

## L 12 KA 81/00

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 1883/98

Datum

14.06.2000

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 81/00

Datum

24.10.2001

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten hin wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 14. Juni 2000 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid vom 22. September 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. September 1998 abgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten die Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch des Klägers auf Aussetzung/Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gemäß Kapitel A I, Teil B Nr.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) streitig.

Der Kläger nimmt als Arzt für Orthopädie, mit den Zusatzbezeichnungen Sportmedizin und Chirotherapie, in A. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Mit Schreiben vom 12. Juni 1997 beantragte er das Zusatzbudget "Teilradiologie" um die Leistungen nach der Nr.5300 BMÄ/E-GO (Osteodensitometrie) zu erweitern. Er sei der einzige Orthopäde im Stadtbereich A. bzw. Landkreis A., der Knochendichtemessungen vornehme. Durch die Einbeziehung der Nr.5300 BMÄ/E-GO in sein Budget sei er gegenüber seinen Fachkollegen erheblich benachteiligt.

Mit Bescheid vom 22. September 1997 wies die Bezirksstelle Oberpfalz der Beklagten den Antrag des Klägers auf Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß Kapitel A I B.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM zurück, da für die beantragte Leistung ein Zusatzbudget nicht vorgesehen sei. Die Leistung sei Bestandteil des Praxisbudgets. Werde ein Arzt verstärkt in einem Leistungsbereich tätig, könne er andere ärztliche Leistungen nur in entsprechend geringerem Umfang erbringen. Das insgesamt zur Verfügung stehende Praxisbudget müsse deswegen grundsätzlich nicht geändert werden.

Hiergegen legte der Kläger mit Schreiben vom 26. September 1997 Widerspruch ein. Er führe die Knochendichtemessungen bereits seit 1990 durch. Die Vorsorge, Diagnostik und Therapie der Osteoporose habe sich seitdem als Praxisschwerpunkt herausgestellt und zu zunehmenden Überweisungszahlen zur Osteodensitometrie geführt. In der gesamten Oberpfalz rechneten nur 31,5 % der Orthopäden die Nr.5300 BMÄ/E-GO ab. Im Stadt- und Landkreis A. mit ca. 160.000 Einwohnern führe er diese Untersuchungen alleine durch. Er rechne pro Quartal die Nr.5300 BMÄ/E-GO ca. 110 bis 150 mal ab und liege damit im Fachgruppendurchschnitt. Dies beweise, dass er trotz seiner "Monopolstellung" die Indikation zur Knochendichtemessung bzw. Kontrolle eng stelle. Die Nr.5300 EBM sei mit 450 Punkten und einem Zeitaufwand pro Messung von 20 Minuten gegenüber einer normalen Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule in zwei Ebenen (400 Punkte, Zeitaufwand fünf bis zehn Minuten) stark unterbewertet, da sie mit einer relativ teuren Apparatur (150.000,00 DM) erbracht werde. Würden die mit dieser Untersuchung erbrachten Leistungen dem normalen Röntgenbudget zugeordnet, sei er gegenüber Kollegen, die mit rein konventionellen Röntgenleistungen ihr Budget erfüllten, erheblich benachteiligt. Er beantrage deshalb, das Teilbudget Röntgen zu erweitern oder ein Sonderbudget "Knochendichtemessung" zu genehmigen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. September 1998 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück. Die Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets solle zur Begrenzung der medizinisch nicht nachvollziehbaren Mengenausweitung und zu einer Reduzierung des Leistungsbedarfs führen. Eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets bis zur Höhe des in der Vergangenheit abgerechneten Leistungsvolumens sei deshalb in der Regel nicht möglich. Für die Osteodensitometrie sehe der EBM weder ein qualifikationsgebundenes Zusatzbudget noch ein bedarfsabhängiges Zusatzbudget vor. Da die KVB an die Regelungen des EBM gebunden sei, könne sie demzufolge kein Zusatzbudget für die Osteodensitometrie bilden. Zwar könne nach den Allgemeinen Bestimmungen A 1.B.4.3

