt diesen Bescheid mit Rechtsmitteln angreifen kann (zur Möglichkeit der Vorabentscheidung von Teilkomplexen s Engelmann in: von Wulffen, SGB X, 4. Aufl 2001, § 31 RdNr 29). Dem Bescheid kommt in diesem Fall eine gegenüber gleichzeitig oder später ergehenden Honorarbescheiden eigenständige Bedeutung zu. Der Streit über ihn wird nicht gegenstandslos, wenn Honorarbescheide ergehen, die ua auf den Festlegungen beruhen, die in dem gesonderten Bescheid enthalten sind (vgl BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 27](#) S 192/193 und [BSGE 83, 52](#), 53/54 = [SozR aaO Nr 28](#) S 202 zum zahnärztlichen Bereich).

Es bedarf hier keiner Klärung, ob die Beklagte den Antrag des Klägers auf Zubilligung der Fallpunktzahl der Allgemeinärzte hätte isoliert bescheiden müssen oder ob sie berechtigt gewesen wäre, ihn auf die Anfechtung der Honorarbescheide zu verweisen. Die Beklagte hat durch Verwaltungsakt geregelt, dass dem Kläger der geltend gemachte Anspruch auf Gleichbehandlung mit den Allgemeinmedizinern nicht zusteht. In den Erläuterungen zur Rechtsmittelbelehrung zu diesem Bescheid hat die Beklagte ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in dem damit eröffneten Klageverfahren die Höhe der für den Kläger maßgeblichen Fallpunktzahl abschließend geklärt werden solle und es einer zusätzlichen Anfechtung der jeweiligen Honorarbescheide nicht bedürfe, soweit lediglich diese Frage umstritten sei.

Bereits auf der Grundlage dieser verwaltungsverfahrenrechtlichen Gestaltung hat das LSG die Beklagte zu Unrecht verurteilt, über die Honoraransprüche des Klägers für die Zeit ab dem Quartal II/1998 neu zu entscheiden. Diese Honoraransprüche waren nicht Gegenstand des Rechtsstreits. Das Berufungsgericht hätte - von seinem Rechtsstandpunkt aus - entweder die Beklagte verurteilen müssen, bei dem Kläger für die Zeit ab dem Quartal II/1998 bis zu einem bestimmten Zeitpunkt die Fallpunktzahl der Allgemeinmediziner der Berechnung des Praxisbudgets zu Grunde zu legen oder über den Antrag des Klägers auf Gleichbehandlung mit den Allgemeinmedizinern unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Dieser Rechtsfehler des LSG wirkt sich hier jedoch deshalb nicht weiter aus, weil auch die materiell-rechtliche Beurteilung des Berufungsgerichts nicht zutrifft. Der vom Kläger erhobene Anspruch auf Gleichbehandlung mit den Allgemeinmedizinern bei der Höhe der Fallpunktzahl für das Praxisbudget ergibt sich weder generell noch für die Behandlung von Rentnern. Aus der als Anspruchsgrundlage allein in Betracht kommenden Vorschrift des [Art 3 Abs 1 GG](#) ist ein solcher nicht abzuleiten. Dem stehen Ausgestaltung, Zielsetzung und Wirkungsweise der Praxisbudgets im EBM-Ä entgegen. Zudem sind die hausärztlichen Internisten auch tatsächlich hinsichtlich der Honorierung ihrer vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den Allgemeinmedizinern nicht benachteiligt.

Rechtsgrundlage für die Einführung von Praxisbudgets ist [§ 87 Abs 2 Satz 1](#) iVm Abs 2a Satz 1 und 2 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266). Danach bestimmt der EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander (Abs 2 Satz 1 aaO). Die im EBM-Ä aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen (Abs 2a Satz 1 aaO). Nach Abs 2 Satz 2 aaO können, soweit es medizinisch erforderlich ist, Einzelleistungen vorgesehen werden. Diese Regelungen lassen die Steuerung des ärztlichen Leistungsverhaltens durch die Begrenzung der dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Honorierung zu (vgl dazu im Einzelnen [BSGE 89, 259](#), 261 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34](#) S 188; [BSGE](#)

[86, 30](#), 40 = [SozR 3-2500 § 83 Nr 1](#) S 13 f). Mit Wirkung zum 1. Juli 1997 ist [§ 87 Abs 2a SGB V](#) durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 ([BGBl I S 1520](#)) zudem um Satz 8 ergänzt worden, wonach Obergrenzen für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, vorgesehen werden können; die Obergrenzen können für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden.

