

## L 5 KA 847/00

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

5  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen  
S 1 KA 4923/98

Datum  
27.01.2000

2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen

L 5 KA 847/00  
Datum

02.10.2002  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Leitsätze  
Individuelle praxisstrukturelle Probleme (zu hoher Rentneranteil) begründen bei Hausärzten keinen Anspruch auf Erweiterung des Praxisbudgets.

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. Januar 2000 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Erweiterung des Praxisbudgets sowie des Zusatzbudgets "Sonographie" streitig. Darüber hinaus begehrt der Kläger dieselbe Fallpunktzahlen für Rentner, wie sie den Ärzte für Allgemeinmedizin zuerkannt ist.

Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin in M. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Die Beklagte hat ihm die qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets "Psychosomatik, Übende Verfahren" und "Sonographie" (Bescheid vom 10. März 1997) wie auch das bedarfsabhängige Zusatzbudget "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" (Bescheid vom 30. Juni 1997) zuerkannt. Mit Schreiben vom 20. März 1997 und Antrag vom 1. April 1997 beantragte er die Erweiterung seines Praxisbudgets wegen seines geriatrischen Schwerpunkts (50 Pflegefälle pro Quartal in Heimen) und daraus resultierender hoher Hausbesuchstätigkeit. Mit weiterem Antrag vom 7. Juli 1997 beehrte er die Erweiterung seines Zusatzbudgets für Sonographie. Am 24. Juli 1997 beantragte er schließlich die Gleichstellung seiner Rentnerpatienten bezüglich der Punktzahl mit denen der Allgemeinärzte, da seine hausärztliche Betreuung in diesem Bereich sehr intensiv sei. Mit Bescheiden vom 26. September 1997 lehnte die Beklagte die Anträge auf Erweiterung des Praxis- wie auch Zusatzbudgets für Sonographie ab. Mit weiterem Bescheid vom 29. September 1997 wurde auch der Antrag auf Gleichsetzung der Rentnerfallpunktzahl mit Allgemeinmedizinern mit der Begründung abgewiesen, die Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahl für das Praxisbudget erfolge gemäß Kapitel A I, Teil B, Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen. Bestandteil dieser Anlage und damit der Berechnungen seien auch die vom Bewertungsausschuss vorgegebenen bundesdurchschnittlichen Kostensätze für die budgetierten Arztgruppen auf der Basis des Jahres 1994 in Prozent. Diese Vorgaben seien für alle KVen im Bundesgebiet verbindlich und könnten daher nicht KV-bezogen geändert werden.

Sein hiergegen am 20. Oktober 1997 mit der Begründung erhobener Widerspruch, die Betriebsausgaben für die hausärztlichen Internisten seien im Vergleich zu den Allgemeinärzten viel zu niedrig angesetzt worden, blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 9. November 1998). Zur Begründung wurde ausgeführt, dem Kläger sei bereits wegen eines geriatrischen Schwerpunktes ein bedarfsabhängiges Zusatzbudget für die Betreuung in beschützenden Einrichtungen (EBM-Nr. 15) zuerkannt worden, welches 30 Punkte betrage. Darüber hinaus werde dem vermehrten Aufwand für Rentner durch die Festlegung einer mehr als doppelt so hohen Fallpunktzahl im grünen Budget Rechnung getragen. Hierdurch würden auch die vermehrt anfallenden Hausbesuche mit berücksichtigt. Ein besonderer Versorgungsbedarf sei dadurch jedoch nicht begründet. Die Gleichsetzung der Rentner-Fallpunktzahl mit Allgemeinärzten scheitere bereits daran, dass der Bewertungsausschuss die Fallpunktzahlen für alle KVen verbindlich festgelegt habe. Gleichfalls habe der Kläger keinen Anspruch auf Erweiterung des Zusatzbudgets "Sonographie", da ein besonderer Versorgungsbedarf nur dann begründet werde, wenn der abgerechnete Leistungsumfang über dem 2,5-fachen der Fachgruppe liege. Diese Voraussetzungen erfülle der Kläger nicht.