des EBM im Einzelfall auf Antrag zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewährt werden, die Voraussetzungen hierfür lägen jedoch nicht vor. Ein Budget könne insbesondere dann erweitert oder ausgesetzt werden, wenn die in der "Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 7 vom 14. Februar 1997) genannten Krankheitsfälle oder spezifischen Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellen. Hierzu habe der Vorstand der Beklagten im Einzelfall Kriterien festgelegt und beschlossen, die der Kläger nicht erfülle. Eine Praxisbesonderheit sei nicht grundsätzlich einem Praxisschwerpunkt nach der "Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" oder einem besonderen Versorgungsbedarf nach den Allgemeinen Bestimmungen A I B.4.3 des EBM gleichzusetzen.

Die dagegen erhobene Klage ging am 19. Oktober 1998 beim Sozialgericht München ein. Zur Begründung trug der Kläger vor, von der WHO werde die Osteoporose zu den zehn wichtigsten Krankheiten der Zukunft gerechnet. Zur genauen Diagnostik und Therapieüberwachung benötige man exakte quantitative Messmethoden. Die Knochendichtemessung mittels DEXA-Methode werde von allen Experten als genaues, strahlenarmes und weitest verbreitetes Verfahren anerkannt. Er führe diese Knochendichtemessungen seit 1990 als einziger Orthopäde im Stadt- und Landkreis A. durch. Kämen Frauen ohne Überweisung oder ohne typische Risikofaktoren zur Messung, liquidiere er seit dem 1. April 1998 im Rahmen der so genannten IGEL-Leistungen privat ohne die Kassen zu belasten. Um aber die häufigen Überweisungsaufträge von Hausärzten, Internisten, Gynäkologen und Orthopäden abrechnen zu können, benötige er ein Zusatzbudget, da er gegenüber den Kollegen, die keine Osteodensitometrie durchführten bzw. gegenüber Radiologen, die die Nr.5300 ohne Einschränkung ansetzten, entscheidend benachteiligt sei. Die Osteologie mit Knochendichtemessung bilde einen Praxisschwerpunkt. Durch Fortbildung und die langjährige Messerfahrung habe er den Status einer Schwerpunktpraxis für Osteoporose in seiner Region erworben.

In einem Termin zur mündlichen Verhandlung am 23. März 1999 trug der Kläger vor, bei der Leistung nach der Nr.5300 EBM handle es sich um keine fachgruppenspezifische Leistung. Dies ergebe sich bereits daraus, dass die in der Oberpfalz tätigen Orthopäden diese Leistungen nur zu 30 % erbringen würden. Daraus folge, dass die Knochendichtemessung an sich nicht zum Praxisbudget "grüner Bereich" gehöre.

Die Beklagte vertrat die Auffassung, ihres Erachtens lägen die Voraussetzungen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I B.4.3 des EBM in Verbindung mit der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 nicht vor. Sämtliche der in der Vereinbarung genannten drei Voraussetzungen seien nicht gegeben. Zur Sicherstellung sei das Tätigwerden des Klägers deshalb nicht notwendig, weil in der Stadt A. eine radiologische Praxis zugelassen sei, die ebenfalls Knochendichtemessungen in sogar größerem Umfang vornehme. Die beim Kläger vorgenommenen Knochendichtemessungen nach der Gebührenordnungsposition 5300 EBM stellten auch keinen Schwerpunkt dar, wie es in der Vereinbarung gefordert werde. Ihr Leistungsanteil betrage lediglich 2 %. Im Übrigen sei auch die weitere Voraussetzung, die in der Vereinbarung genannt werde, nicht erfüllt. Es handle sich nämlich um keine Versorgung eines Klientels, wie sie in der Vereinbarung beschrieben werde.

Da das Gericht beabsichtigte, die Partner des Bewertungsausschusses beizuladen, vertagte es die mündliche Verhandlung.

Am 31. März 1999 lud das Sozialgericht dann die Partner des Bundesmantelvertrages zum Verfahren bei.