In Wahrnehmung dieser Kompetenz hat der Bewertungsausschuss mit Beschlüssen vom 19. November 1996 und 11. März 1997 den EBM-Ä, Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B, neu gefasst (DÄ 1996, A-3364 ff, 1997, A-864 ff, siehe auch DÄ 1997, A-867 ff). Die im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen unterliegen danach nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal für die nach Nr 1.5 aaO aufgeführten Arztgruppen einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechenbar. Die diese Grenze überschreitenden Punktzahlanforderungen werden nicht gesondert vergütet. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle gemäß Nr 1.4 aaO (vgl zum Ganzen bereits [BSGE 89, 259](#), 261 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34](#) S 188 f; [BSGE 86, 16](#), 18 ff = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 117 ff).

Im Einzelnen ist die Regelung im EBM-Ä, die zwischenzeitlich mit Wirkung vom 1. Juli 2003 aufgehoben worden ist, folgendermaßen ausgestaltet: Für die Arztgruppen, die in die Budgetierung einbezogen werden, ist zwischen drei Leistungsbereichen zu unterscheiden. Die Mehrzahl der ärztlichen Leistungen, die das Behandlungsspektrum in der einzelnen Arztgruppe typischerweise abdecken, ist dem - hier allein streitigen - Praxisbudget (grüner Bereich), das von Arztgruppe zu Arztgruppe variiert, zugeordnet. Das Praxisbudget wird durch Multiplikation der arztgruppenspezifischen und nach Versicherungsstatus 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 rechnerische Obergrenze von Punktzahlanforderungen für den budgetierten Leistungsbereich. Daneben existieren Zusatzbudgets (gelber Bereich) und unbudgetierte Leistungen (roter Bereich).

Die für die einzelne Arztgruppe maßgeblichen und hier umstrittenen Fallpunktzahlen für das Praxisbudget werden so festgesetzt, dass zunächst auf der Basis aller verfügbaren Daten ein durchschnittlicher Kostenanteil je Arztgruppe festgelegt worden ist. Durch Addierung der Kostenanteile aller in die Budgets einbezogenen Arztgruppen wird ein Kostenbetrag in DM 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 eingezogenen Vertragsärzte aufgeteilt. Bei bundesweiter Betrachtung erreichte diese fiktive Einkommensgröße zuletzt 138.000 DM, wobei dieser Wert ohne die Einbeziehung der neuen Bundesländer 145.000 DM betragen hätte (vgl Ballast, [ErsK 1996, 440](#) ff). Die Addition der fiktiven Einkommensgröße und der nach Arztgruppen 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 umgerechnet - das Praxisbudget für den budgetierten Leistungsbereich ausmacht.

Unterschiede in der Versorgungsstruktur im Bereich der einzelnen KÄVen werden dadurch berücksichtigt, dass die Berechnungsformel für die Bildung von Praxisbudgets bei signifikanter Abweichung von den im EBM-Ä zu Grunde gelegten Daten regionalisiert ist. Dazu ist in Nr 3 aaO der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä bestimmt, dass die KÄVen die regionalen Fallpunktzahlen für die Praxisbudgets nach der Formel in Anlage 3 berechnen. Ergibt sich dabei für mindestens eine Arztgruppe eine Abweichung von mehr als 3 % von den durchschnittlichen über alle Versicherten berechneten Fallpunktzahlen des EBM-Ä, sind die so berechneten regionalen Fallpunktzahlen für alle Arztgruppen nach Nr 1.5 aaO EBM-Ä anzuwenden. Dieser Vorgabe hat die Beklagte nach den für den Senat bindenden Feststellungen des Berufungsgerichts zum Inhalt des Landesrechts (vgl [§ 163 SGG](#)) entsprochen, weil die Voraussetzungen einer Abweichung von mindestens 3 % bei einer Arztgruppe in ihrem Bezirk erfüllt war. Die Beklagte hat weiterhin die Fallpunktzahlen für das Praxisbudget sowohl für die hausärztlich tätigen Internisten als auch für die Ärzte für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte, die iS der Vorschriften über das Praxisbudget zwei verschiedene Arztgruppen bilden, nach den Vorgaben der Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen zutreffend berechnet.

