

L 12 KA 87/00

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 32 KA 2202/99

Datum
15.03.2000
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 87/00

Datum
10.10.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 15. März 2000 wird zurückgewiesen.

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

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch des Klägers auf Erweiterung oder Aussetzung der Praxis - und/oder Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I B 4.3 des Einheitlichen Bewährungsmaßstabes (EBM) streitig, den der Kläger wegen vermehrt durchgeführter Hausbesuche geltend macht.

Der in P.straße 20, 81369 München-Sendling, niedergelassene Kläger nimmt als praktischer Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Er beantragte am 10. Dezember 1997, ihm für Hausbesuche - analog den Kollegen, welche Alten-, Pflege- und andere Heime betreuten - ein entsprechendes Sonderbudget einzuräumen. Es sei sicher nicht im Interesse der bettlägerigen und alten Patienten, diese Hausbesuche aus Kostengründen zu streichen. Andererseits sei es ihm und anderen Kollegen nicht zumutbar, dass er diese Tätigkeit unentgeltlich ausführe. Er arbeite mit verschiedensten Pflegevereinigungen zusammen und werde auch von mehreren Apotheken empfohlen, wenn es sich darum handle, Kranke in ihrer häuslichen Umgebung zu betreuen. Er habe einen sehr hohen Anteil an Patienten in seiner Klientel, welche nie in die Praxis kommen könnten und somit zu Hause betreut werden müssten. Im 3. Quartal 1997 seien das 28 Patienten, 7 % seiner gesamten Patienten, gewesen.

Mit Bescheid vom 22. Januar 1998 lehnte die Beklagte diesen Antrag des Klägers ab. Dem Antrag könne nicht stattgegeben werden, da für die beantragte Leistung ein Zusatzbudget nicht vorgesehen sei. Werde ein Arzt verstärkt in einem Leistungsbereich tätig, könne er andere ärztliche Leistungen nur im geringeren Umfang erbringen. Das insgesamt zur Verfügung stehende Praxisbudget müsse deswegen grundsätzlich nicht geändert werden.

Gegen diesen Bescheid legte der Kläger am 16. Februar 1998 Widerspruch ein, zu dessen Begründung er ausführte, das Argument der Beklagten, dass ein Arzt, der verstärkt in einem Leistungsbereich tätig sei, andere ärztliche Leistungen nur im geringeren Umfang erbringen könne, gelte nur für Leistungen, die im Rahmen der Sprechstunde anfielen und nur für einen Arzt, der mindestens eine durchschnittliche Scheinzahl habe. Ihm seien 62 % der budgetrelevanten Leistungen gestrichen worden und damit sei sein angefordertes Gesamthonorar um ca. ein Viertel gekürzt worden. Dies bedeute, dass er alle im 3. Quartal 1997 durchgeführten 570 Hausbesuche umsonst erbracht habe. Er betreue in seiner Praxis schwerpunktmäßig Pflegepatienten. 22 bettlägerige, schwer pflegebedürftige Patienten bei insgesamt 400 Krankheitsfällen seien ein deutlicher Schwerpunkt. Dabei sei der medizinische Aufwand, d.h. der budgetrelevante Leistungsaufwand, mit Sicherheit wesentlich größer als wenn der Hauptschwerpunkt bei einem eher gesunden Patientengut liege. Dass ein Bedarf für die Versorgung von pflegebedürftigen Patienten bestehe, zeige sich schon daraus, dass er häufig von den mit ihm zusammenarbeitenden Hauspflegediensten, einigen Apotheken und vielen Patienten gebeten werde, neue Pflegebedürftige zu übernehmen. Seit ca. 15 Jahren habe er seine Patientenzahl auf ca. 400 Fälle beschränkt, weil er vor allem wegen des sehr hohen Einsatzes für Pflegebedürftige ausgelastet sei. Die durchschnittliche Fallzahl in seiner Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte sei doppelt so hoch wie seine Patientenzahl. Falls die Betreuung pflegebedürftiger Patienten nicht durch eine Ausweitung des Praxisbudgets oder durch ein Sonderbudget für spezielle Leistungen angemessen honoriert werde, werde jeder Arzt zu einem "Versichertenkartensammler" degradiert.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22. Juli 1999 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Zur Begründung führte sie u.a. aus,

nach den Allgemeinen Bestimmungen A I B 4.3 des EBM könne die zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. Danach könne ein Budget insbesondere dann erweitert oder ausgesetzt werden, wenn die in der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 genannten Krankheitsfälle oder spezifischen Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellten. Besuchsleistungen gehörten zum normalen Leistungsspektrum der Fachgruppe der Allgemeinmediziner, selbst wenn diese außerhalb der Sprechstundenzeit durchgeführt würden. Allein aus der Betreuung eines Teils der Patienten im Rahmen von Besuchen könne nicht grundsätzlich ein Praxisschwerpunkt abgeleitet werden.