In einem Schriftsatz vom 22. April 1999 machte die Beklagte dann nähere Angaben zu ihrem Vortrag in der mündlichen Verhandlung am 23. März 1999 und trug ergänzend vor, der Vorstand der Beklagten habe in seiner Sitzung vom 10. Juli 1997 beschlossen, dass für den Bereich der Osteodensitometrie keine Erweiterung des Praxisbudgets in Betracht komme.

Wenn der Kläger ausführe, dass die Überweisungsaufträge zur Durchführung der osteodensitometrischen Untersuchungen sein Praxisbudget belasten, so sei hierzu festzustellen, dass bei diesen Untersuchungsaufträgen als Leistungspositionen die Nr.2 BMÄ/E-GO (= 50 Punkte) und die Nr.5300 BMÄ/E-GO (= 450 Punkte) pro Behandlungsfall zum Ansatz gebracht würden, so dass sich insgesamt ein Punktevolumen von 500 Punkten je Fall errechne. Dieser Punktzahl sei die für das Praxisbudget maßgebliche Fallpunktzahl für Mitglieder/Familienversicherte in Höhe von 636,2 Punkten und für Rentner in Höhe von 1.004 Punkten gegenüberzustellen. Aus dieser Gegenüberstellung sei zu erkennen, dass die speziellen Behandlungsfälle zur Durchführung der Osteodensitometrie als Untersuchungsaufträge im Hinblick auf das jeweils ausgelöste Punktevolumen in Höhe von 500 Punkten das Praxisbudget nicht belasten, sondern vielmehr entlasten. Jeder Behandlungsfall mit dem Zielauftrag der Durchführung der Osteodensitometrie zähle als weiterer Fall und führe zu einer Fallzahlsteigerung, auch im Bereich der einzelnen Zusatzbudgets, von denen einige nicht ausgeschöpft seien. Daraus ergebe sich, dass die Untersuchungsaufträge zur Durchführung der Osteodensitometrie das Praxisbudget des Klägers nicht belasten. Der Kläger müsse entgegen seiner Darstellung durch diese Aufträge auf andere Leistungen nicht verzichten, da das bei diesen Untersuchungen nicht ausgeschöpfte Punktevolumen für andere Leistungen verwendbar sei.

Der Kläger beantragte, die angefochtenen Bescheide aufzuheben und über seinen Antrag auf Erweiterung und Aussetzung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß der Allgemeinen Bestimmung A I B.4.3 EBM - Osteodensitometrie - erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes zu entscheiden.

Die Beklagte beantragte, die Klage abzuweisen.

Mit Urteil vom 14. Juni 2000 hob das Sozialgericht die angefochtenen Bescheide auf und verpflichtete die Beklagte, über den Antrag auf Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets - Osteodensitometrie - erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Die Klage sei begründet, da dem angefochtenen Widerspruchsbescheid nicht zu entnehmen sei, von welchen Gesichtspunkten sich die Beklagte im Rahmen der Ausübung ihres Ermessens bei der Entscheidung über die Erweiterung des Zusatzbudgets "Psychosomatik" habe leiten lassen. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I B.4.3 EBM könne die Beklagte auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. Es handle sich somit um eine Ermessensentscheidung. Für eine fehlerfreie Ausübung des Ermessens reichten die von der Beklagten gewählten Formulierungen aber nicht aus. Sie entsprächen nicht den gesetzlichen Anforderungen, die an die Begründung eines Verwaltungsaktes im Sinne von [§ 35 Abs.1 Satz 3 SGB X](#) zu stellen seien. Zunächst werde zwar auf Kriterien hingewiesen, die angeblich der Vorstand festgelegt und beschlossen haben solle. Weitere Ausführungen, um welche Kriterien im Einzelnen es sich handle, seien jedoch unterlassen worden. Daran ändere sich auch nichts, wenn die Beklagte versuche, im Rahmen der mündlichen Verhandlungen bzw. schriftlich während des Gerichtsverfahrens Gründe nachzuschieben. Es verwundere vielmehr, weshalb die nunmehrige Darstellung erst jetzt und nicht bereits schriftsätzlich im

