

L 12 KA 117/00

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 32 KA 1115/98

Datum

05.07.2000

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 117/00

Datum

06.11.2002

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 5. Juli 2000 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte rechtsfehlerhaft die Anträge der Klägerin auf eine Erweiterung des Praxisbudgets gemäß Nr.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B des ab dem 3. Quartal 1997 geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgelehnt hat.

Die Klägerin ist als Allgemeinärztin seit 1. April 1979 in S. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 10. Juni 1997 Antrag auf Erweiterung des Praxisbudgets nach Nr.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM-Ä wegen vermehrter Hausbesuche (Nrn.25 und 26 EBM) im Hinblick auf ein spezifisches geriartrisches Patientenkontingent gestellt. Sie habe in den ersten beiden Quartalen des Jahres 1996 einen Anteil an Patienten mit dem Versichertenstatus R in Höhe von 49,7 % des Gesamtklientels gehabt. Daraus ergebe sich ein Leistungsbedarf nach den Nrn.25 und 26 EBM, der in den ersten beiden Quartalen des Jahres 1996 71 % betragen habe. Da sich nun die Fallpunktzahl für die Versichertengruppe der Rentner aus dem KV-spezifischen Durchschnittswert der gesamten Arztgruppe der Hausärzte ergebe, könne diese Fallpunktzahl für sie aus den genannten Gründen nicht zutreffen. Deshalb beantrage sie eine Erweiterung des Praxisbudgets um den gegenüber der Fachgruppe erhöhten Leistungsbedarf der Leistungen nach den Nrn.25 und 26 EBM. Möglicherweise könne auch gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I Nr.4.3 a.a.O. eine Herausnahme der Leistungen nach den Nrn.25 und 26 EBM erfolgen. Eine Kompensation der Hausbesuche innerhalb des Praxisbudgets sei nicht möglich, da mit der Betreuung des geriartrischen Patientenkontingents zugleich ein erhöhter Gesprächs- und Betreuungsaufwand nach den Nrn.10 und 11 EBM entstehe. Der Antrag der Klägerin wurde mit Bescheid der Beklagten vom 22. September 1997 abgelehnt. Dem Antrag könne nicht stattgegeben werden. Die Leistung sei Bestandteil des Praxisbudgets, ein Zusatzbudget sei für die beantragte Leistung nicht vorgesehen. Werde ein Arzt verstärkt in einem Leistungsbereich tätig, könne er andere ärztliche Leistungen nur in entsprechend geringerem Umfang erbringen.

Hiergegen hat die Klägerin mit Schreiben vom 30. September 1997 Widerspruch eingelegt.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 28. Mai 1998 den Widerspruch der Klägerin zurückgewiesen. 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. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns habe dazu im Einzelfall Kriterien festgelegt und beschlossen. Werde ein Arzt verstärkt in einem Leistungsbereich tätig, könne er andere ärztliche Leistungen nur in entsprechend geringerem Umfang erbringen. Das bedeute, würden Hausbesuche durchgeführt, könnten während dieser Zeit keine anderen Leistungen in der Praxis erbracht werden. Somit müsse das insgesamt zur Verfügung stehende Budget grundsätzlich nicht geändert werden. Besuchsleistungen gehörten zum normalen Leistungsspektrum der Fachgruppe der Klägerin, selbst wenn diese außerhalb der Sprechstundenzeiten durchgeführt würden. Bei der Berechnung der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen des Praxisbudgets würden auch diese Leistungen miteinbezogen, insbesondere werde bei den Rentnern der erhöhte Leistungsbedarf durch die höheren Fallpunktzahlen berücksichtigt.

Hiergegen richtet sich die Klage vom 3. Juli 1998 zum Sozialgericht München (Az.: [S 32 KA 1115/98](#)), die in der Folge nicht begründet wurde.

Die Klägerin hat mit Formularschreiben vom 30. Juni 1997 Antrag auf Erweiterung bzw. Aussetzung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gemäß Nr.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM gestellt, da die Behandlung onkologischer Erkrankungen einen Schwerpunkt der Praxis darstelle.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 5. September 1997 den Antrag abgelehnt. Ein Schwerpunkt der Praxistätigkeit liege dann vor, wenn die Genehmigung für die intravasale Polychemotherapie gemäß § 3 Abs.1 Nr.4.1 der Onkologie-Vereinbarung mit den Ersatzkassen erteilt worden sei, was bei der Klägerin nicht zutrefte.