Die gegen diesen Bescheid erhobene Klage ging am 31. August 1999 beim Sozialgericht München ein. Zur Begründung der Klage rügte der Kläger erneut, dass es keine Budgeterweiterung für die hausärztliche Betreuung von pflegebedürftigen Patienten durch vermehrte Hausbesuche gebe. Diese Patienten verursachten einen wesentlich höheren Quartals-Leistungs-Aufwand und es seien keine Möglichkeiten der Kompensation vorhanden. Bei diesen Patienten müsse er außerhalb der Sprechstunde zusätzlich zu anderen ärztlichen Leistungen einen Hausbesuch durchführen, der die durchschnittlichen Kosten dieser Patienten erheblich erhöhe. Die Behandlung von schwer pflegebedürftigen Kranken stelle eine Besonderheit seiner ärztlichen Tätigkeit dar. Die von ihm in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen stellten auch keine medizinisch nicht nachvollziehbare Mengenausweitung dar. Diese Leistungen ständen vielmehr den Patienten auf Grund ihrer Erkrankung oder Behinderung zu und sie seien medizinisch notwendig. Als Beweis für seinen Vortrag legte der Kläger Äußerungen von Patienten bzw. Angehörigen bei (9 Briefe), Äußerungen von Pflegediensten, die seit Jahren mit ihm zusammenarbeiten (12 Briefe), Äußerungen einer Apothekerin sowie Listen schwer kranker bzw. pflegebedürftiger Patienten im 3. Quartal 1997 mit Erläuterungen zur Diagnose und eventuellem Sterbedatum (diese Patienten konnten nicht in die Praxis kommen), eine Liste von schwer kranken und sehr alten Patienten, die zum Teil schon in die Praxis kommen könnten, eine Liste von Notdienstpatienten, die er im Rahmen des kassenärztlichen Notdienstes habe besuchen müssen und Kopien aus der Häufigkeitsstatistik für das Quartal 03/1997.

Mit Urteil vom 15. März 2000 wies das SG die Klage ab. Zu Recht habe die Beklagte die Aussetzung bzw. Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets abgelehnt, da die behauptete Besonderheit des Klägers (viele Besuche Pflegebedürftiger) dies nicht rechtfertige. Der Kläger habe auch nicht dargelegt, wodurch sich seine Besuchsfälle auszeichneten. Er habe nicht angegeben, welche teureren Gebührenordnungspositionen er abgerechnet habe oder ob es die Menge der Patienten ausmache, die einen hohen Anstieg seiner Forderungen begründeten. Nach Durchsicht aller Unterlagen durch die Kammer sei die Abrechnung spezieller Betreuungsleistungen nicht erkennbar, wie z.B. der Nr.12. Die Nr.14 BMÄ/E-GO habe der Kläger nur in drei Fällen und die Nr.2020 BMÄ/E-GO ebenfalls nur dreimal abgerechnet. Die Nr.2021 habe der Kläger überhaupt nicht abgerechnet. Auffällig sei auch, dass der Kläger die Nr.851 BMÄ/E-GO - das Zusatzbudget für psychosomatisches Verfahren - um die Hälfte unterschreite. Ein besonderer Versorgungsbedarf bestehe daher nicht. Die Kammer habe auch die Angabe der Beklagten berücksichtigt, dass im Planungsbereich Sendling 21 Allgemeinärzte/praktische Ärzte tätig seien, die die Nrn.25, 26 und 32 BMÄ/E-GO abrechneten, sodass auch aus diesem Grund kein Bedarf für ein Zusatzbudget des Klägers bestehe.

Das Urteil wurde dem Kläger per Einschreiben zugestellt, das am 13. Juli 2000 zur Post gegeben wurde.