Widerspruchsbescheid ihren Niederschlag gefunden hätten. Die nachgeschobenen Ausführungen der Beklagten seien zwar im Ansatz richtig, bedürften jedoch einer gründlichen Präzisierung, solle der Begründungspflicht nach [§ 35 SGB X](#) entsprochen werden. Durch das Nachschieben der Gründe sei auch keine Heilung nach [§ 41 SGB X](#) eingetreten. Denn bei Ermessensentscheidungen sei ein Nachschieben von Gründen während des Gerichtsverfahrens unzulässig. In einem neuen Bescheid werde die Beklagte prüfen müssen, ob generell überhaupt ein besonderer Versorgungsbedarf für "Osteoporose-Kranke" bestehe. Die Formulierung "insbesondere" in der Vereinbarung deute gerade darauf hin, dass die Aufzählung der dortigen Krankheitsbilder und speziellen Betreuungsleistungen nicht abschließend sei. Bejahendenfalls werde dann zu prüfen sein, ob im Einzugsbereich der klägerischen Praxis ein solcher besonderer Versorgungsbedarf bestehe. Dabei werde kurz zu erörtern sein, ob der Versorgungsbedarf auch durch andere Ärzte, z.B. Radiologen, gedeckt werden könne, und die unterschiedlichen Arten der Methode der Knochendichtemessung. Des Weiteren werde die Beklagte ausführen müssen, ob ein Praxisschwerpunkt vorliege. Zur Klärung dieser Fragen könnte eine Umfrage bei den anderen Orthopäden angezeigt sein.

Die Beklagte legte gegen das ihr am 19. Juli 2000 zugestellte Urteil Berufung ein, die am 10. August 2000 beim Bayer. Landessozialgericht einging. Zur Begründung der Berufung trägt die Beklagte vor, das Urteil des Sozialgerichts München sei rechtswidrig, da sie zu Unrecht verpflichtet wurde, über den Antrag auf Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets - Osteodensitometrie - erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes zu entscheiden.

Die Entscheidung über eine Erweiterung oder Aussetzung der Praxis - und/oder Zusatzbudgets für den vom Kläger beantragten Bereich "Osteodensitometrie" habe zwar im Ermessen der Beklagten gelegen. Eine im Ermessen stehende Entscheidung sei auch rechtswidrig, wenn Ermessensfehler (Ermessensüber- oder -unterschreitung, Ermessensfehlergebrauch) vorlägen. Bei der Überprüfung, ob ein ausgeübtes Ermessen fehlerhaft und damit rechtswidrig gewesen sei, seien auch zunächst die im Widerspruch aufgeführten Ermessenserwägungen maßgeblich. Unzweifelhaft sei es aber zulässig, dass die Behörde jederzeit, auch im Prozess ihre für den Verwaltungsakt gegebene Begründung präzisiere, ergänze und vertiefe, mit der Folge, dass diese Gesichtspunkte als Gründe für die Sachprüfung heranzuziehen seien. Dies ergebe sich aus dem Amtsermittlungs- und Untersuchungsgrundsatz. Da das Gericht von Amts wegen alle tatsächlichen und rechtlichen Gesichtspunkte zu ermitteln und zu berücksichtigen habe, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt sie geltend gemacht worden seien, müsse auch die Verwaltung befugt sein, von sich aus neue Gründe vorzubringen. Eine Einschränkung in diesem Zusammenhang bestehe nur insofern, als ein Nachschieben von Gründen unzulässig sei, wenn bis zum Prozess überhaupt noch keine Gründe angeführt seien, oder wenn das Nachschieben zu einer Wesensänderung des zugrunde liegenden Verwaltungsaktes führe. Bei Ermessensentscheidungen liege eine Wesensänderung auch dann vor, wenn wesentlich neue Ermessenserwägungen angeführt würden. Dies sei aber nicht der Fall.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 14. Juni 2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger, der mit Schreiben vom 18. Oktober 2001 mitteilte, dass er den Termin zur mündlichen Verhandlung nicht wahrnehmen könne und bat, sein Fernbleiben zu entschuldigen, beantragt sinngemäß,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung nimmt er auf sein bisheriges Vorbringen Bezug.