Danach ergeben sich für die im Bezirk der Beklagten zugelassenen Ärzte Abweichungen von den Fallpunktzahlen nach Nr 1.5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä. Nach dieser Regelung beträgt die unbereinigte Fallpunktzahl für Allgemeinärzte und praktische Ärzte bei den Mitgliedern und Familienangehörigen 558 und bei Rentnern 1170 Punkte. Die entsprechenden Werte bei den hausärztlichen Internisten belaufen sich auf 655 und 1.035 Punkte. Im Bezirk der Beklagten beträgt die Fallpunktzahl für Allgemeinmediziner 538 bei Mitgliedern und Familienangehörigen und 1.375 Punkte bei Rentnern, während sie sich für hausärztliche Internisten auf 527 bzw 1.011 Punkte beläuft. Diese für den Bereich der Beklagten errechneten Fallpunktzahlen unterscheiden sich deutlich von den rechnerisch für das gesamte Bundesgebiet ermittelten Werten. Während die Fallpunktzahlen der hausärztlichen Internisten bei den Mitgliedern und Familienangehörigen nach den bundeseinheitlichen Werten höher sind als die der Allgemeinärzte, sind sie im Bereich der beklagten KÄV Niedersachsen (geringfügig) niedriger. Bei den Rentnerversicherten ist die Fallpunktzahl sowohl nach den bundeseinheitlichen Werten als auch nach denjenigen in Niedersachsen für die Allgemeinmediziner höher als für Rentner; hinsichtlich der Differenz ergibt sich jedoch ein signifikanter Unterschied. Nach den bundesweiten Zahlen beträgt diese lediglich 140 Punkte zu Gunsten der Allgemeinmediziner, während sich in Niedersachsen eine Differenz von 364 Punkten ergibt. Diese Unterschiede rechtfertigen jedoch nicht den vom Berufungsgericht gezogenen Schluss, der Bewertungsausschuss hätte ab dem Quartal II/1998 generell oder - das wird nicht deutlich - bezogen jedenfalls auf den Bezirk der Beklagten die Berechnungsvorgaben im EBM-Ä für die Fallpunktzahl des Praxisbudgets ändern müssen, um einer - vermeintlichen - Schlechterstellung der hausärztlich tätigen Internisten zu begegnen. Diese Folgerung verkennt die Konzeption der Praxisbudgets.

Die Reform des EBM-Ä von 1997 wird von unterschiedlichen Erwägungen getragen, soweit es die Bemessung der Fallpunktzahlen einerseits in den Praxisbudgets und andererseits in den - hier nicht streitbefangenen - Zusatzbudgets anbelangt (zu den Zusatzbudgets näher Senatsurteil vom 2. April 2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) -; zur Veröffentlichung in [SozR](#) vorgesehen). Der Zuschnitt der Praxisbudgets zielt kalkulatorisch auf die Deckung der jeweiligen arztgruppenbezogenen Kosten für das Betreiben einer Praxis und die möglichst gleichmäßige Aufteilung des für die Vertragsärzteschaft insgesamt zur Verfügung stehenden Honorarvolumens. Die Angehörigen aller Vertragsarztgruppen, für die Praxisbudgets gelten, sollen danach bei durchschnittlicher Praxisauslastung jedenfalls ihre Praxiskosten in typischerweise anfallender Höhe decken und in gleichmäßigem Umfang an den in der Gesamtvergütung enthaltenen Einkommensanteilen