Die vom Kläger dagegen eingelegte Berufung ging am 1. August 2000 beim SG München ein. In seiner Berufungsbegründung rügt der Kläger zunächst, dass das SG seine Klagebegründung und die entsprechenden Beweise sowie seine Ausführungen nicht gewürdigt habe und somit zu einem falschen Urteil gekommen sei. Die Ausführung, er hätte die schwerstkranken Patienten an Kollegen in der Umgebung abgeben sollen, von denen es 21 in seinem Planungsbereich gebe, sei zynisch und auch für einen medizinischen Laien unwürdig. Nach der im Urteil angeführten Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets könne die Beklagte auf Antrag eines Vertragsarztes insbesondere dann die Budgets erweitern oder aussetzen, wenn spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellten, u.a. die kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen. Der Ausdruck "insbesondere" impliziere, dass sehr wohl auch in anderen ähnlich gelagerten Fällen die Budgets erweitert oder ausgesetzt werden könnten. Ein solcher Fall wäre z.B. die kontinuierliche Patientenbetreuung von Schwerstkranken im heimischen Milieu, sogar mit schwerwiegenden Gründen, da pro Patient mehr Zeitaufwand notwendig sei und auch teurere Abrechnungsziffern anzusetzen seien. Die Ausführungen in dem Urteil, er habe nicht dargelegt, wodurch sich seine Besuchsfälle auszeichneten, sei unzutreffend. Ebenfalls sei es unrichtig, dass er nicht angegeben hätte, welche teureren Gebührenordnungspositionen er abgerechnet habe. Wenn ihm angekreidet werde, dass er keine speziellen Betreuungsleistungen abgerechnet hätte, wie die Nr.12 BMÄ/E-GO, so sei festzustellen, dass diese Nummer neben den von ihm abgerechneten Nrn.10, 11, 14 oder 17 BMÄ/E-GO nicht angesetzt werden dürften. Aber schon beim zweimaligen Ansatz der Nrn.10, 11 oder 17 sei die gleiche Punktzahl wie bei der Nr.12 BMÄ/E-GO erreicht. Ein schwerstkranker Mensch benötige durchaus weit mehr als zwei therapeutische Gespräche nach der Nr.10 BMÄ/E-GO pro Vierteljahr und damit könne die Nr.12 BMÄ/E-GO nicht mehr angesetzt werden. Im Prinzip gelte das gleiche für die Nr.14 BMÄ/E-GO, die ihrem Wert nach sechs therapeutischen Gesprächen entspreche und deshalb auch von ihm dreimal angesetzt worden sei. Bei mehr als sechs therapeutischen Gesprächen habe er selbstverständlich diese einzeln angesetzt. Dass er die Nrn.2020 und 2021 BMÄ/E-GO nicht abgerechnet habe, sei darauf zurückzuführen, dass er sich engmaschig um seine Patienten kümmere und mit den Pflegediensten gut zusammenarbeite. Dadurch würden die meisten Geschwüre an Beinen und durch Aufliegen verhindert und die Abrechnungen dieser Nummern überflüssig. Dass er sein Zusatzbudget für Psychotherapie um die Hälfte unterschreite, sei darauf zurückzuführen, dass er sich eher um seine Schwerstkranken gekümmert habe und keine Zeit gehabt hätte für mehr psychotherapeutische Behandlungen. Inzwischen seien ca. 80 % seiner schwerstkranken Patienten verstorben und er komme nahezu immer mit dem Budget aus. Wegen der aufgetretenen Probleme habe er keine neuen Pflegepatienten mehr angenommen und so die Gesamtzahl seiner Patienten entsprechend erhöhen können.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des SG München vom 15. März 2000 und den Bescheid der Beklagten vom 22. Januar 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Juli 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über seinen Antrag vom 10. Dezember 1997 auf Erweiterung oder Aussetzung der Praxis- und/ oder Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen zur Entscheidung die Verwaltungsunterlagen der Beklagten sowie die Klageakte, Az.: [S 32 KA 2202/99](#), und die Berufungsakte, Az.: [L 12 KA 87/00](#), vor. Auf deren Inhalt, insbesondere den der vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten, und die vom Kläger vorgelegten Unterlagen (Leitz-Ordner mit der Aufschrift Klage gegen KVB) wird zur Ergänzung des Sachverhaltes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist unbegründet. Der Bescheid des Beklagten vom 22. Januar 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Juli 1999 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Das SG hat deshalb mit dem angefochtenen Urteil vom 15. März 2000 die dagegen erhobene kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zu Recht abgewiesen.