Dem Senat liegen zur Entscheidung die Verwaltungsunterlagen der Beklagten, die Klageakte mit dem Az.: [S 38 KA 1883/98](#) und die Berufungsakte mit dem Az.: [L 12 KA 81/00](#) vor. Auf deren Inhalt, insbesondere den der vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten und die zur Niederschrift erfolgten Feststellungen, wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie nach [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 22. September 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. September 1998 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat deshalb diese Bescheide mit Urteil vom 14. Juni 2000 zu Unrecht aufgehoben und die Beklagte zur Neuverbescheidung verpflichtet. Dem Kläger steht ein Anspruch auf Aussetzung/Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gemäß Kapitel A I, Teil B.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM nicht zu.

Mit den Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997 sind in den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM auf der Grundlage des § 87 Abs.2 Satz 1 in Verbin- zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 - [BGBl.I 1520](#) -) zum 1. Juli 1997 Praxis- und Zusatzbudgets eingeführt worden. Danach unterliegen die im EBM enthaltenen ärztlichen Leistungen nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal u.a. für die Gruppe der Orthopäden, der der Kläger angehört, einer fallzahlabhängigen Budgetierung (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr.1 in Verbindung mit Nr.1.5 EBM). Die von den Budgets umfassenden Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig, deren Höhe sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle ergibt.

Diese Regelungen haben zum Ziel, die Auswirkungen des seit Jahren zu beobachtenden Punktwertfalls zu begrenzen und den Vertragsärzten mehr Kalkulationssicherheit zu geben. Die Einführung der Praxisbudgets steht mit höherrangigem Recht in Einklang, wie das Bundessozialgericht mit Urteil vom 8. März 2000 ([SozR 3-2500 § 87 Nr.24](#)) und Urteilen vom 16. Mai 2001 (Az.: [B 6 KA 54/00 R](#) und [B 6 KA 47/00 R](#)) entschieden hat. Dies ist auch ständige Rechtsprechung des Senats (Urteile vom 26. Juli 2000, Az.: [L 12 KA 136/99](#); vom 21. März 2001, Az.: [L 12 KA 99/99](#); vom 16. Mai 2001, Az.: [L 12 KA 147/99](#) und vom 27. Juni 2001, Az.: [L 12 KA 74/00](#)). Im Einzelnen sind die Regelungen des EBM 1997 so ausgestattet, dass für die betroffenen Arztgruppen drei verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden. Dem Praxisbudget ("grüner Bereich") unterfallen ca. 70 % der das Behandlungsspektrum der jeweiligen Arztgruppe typischerweise abdeckenden ärztlichen Leistungen. Neben dem Praxisbudget sind bestimmte ärztliche Leistungspositionen bei den einzelnen Arztgruppen spezifischen Zusatzbudgets ("gelber Bereich") zugewiesen, die ca. 10 % des Leistungsspektrums ausmachen. Ein noch verbleibender, etwa 20 % ausmachender Leistungsbereich bleibt unbudgetiert ("roter Bereich"), ebenso wie bestimmte, nur auf Überweisungen in Anspruch

genommene oder hoch spezialisierte Arztgruppen gänzlich davon unberührt sind (siehe BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 53/00 R](#) mit weiteren Hinweisen).