teilhaben können (vgl. "Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 - Gründe und Inhalte", DÄ 1997, A-860, 861 ff.). Dazu wurden Rechenwerte gewonnen, die auf der Basis der durchschnittlichen Kosten jeder Arztgruppe und anknüpfend an deren durchschnittlichen Praxisumsatz im Jahre 1994 die typischen Praxiskosten einer jeden Arztgruppe widerspiegeln sollen. Diese Werte wurden um einen Betrag erhöht, der - nach Abzug dieser Kosten und Vorwegabzug belegärztlicher Vergütungen von der Gesamtvergütung - das durchschnittliche Vertragsarztinkommen abbilden soll. Die Summe aus Praxiskostenanteil und Einkommensteil stellt einen arztgruppentypischen Normumsatz dar, aus dem sich wiederum bezogen auf die Zahl der durchschnittlich abgerechneten Fälle für jede Arztgruppe eine Durchschnittsfallpunktzahl für sämtliche Versicherten bzw. für einzelne Versichertengruppen rechnen lässt. Diese Punktzahl macht dann das Praxisbudget für jeden Behandlungsfall aus (vgl. zuletzt Senatsurteil vom 2. April 2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, sowie [BSGE 89, 259](#), 261 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 189](#)).

Die beschriebene Zielsetzung der Praxisbudgets erschließt sich zusätzlich auf dem Hintergrund der von der dargestellten Berechnungsweise deutlich abweichenden Berechnung der Fallpunktzahl in den Zusatzbudgets. Diese orientiert sich nämlich nicht an den typischen Kosten, die zur Deckung des Praxisbetriebs einer Arztgruppe erforderlich sind (zuzüglich eines Einkommensanteils). Vielmehr sollen die Zusatzbudgets is einer ergänzenden Feinsteuerung im Gesamtregelungskonzept der EBM-Ä-Reform 1997 ein spezielles tatsächliches Leistungsgeschehen widerspiegeln, durch das sich die jeweilige Praxis schon in der Vergangenheit - namentlich in den Bezugsquartalen I und II/1996 - ausgezeichnet hat. Diese möglichst genaue Abbildung des tatsächlichen Leistungsgeschehens in eng begrenzten spezialisierten Leistungsbereichen ist für die Berechnung der Fallpunktzahlen der Praxisbudgets gerade nicht konstitutiv.

Auf dem Hintergrund der aufgezeigten Zielsetzung der Praxisbudgets und der Grundlagen für die Berechnung der Fallpunktzahlen ergibt sich zunächst, dass aus unterschiedlich hohen Fallpunktzahlen für zwei Arztgruppen nicht von vornherein auf eine mit [Art 3 Abs 1 GG](#) unvereinbare Ungleichbehandlung dieser Arztgruppen geschlossen werden kann. Das beruht bereits darauf, dass bei der Ermittlung des arztgruppentypischen Normumsatzes als entscheidender Bezugsgröße für die Berechnung des Praxisbudgets auch die durchschnittlich von der Arztgruppe abgerechnete Zahl der Behandlungsfälle berücksichtigt wurde und auch berücksichtigt werden musste. Von daher ist es entgegen der Auffassung des Klägers von erheblicher Relevanz, dass die Fallzahlen der hausärztlich tätigen Internisten in dem maßgeblichen Referenzzeitraum und - nach den Ermittlungen der Beklagten - offenbar auch im Jahre 1998 über denjenigen der Allgemeinärzte/Praktischen Ärzte lagen. Wenn ein über alle Arztgruppen hinweg identischer Normumsatz ermittelt werden soll, muss der Zahl der durchschnittlich abgerechneten Fälle Bedeutung in dem Sinne zukommen, dass eine Arztgruppe mit durchschnittlich höherer Fallzahl einen niedrigeren Fallwert benötigt, um den Normumsatz - unter Berücksichtigung der möglicherweise abweichenden Praxiskosten - zu erzielen.