Gegen den am gleichen Tag zur Post aufgegebenen Widerspruchsbescheid erhob der Kläger am 9. Dezember 1998 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG), zu deren Begründung er ergänzend vortrug, seine Praxis weise einen hohen Rentneranteil auf und das Durchschnittsalter seiner Patienten liege daher bei 81,5 Jahren. Deswegen müsse er auch übermäßig viele Hausbesuche durchführen. Sein im Hinblick auf den

besonderen Versorgungsbedarf im geriatrischen Bereich abgelehnter Antrag auf Erweiterung des Praxisbudgets führe zu einer Existenzbedrohung. Im Vergleich zu den hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner werde er rechtswidrig ungleich behandelt. Schließlich habe er auch einen Anspruch auf Erweiterung des qualifikationsabhängigen Zusatzbudgets Sonographie, da die Beklagte zu Unrecht davon ausgehe, dass eine Erweiterung nur dann vorgenommen werden könne, wenn der zuvor abgerechnete Leistungsumfang bei dem 2,5-fachen der Fachgruppe liege.

Die Beklagte trat der Klage mit der Begründung entgegen, die Abrechnungswerte für das Quartal II/98 und III/98 belegten, dass z.B. bei dem Zusatzbudget Sonographie im dritten Quartal keine Kürzungsberechnung erfolgt sei. Sie hat hierzu die Anzahlstatistiken für die Quartale II/98 und III/98 vorgelegt.

Mit Gerichtsbescheid vom 27. Januar 2000 wies das SG die Klage mit der Begründung zurück, der Kläger gehöre als Facharzt für Innere Medizin mit Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung zu einer Arztgruppe, für die die Praxis- und Zusatzbudgets gelten würden. Dies habe zur Folge, dass die von ihm erbrachten geriatrischen und sonographischen Leistungen in das Praxis- bzw. Zusatzbudget fielen. Er habe zunächst keinen Anspruch auf Erweiterung des Praxisbudgets, da ein besonderer Versorgungsbedarf nicht bestehe. Er betreue zwar unstreitig viele Patienten im Rentenalter, aber sein Leistungsspektrum weise im Bezug auf die Geriatrie, etwa im Bezug auf die Abrechnung der GNR 15 EBM keine so starken Besonderheiten auf, dass die Erweiterung des Praxisbudgets geboten wäre. Dies gelte auch hinsichtlich der Erweiterung des Zusatzbudgets Sonographie. Hinsichtlich dieser Leistungen seien in den Quartalen II/98 und III/98 keine bzw. nur minimale Kürzungen erfolgt, so dass das ihm gewährte qualifikationsgebundene Zusatzbudget genüge, zumal die Abrechnungsstatistiken zeigten, dass die Praxis auch insoweit keinen Versorgungsschwerpunkt habe. Soweit er eine Gleichstellung in Bezug auf die Fallpunktzahlen der Rentner mit denen der Allgemeinmediziner begehre, so sei auch insoweit sein Honorar zutreffend berechnet worden. Der EBM und der HVM der Beklagten behandle nämlich die hausärztlich tätigen Internisten und Allgemeinmediziner entsprechend ihrer Unterscheide. So würden den Allgemeinmediziner weniger Kosten zugeordnet als den hausärztlich tätigen Internisten. Angesichts der Komplexität der Gesamtberechnung und der regionalen Unterschiede sei es daher nicht zu beanstanden, dass die unterschiedlichen Fallpunktzahlen, die sich aufgrund ihrer Berechnung nach der Vorgabe des EBM ergeben hätten, von der Beklagten in ihren HVM übernommen und nicht korrigiert worden seien. Die Berechnung des EBM sei nämlich ausgerichtet an einem für alle Fachgruppen ausreichenden Einkommen. Unterschiede im Abrechnungsverhalten und im Leistungsspektrum führten daher auch zu Unterschieden bei der Fallpunktzahl.