Rechtsgrundlage für das Begehren des Klägers ist Nr.4.3 des Kapitels A I (Allgemeine Bestimmungen) Teil B des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung. Danach kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag eines Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung des Praxis- und/ oder Zusatzbudgets gewähren.

Der Senat hat bereits mit seinen Urteilen vom 26. Juli 2000, Az.: [L 12 KA 136/99](#), 7. Februar 2001, Az.: [L 12 KA 60/99](#), und 21. März 2001, Az.: [L 12 KA 99/99](#), entschieden, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs in Ziffer 4.3 des ab 1. Juli 1997 geltenden Kapitels A I Teil B des EBM als Ausnahmenvorschrift eng auszulegen sind und zwar ihrem Sinn und Zweck entsprechend als Härtefallregelung. Einzelne Ärzte der Arztgruppe mit einem speziellen Leistungsspektrum, das den Schwerpunkt der Praxis bildet, und die deshalb durch die Budgetierung besonders betroffen werden, können durch ein zusätzliches, bedarfsabhängiges Praxis- und/oder Zusatzbudget einen Ausgleich erhalten, der verhindert, dass sie in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Wie der Senat bereits in den angeführten Entscheidungen festgestellt hat, kann nicht losgelöst von den übrigen Bestimmungen des Kapitel A I Teil B des EBM beurteilt werden, wann ein solcher Härtefall vorliegt.

Die Praxis- und Zusatzbudgets wurden mit Wirkung vom 1. Juli 1997 eingeführt. Sie haben die vom 1. Juli 1996 bis 30. Juni 1997 geltenden Teilbudgets abgelöst und sind rechtmäßig (vgl. dazu: BSG, Urteil vom 8. März 2000, [SozR 3-2500 § 87 Nr.23](#), und Urteil vom 16. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 53/00 R](#), siehe auch Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 14. September 1999, Az.: [L 5 KA 1638/99](#) und den dazu ergangenen Beschluss des BSG vom 8. März 2000, Az.: [B 6 KA 64/99 B](#)). Die im EBM enthaltenen ärztlichen Leistungen unterliegen danach einer arztgruppenbezogenen und fallzahlenabhängigen Budgetierung. Die Mehrzahl der ärztlichen Leistungen ist - von Arztgruppe zu Arztgruppe variierend - dem Praxisbudget zugeordnet. In Kapitel A I Teil B Nr.1.5 EBM ist die Arztgruppe der Allgemeinärzte/praktischen Ärzte aufgeführt, so dass diese Ärzte der Budgetregelung unterliegen. Dem Kläger ist von der Beklagten das ihm als Allgemeinarzt zustehende Praxisbudget zuerkannt worden. Nach Kapitel A I Teil B Nr.4 EBM sind für die in den Nrn.4.1 und 4.2 aufgeführten Leistungsbereiche Zusatzbudgets gebildet worden. Durch diese Zusatzbudgets sollen solche Praxisbesonderheiten innerhalb einzelner Arztgruppen berücksichtigt werden, die sich entweder aus einer besonderen zusätzlichen fachlichen Qualifikation oder durch eine schwerpunktmäßige Ausrichtung der Arztpraxis auf ein besonderes Leistungsspektrum ergeben, für das ein besonderer Versorgungsbedarf besteht (vgl. Kölner Kommentar zum EBM, Stand Juli 1997, Anm.6 zu Kapitel A I Teil B). Von diesen Zusatzbudgets hat der Kläger das qualifikationsgebundene Zusatzbudget (Nr.4.1) "Psychosomatik, Übende Verfahren" zuerkannt erhalten. Einen Antrag auf Zuerkennung des bedarfsabhängigen Zusatzbudgets (Nr.4.2) "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" hat der Kläger nicht gestellt, ein solches Budget wurde ihm deshalb auch nicht zuerkannt. Dieses Zusatzbudget hätte den Kläger auch nur zur zusätzlichen Abrechnung der Nr.15 EBM berechtigt.