Dasselbe gilt für die von den Klägern zu Unrecht in Abrede gestellte unterschiedliche Möglichkeit der hausärztlichen Internisten einerseits und der Allgemeinmediziner andererseits, Leistungen aus Zusatzbudgets zu erbringen. Der Anteil der Leistungen, die in das Praxisbudget fallen, schwankt zwischen den einzelnen Arztgruppen deutlich. Er reicht von 45 % bei den Anästhesisten bis zu 88 % bei den Augenärzten (vgl. Ballast, ErsK 1996, 440, 443). Ebenso unterschiedlich sind zwischen den einzelnen Arztgruppen die rechtlichen und tatsächlichen Möglichkeiten verteilt, Leistungen aus Zusatzbudgets zu erbringen. Sofern nicht das Ziel möglichst gleichmäßiger Verteilung der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen auf alle Arztgruppen schon im Ansatz verfehlt werden soll, ist zu berücksichtigen, welchen Anteil die in das Praxisbudget und die in die Zusatzbudgets fallenden Leistungen an dem durchschnittlichen Umsatz einer vertragsärztlichen Praxis haben. Denn dies hat ebenso wie die Zahl der durchschnittlich abgerechneten Fälle Auswirkungen auf die Höhe der Fallpunktzahl für die im Praxisbudget erfassten Leistungen. Aus diesem Grund bestehen keine Bedenken dagegen, dass der Arztgruppe, bei der der Anteil der vom Praxisbudget erfassten Leistungen an den insgesamt abgerechneten Leistungen höher ist als bei anderen Arztgruppen, auch eine höhere Fallpunktzahl zugewiesen wird. Dasselbe gilt, wenn eine Arztgruppe mehr Leistungen als andere erbringen kann, die in Zusatzbudgets erfasst werden, und wenn die Zusatzbudgets höher sind.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass in die Berechnung der Fallpunktzahl auch das tatsächliche Abrechnungsverhalten der einzelnen Arztgruppen in der Vergangenheit eingeflossen ist. In diesem Zusammenhang weisen der beigeladene Bewertungsausschuss und die Beklagte zutreffend darauf hin, dass der Umstand, dass die Fallpunktzahl der Allgemeinmediziner bei der Rentnerbehandlung sowohl im Bundesgebiet als auch in Niedersachsen deutlich höher ist als diejenige der hausärztlich tätigen Internisten, auch darauf zurückzuführen ist, dass die Allgemeinmediziner erheblich häufiger als die hausärztlich tätigen Internisten in der Vergangenheit Hausbesuche und andere allgemeine Betreuungsleistungen erbracht haben, die Bestandteil des Praxisbudgets sind. Aus den Kapiteln B II und B III EBM-Ä, in denen alle Beratungs-, Betreuungs- und Besuchsleistungen erfasst sind, werden allein die Unzeitgebühr nach Nr 5 EBM-Ä und die Betreuungsleistung nach Nr 16 EBM-Ä nicht in das Praxisbudget einbezogen.

Dem Urteil des Berufungsgerichts ist nicht eindeutig zu entnehmen, ob es schon in der Abweichung der bundeseinheitlichen Fallpunktzahlen bei der Rentnerbehandlung zwischen hausärztlich tätigen Internisten (1.035) und Allgemeinmediziner (1.175) oder lediglich in den deutlich stärker voneinander abweichenden Werten im Bezirk der Beklagten eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung sieht. Sollte Letzteres zutreffen, ist bereits nicht erkennbar, weshalb eine dem Bundesrecht zugehörige Berechnungsvorschrift für die regionalisierten Praxisbudgets dadurch rechtswidrig und deshalb unwirksam werden kann, wenn die auf ihrer Grundlage korrekt berechneten Punktzahlen für den Bezirk einer einzigen KÄV deutlich von den bundeseinheitlich geltenden Werten abweichen. Diese Abweichung beruht nicht auf Willkür, sondern spiegelt ersichtlich wider, dass sich das Abrechnungsverhalten der hier betroffenen Arztgruppen der hausärztlichen Internisten einerseits und der Allgemeinmediziner andererseits im Bezirk der beklagten KÄV noch deutlicher voneinander unterscheiden hat als im bundesweiten Maßstab. Es kann nicht angenommen werden, dass der Bewertungsausschuss als auf Bundesebene zuständiges Vertragsorgan berechtigt oder sogar verpflichtet wäre, bundesweit die Berechnungsvorschriften zu ändern, wenn sich im Bezirk einer KÄV deutliche Abweichungen ergeben. Es darf nämlich nicht außer Betracht bleiben, dass die Regionalisierung der Berechnungsvorgaben für den Fall einer mindestens dreiprozentigen Abweichung der Abrechnungsergebnisse im Bezirk einer KÄV von denen im Bundesdurchschnitt gerade den Besonderheiten der Leistungserbringung in dem jeweiligen KÄV-Bereich dient. Hätten die Normgeber des Bewertungsmaßstabs auf eine solche Öffnung zur Berücksichtigung regionaler Abweichungen verzichtet, hätte es zu erheblichen Verwerfungen kommen können, soweit sich das Abrechnungsverhalten der Arztgruppen in einem KÄV-Bezirk deutlich von demjenigen im Bundesgebiet insgesamt unterscheidet.