Gegen den am 8. Februar 2000 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 6. März 2000 Berufung eingelegt, zu deren Begründung er ergänzend vorgetragen hat, es könne nicht angehen, dass für die hausärztlichen Internisten trotz offensichtlich höherer Kosten geringere Honorare resultierten.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. Januar 2000 und die Bescheide der Beklagten vom 26. September 1997 und 16. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. November 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Senats über die Anträge auf Erweiterung des Praxisbudgets sowie des Zusatzbudgets Sonographie einschließlich der Gleichsetzung der Fallpunktzahlen für Rentner mit denen der Fachärzte für Allgemeinmedizin erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Die unterschiedlichen Kostensätze für die hausärztlichen Internisten und Allgemeinmediziner seien nämlich nur ein Faktor bei der Berechnung der regionalen Fallpunktzahlen für das Praxisbudget. Das vermehrte Abrechnen einzelner Gesprächs- oder Besuchsleistungen rechtfertige für sich allein noch nicht das Vorliegen eines Versorgungsschwerpunktes bzw. die Erweiterung des Praxisbudgets.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Gegenstand des Rechtsstreites sind die Bescheide der Beklagten vom 26. September 1997 und 29. September 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. November 1998. Nicht Gegenstand des Verfahrens sind die Abrechnungsbescheide geworden, die ab dem Quartal III/97 ohne Berücksichtigung der vom Kläger begehrten Erweiterung des Praxisbudgets sowie des ihm zuerkannten Zusatzbudgets einschließlich der Gleichsetzung der Fallpunktzahlen für Rentner mit denen der Fachärzte für Allgemeinmedizin ergangen sind. Insoweit kommt weder eine direkte noch eine entsprechende Anwendung des [§ 96 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) in Betracht (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 27](#) S. 192 f.; Nr. 28, S. 202). Nicht Gegenstand des Rechtsstreits ist auch die Frage, ob der Kläger Anspruch auf Erweiterung des Zusatzbudgets "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" hat. Dies Frage ist Gegenstand des Rechtsstreits L 5 KA 2274/00 und vom Senat durch Urteil vom selben Tage verneint worden.

II.

Die form- und fristgerecht erhobene Berufung ([§§ 143, 151 SGG](#)) ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft, weil ein Berufungsausschlussgrund des [§ 144 Abs. 1 SGG](#) nicht vorliegt. Da der Kläger die Erweiterung des Praxisbudgets und des ihm zuerkannten Zusatzbudgets "Sonographie" sowie die Gleichsetzung der Fallpunktzahlen für Rentner mit denen der Fachärzte für Allgemeinmedizin seit dem 1.7.1997 begehrt, betrifft die Berufung Leistungen für mehr als 1 Jahr ([§ 144 Abs. 1 S. 2 SGG](#)).

III.

Die zulässige Berufung des Klägers ist aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erweiterung des Praxisbudgets sowie des ihm zuerkannten Zusatzbudgets "Sonographie" oder die Gleichsetzung der Fallpunktzahlen der hausärztlichen Internisten für Rentner mit denen der Fachärzte für Allgemeinmedizin. Die Bescheide der Beklagten vom 26. September 1997 und 29. September 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. November 1998 sind rechtmäßig.

Mit Wirkung ab 1. Juli 1997 hat der Bewertungsausschuss die Praxis- und Zusatzbudgets für bestimmte Arztgruppen eingeführt. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM unterliegen die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen ärztlichen Leistungen nach Maßgabe dieser Bestimmungen je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal für die nach Nr. 1.5 aufgeführten Arztgruppen einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig, wobei sich die Höhe des Budgets aus dem Produkt der Fallpunktzahl mit der Zahl der budgetrelevanten Fälle errechnet. Die Leistungsvergütung für Zusatzbudgets erfolgt fallzahlabhängig auf der Grundlage des regional ermittelten Punktzahlbedarfs der diese Leistungen abrechnenden Ärzte. Zu unterscheiden ist zwischen qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr. 4.1 EBM), die bei Vorliegen einer bestimmten Qualifikation von Amts wegen zuerkannt werden, und bedarfsabhängigen Zusatzbudgets, die auf besonderen Antrag des Arztes zuerkannt werden können, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf besteht (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr. 4.2 EBM). Auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall kann die KV zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs auch eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr. 4.3 EBM).