Über diese qualifikationsgebundenen fallzahlenabhängigen Zusatzbudgets und die bedarfsabhängigen Zusatzbudget auf besonderen Antrag hinaus kann gemäß Kapitel A I Teil B Ziffer 4.3 EBM die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. Diese Regelung soll einer atypischen, aber versorgungsgerechten Ausrichtung einer Arztpraxis Rechnung tragen, die nicht bereits nach den Ziffern 4.1 und 4.2 Kapitel A I Teil B EBM berücksichtigt wurde (vgl. Kölner Kommentar zum EBM, a.a.O., Anm.6 zu Kapitel A I Teil B; 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 diese Regelung des EBM in Ziffer 4 der Vereinbarung zur Einführung des Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (vgl. Deutsches Ärzteblatt 1997, A 403 f.) 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 Schmerztherapievereinbarung); kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen; erheblich über den Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil.

Aus der Wortwahl "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 GG](#)) 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 (vgl. BSG, Beschluss vom 8. März 2000, Az.: [B 6 KA 64/99 B](#)). 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 Ziffern 4.1, 4.2 des Kapitels A I Teil B EBM und die in der Vereinbarung genannten Beispielfälle noch nicht berücksichtigt ist.

Wendet man diese Grundsätze auf den vorliegenden Fall an, so ist in der Praxis des Klägers eine derartige spezifische Schwerpunktsetzung und die Übernahme der Behandlung von bestimmten schwerwiegenden Gesundheitsstörungen oder spezifischen Betreuungsleistungen in einem quantitativ relevanten Ausmaß nicht zu erkennen. Der Kläger begehrt eine Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets für die

Durchführung von Hausbesuchen nach den Nrn.25, 26 und 32 BMÄ/E-GO. Diese Leistungen fallen beim Kläger auch quantitativ ins Gewicht. Er hatte im Quartal 03/97 478 Besuchsleistungen nach der Nr.25 abgerechnet, 52 Besuche nach der Nr.26 EBM und 40 Besuche nach der Nr.32 EBM. Auf Grund der aus dem Praxisbudget resultierenden Quotierung von 62,7905 % wurden ihm hierfür 152.226,5 Punkte vergütet. Damit machen die Besuche 45,8 % des dem Kläger im Quartal 03/97 vergüteten Praxisbudgets in Höhe von 332.557,5 Punkten aus. Der Kläger brachte insgesamt 512 kurative Fälle in diesem Quartal zur Abrechnung. Die Leistung nach der Nr.25 hat er in diesem Quartal bei 49 Patienten erbracht, die Leistung nach der Nr.26 bei 47 Patienten und die Leistung nach der Nr.32 bei 7 Patienten. Zur Begründung dafür, dass diese Leistungen wegen der besonderen Zusammensetzung seines Patientengutes erforderlich waren, hat der Kläger Stellungnahmen bzw. Äußerungen von Patienten bzw. deren Angehörigen beigelegt (9 Briefe), Äußerungen von Pflegediensten, mit denen er seit Jahren zusammenarbeitet (12 Briefe), die Stellungnahme einer Apothekerin in seinem Praxisbereich, eine Liste von schwer kranken bzw. pflegebedürftigen Patienten, die in diesem Quartal nicht mehr in seine Praxis kommen konnten, und die 36 Personen umfasst sowie eine Liste von schwer kranken Patienten, die z.T. noch in die Praxis kommen konnten, bei denen aber Hausbesuche erforderlich waren, und die 32 Patienten umfasst. Daneben legte der Kläger noch eine Liste von 42 Patienten vor, bei denen Notdienstbesuche anfielen.