Neben der Regelung in Nr 3 der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B EBM-Ä, die die Einführung regionaler Fallpunktzahlen ermöglicht, zeigt auch die Bestimmung Nr 2 aaO, dass der Normgeber den regionalen Besonderheiten bei der Anwendung der Vorschriften des

Praxisbudgets große Bedeutung zugemessen hat. Für die Berechnung der Fallpunktzahl der Praxisbudgets werden quartalsweise drei Fallzahlbereiche gebildet. Dem Fallzahlbereich A gehören alle Fälle bis zu 50 % des regionalen Fallzahldurchschnitts des Jahres 1995 der Arztgruppe an, dem Fallzahlbereich B alle Fälle von mehr als 50 % bis 150 % des regionalen Fallzahldurchschnitts und dem Fallzahlbereich C darüber hinausgehende Fallzahlen. Für die Fälle des Fallzahlbereichs A (kleine Praxen) wird die Fallpunktzahl für das Praxisbudget nach Nr 1.5 um 10 % angehoben, für die Fälle des Fallzahlbereichs B erfolgt eine Absenkung um 10 % und für die Fälle des Fallzahlbereichs C eine Absenkung um 20 %. Durch diese Regelung sollen kleine Praxen mit relativ hohem Fixkostenanteil gegenüber fallzahlstarken Praxen privilegiert werden. Maßgeblicher Bezugspunkt ist hier nicht der bundesweite Fallzahldurchschnitt, sondern der regionale Fallzahldurchschnitt, also das Resultat der Abrechnungsergebnisse im jeweiligen KÄV-Bezirk.

Diese Regelung trägt tatsächlichen Gegebenheiten Rechnung, dass in einzelnen KÄV-Bezirken innerhalb einer Arztgruppe die Häufigkeitsverteilung zwischen umsatzstarken und umsatzschwachen Praxen sehr unterschiedlich sein kann. Auch das lässt erkennen, dass der Bewertungsausschuss gewachsene Strukturen sowohl hinsichtlich der Fallzahl bzw Umsatzstärke einer Praxis als auch hinsichtlich des Abrechnungsverhaltens der einzelnen Arztgruppen aufgenommen und bei der Festsetzung der Fallpunktzahlen berücksichtigt hat bzw der einzelnen KÄV bei der Anpassung der Fallpunktzahlen an die regionalen Versorgungsstrukturen die Berücksichtigung aufgegeben hat. Im Hinblick auf diese insgesamt sachgerechte Zielsetzung kann aus einer im konkreten Fall für eine bestimmte Arztgruppe in einem bestimmten KÄV-Bezirk nachteiligen Abweichung von den bundeseinheitlichen rechnerischen Werten nicht auf eine sachwidrige und willkürliche Ungleichbehandlung geschlossen werden.