Die Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets im EBM ist rechtmäßig (BSG SozR 3-2500 §87 Nr. 23 sowie u.a Urteile des erkennenden Senats vom 15. September 1999 - L 5 KA 988/99 - und vom 17. November 1999 - L 5 KA 4599/99 und L 5 KA 1127/99 -).

In der Tabelle 5 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 1.5 EBM ist die Arztgruppe der hausärztlichen Internisten aufgeführt. Der Kläger ist als Internist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Er unterliegt deshalb den Regelungen über die Praxisbudgets.

Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 4.3 EBM kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. In einer Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets (abgedruckt bei Wezel/Liebold, Handkommentar BMÄ, EGO und GOÄ, S. 8-73 f) haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Ergänzung der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in Nr. 4 vereinbart:

"Abschnitt A I B 4.3 EBM wird dahingehend ausgelegt, dass die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen kann, wenn nachfolgend genannte Krankheitsfälle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellen: - Betreuung von HIV-Patienten - onkologische Erkrankungen - Diabetes - Mukoviszidose - Schmerztherapie (Teilnehmer an der Schmerztherapie-Vereinbarung) - kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen - erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil."

Der Begriff des besonderen Versorgungsbedarfs in den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 4.3 EBM ist eng auszulegen. Vor allem der mehrstufige Aufbau von allgemeinem Praxisbudget, qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets, bedarfsabhängigen Zusatzbudgets, budgetfreien Leistungen und Ansprüchen auf Erweiterung von Praxis- und/oder Zusatzbudgets schließt eine Auslegung dieser Vorschrift in dem Sinne aus, dass jedem Arzt die bestehende Ausrichtung seine Behandlungstätigkeit schlechthin ohne Einbuße beim Honorar auf Dauer garantiert werden müsste (BSG, Urteil vom 16. Mai 2001 - [B 6 KA 53/00 R](#) -, S. 8). Die Bindung eines besonderen Versorgungsbedarfs an eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausstattung, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis hat, findet ihren Niederschlag auch in der zuvor genannten Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (BSG, aaO, S. 10). Ohne spezifische Schwerpunktsetzung und ohne die Übernahme der Behandlung von bestimmten schwerwiegenden Gesundheitsstörungen in einem quantitativ relevanten Ausmaß kommt deshalb eine Budgeterweiterung nach dem Zweck der Regelung nicht in Betracht (BSG, Beschluss vom 8. März 2000 - [B 6 KA 64/99 B](#) -, S. 4). Eine Ausnahme von der in den Quartalen 3/96 bis 2/97 geltenden Teilbudgetierung wegen eines Versorgungsschwerpunktes war nur gegeben, wenn auf den als solchen geltend gemachten Leistungsbereich ein Anteil von mindestens 20% der von der Praxis abgerechneten Gesamtpunktzahl entfiel (vgl. z. B. Urteil des BSG vom 6. September 2000 - [B 6 KA 37/99 R](#) -). Wegen der Unterschiede in Zuschnitt und Wirkungsweise zwischen den Teilbudgets der Quartale 3/96 bis 2/97 einerseits und den ab dem 1.7.1997 geltenden Praxis- und Zusatzbudgets andererseits kann bei letzteren nicht stets auf einen Punktzahlanteil von 20% abgestellt werden. Jedoch bilden Abweichungen der einzelnen Praxis von der Typik der Arztgruppe, die sich (auch) in abweichenden Anteilen des auf bestimmte Leistungen entfallenden Punktzahlvolumens niederschlagen, ein wichtiges Indiz für die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs (BSG, Urteil vom 16. Mai 2001 - [B 6 KA 53/00 R](#) -, S. 10). Durch diese Rechtsprechung des BSG sieht sich der Senat in seiner bisherigen Rechtsprechung bestätigt (vgl. das dem Urteil des BSG vom 16. Mai 2001 vorangehende Urteil des Senats vom 17. November 1999 - [L 5 KA 440/99](#) - S. 11 f; Urteil vom 10. Mai 2000 - L 5 KA 2396/99 -, S. 8 ff = E-LSG KA 072).