Der Kläger unterliegt nach den Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B Nr.1 in Verbindung mit Nr.1.5 als Orthopäde der Budgetierung. Nach den allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr.1 1. Satz unterliegen grundsätzlich alle im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen ärztlichen Leistungen einer fallzahl- abhängigen Budgetierung. Dies bedeutet, dass alle Leistungen des EBM, die nicht in die für Zusatzbudgets definierte Leistungsbereiche (Nr.4 a.a.O.), sogenannter "gelber Bereich" fallen, bzw. nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr.5 und Nr.5.1 unbudgetiert bleiben, sogenannter "roter Bereich", der Budgetierung unterliegen. Die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 5300 mit der im streitigen Zeitraum maßgeblichen Leistungslegende (gültig bis 31. März 2000): "Osteodensitometrische Untersuchung (en) Photonenabsorptions-Technik an einem oder mehreren Teilen des peripheren Skeletts und/oder des Achsenskeletts", die in dem Abschnitt Q I (Röntgendiagnostik) enthalten ist, sind weder Bestandteil eines qualifikationsgebundenen oder bedarfsabhängigen Zusatzbudgets nach A I B Nr.4.1 bzw. 4.2 EBM und sind auch nach den Nrn.5 bzw. 5.1 nicht von der Anrechnung auf Praxisbudgets ausgenommen. Die Zuordnung der Nr.5300 EBM zum Allgemeinen Praxisbudget (grüner Bereich) ist damit im EBM geregelt und nimmt an der normativen Ausgestaltung des EBM teil. Von ihr ist deshalb bei der Honorarabrechnung auszugehen. Bei den Bewertungsmaßstäben im Sinne des [§ 87 Abs.2 SGB V](#) handelt es sich um Rechtsnormen in der Form so genannter Normsetzungsverträge. Sie kommen als vertragliche Vereinbarung der in [§ 87 Abs.1 SGB V](#) aufgeführten Körperschaften durch die Bewertungsausschüsse ([§ 87 Abs.3 SGB V](#)) zustande und entfalten gegenüber am Vertragsabschluss nicht beteiligten Dritten (Vertragsärzten, Vertragszahnärzten, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen) unmittelbar rechtliche Auswirkungen (BSG, [SozR 3-2500 § 87 Nr.18](#) S.84 mit weiteren Hinweisen).

Im Hinblick auf den Charakter des EBM als vertragliche Regelung mit normativer Wirkung ist nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. etwa BSG, [SozR 3-2500 § 87 Nr.14](#) S.53) der Umfang der gerichtlichen Kontrolle beschränkt. Es ist nicht Aufgabe der Gerichte, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen oder Bestimmungen des EBM in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Etwas anderes gilt nur in den seltenen Ausnahmefällen, in denen sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. Von solchen oder ähnlichen Fällen abgesehen, in denen die Überschreitung der Grenzen normativen Ermessens rechtlich fassbar wird, haben die Gerichte die Regelungen des EBM als für sie maßgebend hinzunehmen (BSG, [SozR 3-2500 § 87 Nr.14](#) S.53).

Nach den Erläuterungen der Beigeladenen zu 1) in "Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 Gründe und Inhalte" im Deutschen Ärzteblatt 94, Heft 13 vom 28. März 1997, sind Leistungspositionen des EBM Bestandteil der Praxisbudgets (grüner Bereich), wenn sie von der Mehrheit der Arztgruppe erbracht werden, Standardleistungen der Arztgruppe darstellen oder nur selten erbracht werden und einen geringen Fallwertanteil haben. Leistungspositionen des EBM sind Bestandteil der Zusatzbudgets (gelber Bereich), wenn sie eine zusätzliche Qualifikation erfordern, nur von wenigen Ärzten einer Arztgruppe schwerpunktmäßig erbracht werden oder aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfes gesondert zu berücksichtigen sind. Unbudgetiert (roter Bereich) bleiben Leistungspositionen des EBM, bei denen es sich um hoch spezialisierte, kostenintensive Leistungen handelt, strukturpolitisch zu fördernde Leistungen (z.B. ambulantes Operieren), die hausärztliche Grundvergütung und Kostenerstattungen. Es ist nicht zu beanstanden, wenn der Bewertungsausschuss die Leistungen nach der Nr.5300 EBM (Osteodensitometrie) als Leistungen beurteilt hat, die sehr selten erbracht werden und einen sehr geringen Fallwertanteil haben. Bei der Prüfung "sehr geringer Fallwertanteil" kann dabei nicht auf eine auf die Osteodensitometrie spezialisierte Praxis abgestellt werden, sondern es ist eine durchschnittliche orthopädische Praxis zu berücksichtigen. Eine missbräuchliche Ausübung der Bewertungskompetenz des Bewertungsausschusses ist jedenfalls in der Zuordnung der Osteodensitometrie als Bestandteil des Praxisbudgets (grüner Bereich) nicht zu sehen. Die Orthopäden werden bei der Erbringung der Osteodensitometrie auch nicht gegenüber den Radiologen benachteiligt. Nach § 13 Abs.4 des Bundesmantelvertrages - Ärzte bzw. § 7 Abs.4 des Arzt-Ersatzkassenvertrages dürfen Radiologen nur auf Überweisung tätig werden. Sie haben deshalb die Mengenausweitung nicht zu vertreten und es ist deshalb auch nicht zu beanstanden, wenn der Bewertungsausschuss die Arztgruppe der Radiologen gemäß A I, Teil B Nr.1.1 in Verbindung mit Nr.1.5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM von der Budgetierung ausgenommen hat. Wie die Beklagte in ihrem Schreiben vom 22. April 1999 dargelegt hat, belastet eine auf Zielauftrag hin erbrachte Osteodensitometrie das Praxisbudget des Orthopäden auch nicht, im Gegenteil es führt zu einer Entlastung. Eine Benachteiligung der Orthopäden liegt also insoweit gegenüber den Radiologen nicht vor.