Auch dem vom LSG in den Mittelpunkt seiner Ausführungen gestellten Umstand, dass sich das Leistungsspektrum der Allgemeinärzte und der hausärztlichen Internisten nicht notwendig unterscheidet, kommt keine ausschlaggebende Bedeutung zu. Das LSG hat zwar zutreffend darauf hingewiesen, dass nach dem Auslaufen der Übergangsregelungen in § 9 des "Vertrages über die hausärztliche Versorgung" (Hausarztvertrag) vom 6. September 1993 (DÄ 1993, Heft 41, C-1837) seit dem 31. Dezember 2002 hausärztlich tätige Internisten regelmäßig keine anderen Leistungen als Allgemeinärzte erbringen und abrechnen dürfen. Darauf kommt es hier jedoch nicht maßgeblich an. Zum einen betrifft der Rechtsstreit des nur bis Ende 1999 vertragsärztlich tätig gewesenen Klägers einen Zeitraum, in dem zahlreiche hausärztlich tätige Internisten kraft der angesprochenen Übergangsregelung spezialisierte Leistungen erbracht haben, die in der Liste zu § 6 Abs 2 des Hausarztvertrages verzeichnet sind und deshalb grundsätzlich in der hausärztlichen Versorgung nicht angeboten werden dürfen. Soweit derartige Leistungen tatsächlich im Referenzzeitraum von hausärztlich tätigen Internisten erbracht worden sind und Auswirkungen auf Leistungsspektrum und Umsatz dieser Arztgruppe gehabt haben, durfte das auch bei der Gestaltung der Praxisbudgets berücksichtigt werden. Zum anderen sind für die Berechnung der Fallpunktzahlen der einzelnen Arztgruppen nicht in erster Linie normative Vorgaben hinsichtlich der berechnungsfähigen Leistungen, sondern das tatsächliche Abrechnungsverhalten ausschlaggebend. Soweit sich nämlich dieses bzw die Abrechnungsfrequenz hinsichtlich einzelner von den Praxisbudgets erfasster Leistungen bei zwei Arztgruppen im Referenzzeitraum unterscheiden haben, ist es mit dem Gleichbehandlungsgebot des [Art 3 Abs 1 GG](#) vereinbar, dass sich ein faktisch unterschiedliches Leistungs- und Abrechnungsverhalten auch in unterschiedlichen Fallpunktzahlen der Praxisbudgets widerspiegelt.

Schließlich ist der Schluss des Klägers von einer niedrigeren Fallpunktzahl auf eine generelle Benachteiligung der hausärztlichen Internisten gegenüber den Allgemeinmediziner bei der Vergütung nicht gerechtfertigt. Der dahinter stehenden Überlegung könnte allenfalls dann näher getreten werden, wenn feststünde, dass die Ertragssituation hausärztlicher Internisten im Bezirk der Beklagten signifikant schlechter als diejenige der Allgemeinmediziner ist, dass sich weiterhin insoweit auch die Verhältnisse im Bezirk der Beklagten von denjenigen im Bundesgebiet unterscheiden und dass schließlich dieser Umstand ursächlich auf die unterschiedliche Berechnung der Fallpunktzahlen für die Praxisbudgets zurückzuführen ist. Dafür bestehen indessen keine Anhaltspunkte. Im Jahre 1998 betrug der Überschuss je Arzt in den alten Bundesländern bei den Internisten (ohne Differenzierung zwischen fachärztlich und hausärztlich tätigen Internisten) 225.200,- DM, während er sich bei den Allgemeinärzten auf 166.600 DM belief (vgl Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland, herausgegeben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 2000, Seite D 9). Eine genauere Analyse der Überschüsse je Arzt für die Jahre 1997 und 1999 bestätigt diesen Befund. In der Honorarklasse 1, dem Drittel der Vertragsärzte mit dem niedrigsten Umsatz, betrug in Westdeutschland der Überschuss je Arzt bei den Allgemeinärzten 48.193 EUR und bei den hausärztlichen Internisten 58.590 EUR. In der Honorarklasse 2, dem das Drittel der Ärzte mit den mittleren Umsätzen angehört, belief sich der Überschuss bei den Allgemeinärzten auf 87.032 EUR und bei den hausärztlich tätigen Internisten auf 96.699 EUR. In der Honorarklasse 3, der Arztgruppe mit dem höchsten Umsatz, belief sich der Überschuss für die Allgemeinärzte auf 134.763 EUR und für die hausärztlich tätigen Internisten auf 148.055 EUR (Statistische Informationen des AOK-Bundesverbandes, Reihe 3, Vertragsstatistik, Reihe 3.10: Statistisches Handbuch, 2002, Seiten 36, 37, 38). Diese Werte sind schon unter Geltung der seit dem 1. Juli 1997 in Kraft befindlichen Praxisbudgets erreicht worden. Sie geben für eine generelle, dem Bewertungsausschuss zumindest mittelbar zurechenbare Benachteiligung der hausärztlich tätigen Internisten nichts her.

Nach alledem kann das Urteil des Berufungsgerichts keinen Bestand haben. Es ist vielmehr, soweit es zu Gunsten des Klägers ergangen ist, aufzuheben und seine Berufung gegen das klageabweisende Urteil des SG in vollem Umfang zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 24](#) S 115 ff).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-03-08