Hiergegen hat die Klägerin mit Schreiben vom 30. September 1997 Widerspruch eingelegt. Sie habe in ihrer Praxis bisher eine große Anzahl von Krebs-Patienten behandelt. Diese Behandlung erfolge ambulant mit ständigem telefonischem Kontakt zu mehreren onkologischen Zentren. Die Chemotherapie werde ebenso ambulant von ihr durchgeführt.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 25. Juni 1998 den Widerspruch zurückgewiesen. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I B Nr.4.3 des EBM-Ä 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 darstellen. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns habe dazu im Einzelfall Kriterien festgelegt und beschlossen. Bei der Betreuung von onkologischen Erkrankungen werde eine Genehmigung oder Aussetzung des Praxisbudgets dann gewährt, wenn die Genehmigung für die intravasale Polychemotherapie (Nr.8655 EK) gemäß § 3 Abs.1 Nr.4.1 der Onkologie-Vereinbarung mit den Ersatzkassen erteilt worden sei. Damit werde den Ärzten Rechnung getragen, die besondere Voraussetzungen zu erfüllen hätten. Die Genehmigung für die intravasale Polychemotherapie (Nr.8655 EK) gemäß § 3 Abs.1 Nr.4.1 der Onkologie-Vereinbarung mit den Ersatzkassen sei der Klägerin nicht erteilt worden. Die geltend gemachte Betreuung von Onkologie-Patienten außerhalb der oben genannten Qualifikation könne demgemäß nicht berücksichtigt werden.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 27. Juli 1997 (S 32 KA 1266/98), die in der Folge nicht näher begründet wurde.

Zwei Termine zur mündlichen Verhandlung wurden wegen Erkrankung der Klägerin aufgehoben. Ein dritter Verhandlungstermin vom 5. Juli 2000 wurde trotz Vorlage von Attesten, die Krankheiten von Klägerin und Klägervertreter bezeugen, nicht mehr abgesetzt. Der Klägerbevollmächtigte hat am Tag der mündlichen Verhandlung die Prozessvertretung niedergelegt.

Das Sozialgericht hat in der mündlichen Verhandlung vom 5. Juli 2000 die beiden Streitigkeiten mit den Az.: [S 32 KA 1115/98](#) und S 32 KA 1266/98 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 5. Juli 2000 beide Klagen abgewiesen.

Das SG begründet zunächst eingehend, warum im vorliegenden Fall eine weitere Vertagung des Rechtsstreits nicht mehr notwendig war. Im Übrigen schloss sich die Kammer unter Hinweis auf [§ 136 Abs.3 SGG](#) in der Sache selbst den wohlbegründeten Widerspruchsbescheiden der Beklagten an. Zur vollen Überzeugung der Kammer seien die "Besonderheiten" der Klägerin entweder bereits durch Zusatzbudgets berücksichtigt worden (Phlebologie) bzw. zu Recht die beantragte Erweiterung von der Beklagten abgelehnt worden. Einer übermäßigen Beanspruchung durch Patienten könne der Arzt dadurch begegnen, dass er unter Hinweis auf die durch eine übermäßige Inanspruchnahme erfolgende Qualitätseinbuße Leistungen verweigere (von Notfällen abgesehen) bzw. dass durch eine übermäßige Ausdehnung die Praxisqualität sinken müsste. Die Budgets seien so definiert und festgesetzt, dass noch jeweils in einer Arztgruppe qualitätsbezogene Leistungen angeboten werden könnten. Für die Kammer stehe nach Einblick in die Unterlagen fest, dass die Klägerin kaum Krebspatienten habe und dass sie weder nach dem alten noch nach dem neuen EBM eine onkologische Genehmigung habe. Während sie im ersten Quartal 1996 noch 738 Patienten betreut habe, betrage die Fallzahl jetzt 650 Patienten, die Rentneranzahl betrage nur 328. Zwar habe sie im ersten Quartal 2000 mehr Rentner als die Fachgruppe (50 % mehr), die Rentner würden aber ohnehin automatisch mit einer höheren Punktzahl nach dem EBM bewertet als in früheren Quartalen (518 Punkte).

Bei den Rentnern seien nun 1.401,5 Punkte vorgesehen. Bezüglich der Nr.25 BMÄ-/E-GO habe die Klägerin nur marginal mehr Fälle abgerechnet als die Fachgruppe. Die Kammer sei jedenfalls überzeugt, dass bei der Klägerin kein Schwerpunkt in der Krebsbehandlung vorliege. Hierzu müsse berücksichtigt werden, dass die Onkologie-Vereinbarung nur diejenigen onkologisch tätigen Ärzte stützen wolle, die die erforderlichen Praxisinstrumente und Einrichtungen vorhalten, um die Patienten richtig zu behandeln, was bei der Klägerin gerade nicht der Fall sei. Sie habe nach all dem kaum Krebspatienten. Sie würde auch die Nr.865 BMÄ/E-GO nicht abrechnen. Auch die Diagnosen würden keinen Schwerpunkt onkologischer Fälle zeigen. Sie könne auch ohne Genehmigung die Nrn.63, 278 und 279 EBM abrechnen. Diese fänden sich bei der Klägerin jedoch nicht, obwohl es sich auch hierbei um rein onkologische Nummern handele, wenn auch nur im weiteren Sinne. Darüber hinaus werde die Nr.3495 EBM von der Klägerin im 4. Quartal 1996 nur einmal, im Quartal 2/97 zweimal und in den Quartalen 3 und 4/97 je dreimal abgerechnet, woraus der Schluss möglich sei, dass onkologische Fälle kaum abgerechnet würden.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin zum Bayerischen Landessozialgericht vom 10. November 2000, die in der Folge nicht begründet wurde. Der Klägervertreter hat zunächst auf zwei Mahnungen seitens des Senats zur Vorlage der Berufungsbegründung nicht reagiert, auf die danach gesetzten Fristen zur Vorlage der Berufungsbegründung ist jeweils am letzten Tag der gesetzten Frist ein Antrag auf Verlängerung der Frist zur Vorlage der Berufungsbegründung mit wechselnden Begründungen eingegangen. Zum Termin zur mündlichen Verhandlung am 6. November 2002 ist weder die Klägerin noch der Prozessbevollmächtigte erschienen. Beide haben ihr Nichterscheinen entschuldigt.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Klageakten mit dem Az.: [S 32 KA 1115/98](#) und S 32 KA 1266/98 sowie die Akte des Bayerischen Landessozialgerichts [L 12 KA 117/00](#) zur Entscheidung vor, auf deren weiteren Inhalt zur Ergänzung des Sachverhalts Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG - statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist unbegründet. Die Bescheide der Beklagten vom 22. September 1997 und 5. September 1997 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 28. Mai 1998 bzw. 25. Juni 1998, mit denen eine Erweiterung der Zusatzbudgets bzw. des Praxisbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I B 4.3 EBM abgelehnt wurde, sind rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat deshalb im Ergebnis zu Recht mit dem angefochtenen Urteil vom 5. Juli 2000 die dagegen erhobenen kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklagen abgewiesen.