Die Besuchsleistungen nach den Nrn.25, 26 und 32 BMÄ/E-GO gehören zu den Standardleistungen der Allgemeinmediziner/praktischen Ärzte, die mit dem Praxisbudget abgegolten werden, denn sie werden von einem Großteil der Ärzte dieser Arztgruppe ebenfalls erbracht, wenn auch in weit geringerer Häufigkeit als vom Kläger. In Kapitel A I Teil B Nr.4.2 ist ein bedarfsabhängiges Zusatzbudget auf besonderen Antrag nur für die Betreuung schwer kranker Patienten in beschützenden Einrichtungen vorgesehen. Der betreuende Arzt kann in diesen Fällen Leistungen nach der Nr.15 EBM unbudgetiert abrechnen. Leistungen nach der Nr.15 EBM hat der Kläger, obwohl er eine Bescheinigung des Caritas-Altenheimes in Oberhaching vorlegte, jedenfalls im Quartal 03/97 nicht abgerechnet. Eine vergleichbare Leistung stellt die Nr.14 EBM dar, mit der die kontinuierliche haus- oder nervenärztliche, psychiatrische oder neurologische Betreuung eines in der familiären bzw. häuslichen Umgebung versorgten Demenzkranken oder mehrfach behinderten Kindes oder Jugendlichen oder andauernd betreuungsbedürftigen, geistig Behinderten einschließlich Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en), einschließlich aller Koordinierungsmaßnahmen mit ggf. einbezogenen sozialen Diensten, einmal im Behandlungsfall vergütet wird. Die Nr.14 hat der Kläger im Quartal 03/97 dreimal abgerechnet. Auch diese Nummer wurde von der Hälfte der Ärzte in der Vergleichsgruppe des Klägers zur Abrechnung gebracht. Die vom Kläger sonst zur Abrechnung gebrachten Beratungs- und Betreuungsleistungen nach den Nrn.10, 11 und 17 EBM lassen nicht den Schluss zu, dass die vom Kläger durchgeführten Hausbesuche im Zusammenhang mit der Betreuung eines Patientenklentels erfolgte, das den in den Nrn.14 oder 15 EBM aufgeführten Kranken gleichkommt. Wie bereits dargelegt, muss es sich jedoch bei den Ausnahmetatbeständen, die eine Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach Kapitel A I Teil B Nr.4.3 des EBM rechtfertigen, um Tatbestände handeln, die mit den in Ziffer 4 der Vereinbarung genannten vergleichbar sind. Dass solche Ausnahmetatbestände vorliegen, lässt sich damit weder aus der Abrechnung des Klägers noch aus den von ihm vorgelegten Aufstellungen oder Stellungnahmen erkennen. Die kontinuierliche hausärztliche Betreuung eines in der Familie bzw. häuslicher Umgebung versorgten Demenzkranken, mehrfach behinderten Kindes oder Jugendlichen, andauernd betreuungsbedürftigen, geistig Behinderten stellt keinen Schwerpunkt der Praxistätigkeit des Klägers dar. Es bedeutet deshalb für den Kläger keine besondere, unzumutbare Härte, wenn die Leistungen nach den Nrn.25, 26 und 32 BMÄ/E-GO budgetiert werden. Beschränkt sich der Kläger wie die Gruppe der Allgemeinärzte auf die notwendigen Besuche, wird sich die Budgetierung in geringerem Maße auswirken. Die übrigen medizinisch notwendigen Besuche in Pflegeheimen und die häusliche Pflege können, worauf die Beklagte und das SG bereits zutreffend hingewiesen haben, von der Vielzahl der Allgemeinärzte und der hausärztlich tätigen Internisten im Planungsbereich Sendling durchgeführt werden. Allein die Bereitschaft des Klägers, in vermehrtem Umfang Hausbesuche durchzuführen, als dies die anderen niedergelassenen Allgemeinärzte in seinem Planungsbereich tun, rechtfertigt eine Erweiterung seines Praxisbudgets nicht. Jedenfalls ist nicht ersichtlich, dass dies zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs erforderlich wäre. Dies würde auch dem Ziel der Budgetierung, der medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung und dem damit einhergehenden Punktwertefall entgegenzuwirken, zuwiderlaufen.

Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 16. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 53/00 R](#), festgestellt, dass die ab 1. Juli 1997 geltenden Praxisbudgets im Gegensatz zu den zwischen dem 1. Juli 1996 und dem 30. Juni 1997 geltenden Teilbudgets als Dauerregelung eingeführt wurden. 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 langjährige gewachsene Praxisausrichtungen nicht nachhaltig gefährden (BSG, [SozR 3-2500 § 87 Nr.26 § 140](#)), könne deshalb auf die Regelung in Nr.4.3 a.a.O. EBM nicht übertragen werden. Vor allem schließe der mehrstufige Aufbau von allgemeinen Praxisbudget, qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets, bedarfsabhängigen Zusatzbudgets 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 könne.

Letztendlich hat der Kläger selbst auch eingeräumt, dass er inzwischen mit seinem Budget auskommt und die Anzahl seiner Hausbesuche reduziert hat. Es ist deshalb rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte in dem angefochtenen Bescheid vom 22. Januar 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Juli 1999 den Antrag des Klägers auf Erweiterung und/oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets abgelehnt hat.

Aus diesen Gründen ist die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG München vom 15. März 2000 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG](#) und beruht auf der Erwägung, dass die Beklagte im Berufungsverfahren obsiegt.

Gründe, die Revision nach [§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-27