Gemäß Kapitel A I, Teil B Nr.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM kann eine Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. Den auf dieser Grundlage gestellten Antrag des Klägers auf Erweiterung seines Praxisbudgets bzw. des qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets "Teilradiologie" hat die Beklagte zu Recht abgelehnt.

Der Regelung in der Nr.4.3 aaO des EBM kommt nicht nur objektiv-rechtlicher Charakter zu, sie begründet vielmehr auch ein subjektives Recht des betroffenen Arztes zumindest auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung über die Erweiterung eines Praxis- bzw. Zusatzbudgets bei Vorliegen der in der Norm geregelten Voraussetzungen. Bei der Prüfung, ob die Voraussetzungen der "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes" im Einzelfall erfüllt sind, steht der Kassenärztlichen Vereinigung ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum aber nicht zu (BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 53/00 R](#)). Durch die Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (Deutsches Ärzteblatt 1997, Heft 7 vom 14. Februar 1997) wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen die Befugnis übertragen, in Ausfüllung unbestimmter Rechtsbegriffe eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets zu gewähren. Hierbei handelt es sich nicht um eine unzulässige Delegation der Rechtssetzungskompetenz an den Rechtsanwender. Allerdings darf der Gebrauch eines unbestimmten Rechtsbegriffes nicht dazu führen, dass der Rechtsanwender einen Entscheidungsspielraum erhält, der nur dem Normsetzer selbst zusteht. Der Normgeber muss vielmehr die wesentlichen Bestimmungen in der Norm selbst treffen und darf lediglich die Konkretisierung von Einzelheiten anderen Stellen überlassen (BSG, Urteil vom 6. September 2000, Az.: [B 6 KA 40/99 R](#)). Diesen Anforderungen genügt die Regelung in Ziffer 4 der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 vom 14. Februar 1997 (siehe Urteile des Senats vom 26. Juli 2000, Az.: [L 12 KA 136/99](#), vom 7. Februar 2001, Az.: [L 12 KA 60/99](#) und vom 21. März 2001, Az.: [L 12 KA 99/99](#)).

Die Partner der Bundesmantelverträge haben die Regelungen in Nr.4.3 aaO des EBM in Ziffer 4 der "Vereinbarung zur Einführung von

Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" (aaO) 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.