1.) Ausgehend hiervon liegen bei dem Kläger die Voraussetzungen für die Erweiterung des Praxisbudgets nicht vor. Denn es kann nicht festgestellt werden, dass bei ihm insoweit ein berücksichtigungsfähiger Schwerpunkt vorliegt. Der Kläger nimmt als hausärztlicher Internist die hausärztliche Versorgungsfunktion der bei ihm in Behandlung stehenden Versicherten wahr, wie sie im Einzelnen in [§ 73 Abs. 1 S. 2](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und § 2 des zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen abgeschlossenen Vertrages über die hausärztliche Versorgung beschrieben ist. Es handelt sich dabei insbesondere um Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen. Derjenige Vertragsarzt, der die hausärztliche Versorgung der Versicherten wahrnimmt, unterscheidet sich aber nicht von den anderen zugelassenen Vertragsärzten, die ebenfalls in der hausärztlichen Versorgung tätig sind. Ein spezifischer Schwerpunkt, der von der Typik der Fachgruppe abweicht, kann damit bei hausärztlich tätigen Ärzten grundsätzlich nicht vorliegen (vgl. hierzu Urteile des Senats vom 28. November 2001 - [L 5 KA 2438/99](#) und vom 10. Juli 2002 - L 5 KA 2652/00). Ob hiervon ausnahmsweise abgewichen werden kann, wenn der Schwerpunkt im Bereich der "Betreuung im Bereich der

beschützenden Einrichtungen" läge, kann offen bleiben. Denn der Kläger hat insoweit keinen Versorgungsschwerpunkt. Das ihm eingeräumte Zusatzbudget deckt den zusätzlichen Aufwand soweit ab, dass kein Anlass für seine Erweiterung bestand (vgl Urteil des Senats vom 2.10.2002 - L 5 KA 2274/00). Besteht aber bereits kein Anspruch auf Erweiterung des spezielle Leistungen berücksichtigenden Zusatzbudgets, so besteht wegen desselben Sachverhalts erst recht keinen Anspruch auf Erweiterung des allgemeinen Praxisbudgets.

Der Kläger hat zwar einen sehr hohen Anteil an Rentnerversicherten (Versichertengruppe R), nämlich im Quartal II/98 51,6 % (Fachgruppe 36,7 %) und im Quartal III/98 49,4 % (Fachgruppe 36,97 %). Hieraus wird deutlich, dass auch die Fachgruppe einen erheblichen Anteil an Rentnerversicherten aufweist. Die Behandlung von Rentnerversicherten gehört somit zum Kernbereich der hausärztlichen Aufgaben. Leistungen, die zum Kernbereich des Fachgebiets des Arztes gehören, rechtfertigen nach der Rechtsprechung des BSG grundsätzlich keine Erweiterung des Praxisbudgets, auch wenn sie von einem Arzt in überdurchschnittlich häufiger Anzahl abgerechnet werden ( BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr.31](#))

Durch die hohe Anzahl an Rentnerversicherten erleidet der Kläger zudem bei der Budgetermittlung keine rechnerischen Nachteile. Denn für jeden Rentnerversicherten erhält er die erhöhte Punktzahl für Rentner. Die Fallpunktzahlen des Praxisbudgets des Klägers betragen gemäß der Anlage 1 zu § 3a Ziffer 1 des Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten (HVM) i.V.m. den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 1.6 EBM in den Quartalen 3/97 bis 4/98 von 539 Punkte für die Versichertengruppe M/F und von 1136 Punkte für die Versichertengruppe R sowie in den Quartalen 1/99 und 2/99 von 516 Punkte für die Versichertengruppe M/F und von 1098 Punkte für die Versichertengruppe R.

Bei der erhöhten Zahl von Rentner mag der Kläger Nachteile dadurch haben, dass unter der Gruppe M/F auch freiwillig versicherte Personen im Rentenalter sind, für die er nicht die hohen Punktzahlen erhält. Diese Nachteile sind nach der Rechtsprechung des Senats jedoch hinzunehmen, weil sich die Differenzierung nach den Versichertengruppen M/F und R im EBM und im HVM im Rahmen des dem Bewertungsausschuss und der Beklagten eingeräumten Gestaltungsermessens hält und daher rechtmäßig ist Diese Differenzierung knüpft an die Unterscheidung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen den allgemeinen Versicherungstatbeständen und der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) an. Eine Typisierung, die sich an gesetzlichen Vorgaben ausrichtet, kann nicht willkürlich sein. Die sich dadurch ergebenden rechnerischen Verzerrungen sind zudem so gering, dass sie zu keiner Verletzung des aus [Art. 3 GG](#) folgenden Differenzierungsgebotes führen (vgl. Urteil des Senats vom 10. Juli 2002 - L 5 KA 312/01 -).

Der Umstand dass dem Kläger bei der Berechnung seines Praxisbudgets im Quartal II/98 von dem angeforderten Leistungsbedarf in Höhe von DM 58.552,- insgesamt 12.806,16 DM und im Quartal III/98 von dem angeforderten Leistungsbedarf in Höhe von DM 63.005,- insgesamt 17.004,79 DM (alle Beträge unter Berücksichtigung eines fiktiven Punktwerts von 10 Pfennig) gekürzt wurden, rechtfertigt für sich noch nicht die begehrte Erhöhung des Praxisbudgets. Da sich das Praxisbudget aus dem Produkt der fachgruppenspezifischen Punktzahl mit der Zahl der Behandlungsfälle errechnet (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr. 1 Satz 3 EBM), lassen die Kürzungen zunächst allein den Rückschluss zu, dass der Kläger seine Patienten im Durchschnitt aufwändiger behandelt als andere Ärzte oder aber er eine zu geringe Fallzahl hat. Bei einer Fallzahl von 518 im Quartal 3/98 (Fachgruppe der hausärztlichen Internisten 1017) bzw von 504 (Fachgruppe 1013) im Quartal 2/98 hat der Kläger nicht zu viele Rentnerpatienten, sondern zu wenig Patienten aus dem Kreis der Mitglieder/Familienversicherten. Solche individuellen praxisstrukturellen Probleme sind im Rahmen der Budgetierung nicht durch eine Erweiterung der Budgets zu lösen. Denn andernfalls müsste jedem Arzt das für seine Patientenzahl und /oder Behandlungsweise entsprechende Budget eingeräumt werden. Dies würde dem Ziel der Budgetierung, die Begrenzung der abrechenbaren Punktzahl und das damit mögliche Erreichen eines hohen und stabilen Punktwerts, entgegenlaufen.

Nach alledem kann ein entsprechender Praxisschwerpunkt, der nach den dargestellten Rechtsgrundlagen die einzige rechtliche Voraussetzung für eine Erweiterung des Praxisbudgets ist, in Abgrenzung zur Fachgruppe nicht festgestellt werden und das SG hat daher im Ergebnis zu Recht die Voraussetzungen für eine Erweiterung des Praxisbudgets verneint.