Aus dem Wortlaut "insbesondere" ergibt sich, dass die Aufzählung in Ziffer 4 der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 nicht abschließend ist. Entsprechend dem Charakter dieser Vereinbarung als Interpretation haben die Vertragspartner beispielhaft einige Fallgruppen bestimmter spezifischer Schwerpunktsetzungen genannt, bei denen im Einzelfall ein konkret nachgewiesener besonderer Versorgungsbedarf angenommen werden kann. Aus Gründen der Gleichbehandlung (Art. 3 Abs.1 Grundgesetz) muss es sich jedoch bei den weiteren Ausnahmetatbeständen, die eine Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach Kapitel A I Teil B Ziffer 4.3 des EBM rechtfertigen, um Tatbestände handeln, die mit den in Ziffer 4 der Vereinbarung genannten vergleichbar sind. Nach dem Wortlaut sowie dem Zweck der Regelung kommt deshalb in Anknüpfung an die aufgezählten Beispiele eine Budgeterweiterung nur bei einer spezifischen Schwerpunktsetzung und bei der Übernahme der Behandlung von bestimmten schwerwiegenden Gesundheitsstörungen oder spezifischen Betreuungsleistungen in einem quantitativ relevanten Ausmaß in Betracht. Es muss sich also um eine für die Arztgruppe atypische Praxisbesonderheit handeln, die den Schwerpunkt der Praxistätigkeit bildet, für die ein besonderer Versorgungsbedarf besteht und die durch die in Ziffer 4.1, 4.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM A I Teil B geregelten Zusatzbudgets nicht berücksichtigt ist. Die Feststellung der Beklagten, dass die Leistungen des Klägers nach der Nr.5300 EBM nicht bei Vorliegen der in Ziffer 4 der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 genannten Krankheitsfälle und Betreuungsfälle erbracht werden, ist zutreffend. Die Osteoporose stellt keine mit diesen Krankheitsbildern vergleichbare Erkrankung dar. Es ist auch nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte davon ausgeht, dass die Osteodensitometrie keinen Schwerpunkt der Praxistätigkeit des Klägers darstellt, da der quartalsweise Anteil der vom Kläger zum Ansatz gebrachten Nr.5300 EBM ab dem Quartal 3/97 in Relation zu dem in einem Quartal erbrachten Gesamtleistungsvolumen nur einen geringen Prozentsatz (ca. 2 %) ausmacht. Soweit tatsächlich ein besonderer Versorgungsbedarf für die vom Kläger mit seinem DEXA erbrachten Gerät besteht, das nach den Ausführungen des Klägers eine schonendere Osteodensitometrie-Untersuchung erlaubt, so bedarf es hierfür ebenfalls keiner Budgeterweiterung, da bei gezielten Überweisungen zur Osteodensitometrie das Budget des Klägers nicht belastet wird.

Damit liegen die Voraussetzungen, unter denen ab dem 1. Juli 1997 eine Kassenärztliche Vereinigung das Praxis- und/oder Zusatzbudget eines Arztes erweitern kann, bereits nicht vor. Es stand somit auch nicht mehr im Ermessen der Beklagten, eine Entscheidung über den Antrag des Klägers zu treffen. Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 16. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 53/00 R](#) klargestellt, dass im Unterschied zu den zwischen dem 1. Juli 1996 und dem 30. Juni 1997 geltenden Teilbudgets die Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 als Dauerregelung ohne zeitliche Begrenzung eingeführt worden sind. Der zur Auslegung des Ausnahmetatbestandes der Nr.4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 vom BSG herangezogene Gesichtspunkt, aus Gründen der Verhältnismäßigkeit dürfe eine von vorneherein nur befristete Vergütungsregelung bestimmte langjährig gewachsene Praxisausrichtungen nicht nachhaltig gefährden (BSG, [SozR 3-2500 § 87 Nr.26](#) S.140), kann deshalb auf die Regelung in Nr.4.3 aaO des EBM nicht übertragen werden. Vor allem aber schließt der mehrstufige Aufbau von allgemeinem Praxisbudget, qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets, bedarfsabhängigen Zusatzbudgets, budgetfreien Leistungen und Ansprüchen auf Erweiterung von Praxis- und/oder Zusatzbudgets eine Auslegung dieser Vorschrift in dem Sinne aus, dass jedem Arzt die bestehende Ausrichtung seiner Behandlungstätigkeit schlechthin ohne Einbuße beim Honorar auf Dauer garantiert werden müsste.

Die Berufung der Beklagten erweist sich somit als erfolgreich und das Urteil des Sozialgerichts vom 14. Juni 2000 ist deshalb aufzuheben und die Klage des Klägers gegen den Bescheid der Beklagten vom 22. September 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. September 1998 abzuweisen.

Bei der Entscheidung über die Kosten gemäß [§ 193 Abs.1](#) und [4 SGG](#) ist zu berücksichtigen, dass der Kläger insgesamt mit seinem Klagebegehren ohne Erfolg bleibt.

Gründe für eine Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-27