2.) Gleiches gilt hinsichtlich der beantragten Erweiterung seines Zusatzbudgets "Sonographie". Die Fallpunktzahl des Zusatzbudgets Sonographie betrug 72. Das qualifikationsgebundene Zusatzbudget "Sonographie" umfasst die GNR 375 bis 389, 398 (Tabelle zu den Allgemeinen Bestimmungen A 1 B Nr. 4.2 EBM). Der Anteil dieser Leistungen am Gesamtleistungsbedarf betrug mit Ausnahme des Quartals 2/99 jeweils weniger als 6 %. Dies ergibt sich aus der von der Beklagten mit Schriftsatz vom 24.09.2002 vorgelegten Aufstellung der auf das Zusatzbudget Sonographie entfallenden Anteile für die Quartale 1/98 und 4/99. Bereits daraus folgt, dass der Kläger im Bereich der Sonographie keinen Praxisschwerpunkt hat.

Durch das Zusatzbudget Sonographie werden die hierauf fallenden Honoraranforderungen des Klägers weitgehend vergütet. So betrug die Kürzung des qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets Sonographie im Quartal II/98 DM 791,12 bei einem angeforderten Leistungsbedarf von DM 4.682,-, während im Quartal III/98 die Kürzung sich nur DM 253,46 belief bei einem angeforderte Leistungsbedarf von DM 3.394,- (alle Beträge unter Berücksichtigung eines fiktiven Punktwerts von 10 Pfennig). Auch dies belegt, dass das dem Kläger gewährte qualifikationsgebundene Zusatzbudget genügt und kein Anlass zu der beantragten Erweiterung besteht.

3.) Soweit der Kläger die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl rügt, ist seine Berufung bzw. Klage auch insoweit unbegründet. In Teil A I Teil B Nr. 1.5 setzt der EBM die Fallpunktzahlen für die Praxisbudgets für die Versichertengruppe der Rentner für die Allgemeinärzte/Praktischen Ärzte mit 1.175 fest, während die der hausärztlichen Internisten 1.035 betragen. Entsprechend differieren die von der Beklagten auf Grund der regionalen Daten ermittelten KV-bezogenen Fallpunktzahlen für das Praxisbudget. Entgegen der Auffassung des Klägers sind die Fallpunktzahlen jedoch nicht willkürlich festgelegt worden. Grundlage bildete das Abrechnungsverhalten der jeweiligen Arztgruppe. Die unterschiedlichen Fallpunktzahlen ergeben sich daraus, dass die Fachgruppe der hausärztlichen Internisten im maßgeblichen Basisjahr 1996 (vgl. Allgemeine Bestimmungen A I. Teil B Anlage 2 EBM) bei Versicherten mit dem Status R im Durchschnitt je Fall weniger Punkte abgerechnet haben als die Gruppe der Allgemeinärzte. Der Kläger muss sich insoweit daran festhalten lassen, dass er zur Gruppe der hausärztlichen Internisten gehört. Die Zuordnung des Praxisbudgets der eigenen Fachgruppe, der ein Arzt angehört, ist im EBM vorgegeben und, weil sachgerecht und willkürfrei, rechtlich nicht zu beanstanden.

IV.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#). Die Aufwendungen der Beklagten sind erstattungsfähig. [§ 193 Abs. 4 S. 2 SGG](#) ist zwar

durch Art. 1 Nr. 66 Buchst. b des 6. Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (6. SGGÄndG) vom 17. August 2001 ([BGBl. I, S. 2144](#)) mit Wirkung zum 2. Januar 2002 aufgehoben worden. Eine Übergangsvorschrift für vor dem 2. Januar 2002 anhängig gewordene Verfahren enthält das 6. SGGÄndG nicht. Allerdings hat sich durch das 6. SGGÄndG an der Erstattungsfähigkeit der Kosten der Beklagten nichts geändert. Sie ergibt sich nunmehr aus [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 162 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), der allerdings auf vor dem 2. Januar 2002 anhängig gewordene Verfahren nicht anzuwenden ist ([Art. 17 Abs. 1 S. 2](#) 6. SGGÄndG). Bei dieser Sachlage kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber für die vor dem 2. Januar 2002 anhängig gewordenen Verfahren die Erstattungsfähigkeit der Kosten der Beklagten hat beseitigen wollen.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2004-10-19