Es kann vorliegend dahingestellt bleiben, ob das Urteil des Sozialgerichts München vom 5. Juli 2000 an einem wesentlichen Mangel im Sinne von [§ 159 Abs.1 Nr.2 SGG](#) leidet, weil das SG entgegen den seinerzeit vorgelegten Attesten die Streitsache nicht vertagt hat. Soweit die Streitsache vertagt hätte werden müssen, würde darin ein Verstoß gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs ([§ 62 SGG](#), Ar.103 Abs.1 GG) liegen. Auch bei angenommenen Verfahrensverstößen liegt aber kein Grund vor, das Urteil des SG vom 5. Juli 2000 aufzuheben und die Streitsache nach [§ 159 Abs.1 SGG](#) an das SG zurückzuverweisen. Der Senat hat bei der Ermessensentscheidung ("kann") gemäß [§ 159 Abs.1 SGG](#) vor allem eine Abwägung zwischen den Interessen der Beteiligten an einer Sachentscheidung und dem Grundsatz der Prozessökonomie einerseits und dem Verlust einer Instanz andererseits vorzunehmen. Dabei ist im Hinblick auf den Charakter des [§ 159 Abs.1 SGG](#) als Ausnahmenvorschrift von der Möglichkeit der Zurückweisung zurückhaltend Gebrauch zu machen. Hier überwiegen eindeutig prozessökonomische Gründe, die einer Zurückverweisung entgegenstehen. Hierbei ist vor allem zu berücksichtigen, dass der vorliegende Rechtsstreit bereits jetzt zur Entscheidung reif ist. In diesem Fall muss die Zurückverweisung auf Ausnahmefälle, bei denen gravierende Verfahrensmängel vorliegen, die vom Senat nicht ohne Schwierigkeiten beseitigt werden können, beschränkt bleiben (vgl. hierzu zuletzt Urteil des Senats vom 15. März 2000, L 12 KA 27/99 mit weiteren Nachweisen). Dies ist vorliegend nach Auffassung des Senats nicht der Fall.

Gegen das mit Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997 in den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM Ä auf der Grundlage des [§ 87 Abs.2 Satz 1](#) i.V.m. Abs.2 a Satz 1, 2 und 8 SGB V (i.d.F. des zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997-BGBl I S.1520) zum 1. Juli 1997 eingeführtes System der Praxis- und Zusatzbudgets (Deutsche Ärzteblatt 1997, A-864 ff. = C-654 ff.) bestehen keine rechtlichen Bedenken. (vgl. hierzu Urteil des Bundessozialgerichts vom 8. März 2000 = [SozR 3-2500 § 87 Nr.23](#) S 118 ff. und vom 16. Mai 2001, BSG, [SozR 3-2500 § 87 Nr.30](#) S.160 ff., BSG SozR 3-2500, § 87 Nr.31, S.174 ff. und zuletzt BSG, Urteil vom 15. Mai 2002, [B 6 KA 33/01 R](#)). Danach unterliegen die im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal, u.a. für die Gruppe der Allgemeinärzte, der die Klägerin angehört, einer fallzahlabhängigen Budgetierung (allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr.1 i.V.m. Nr.1.5 EBM-Ä). Die von den Budgets umfassten Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig, deren Höhe sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl (im Einzelnen Nr.1.5 EBM-Ä) und der Zahl der Fälle (Nr.1.4) ergibt (Nr.1 Sätze 2 und 3). Rechtsgrundlage für die Einführung von Praxisbudgets ist [§ 87 Abs.2 Satz 1](#) i.V.m. Abs.2a Satz 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.d.F. 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 a.a.O.). Die im EBM-Ä aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen (Abs.2a Satz 1 a.a.O.). Nach Abs.2a Satz 2 a.a.O. können, soweit dies 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 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 2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 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.

Die auf [§ 87 Abs.2 Satz 1](#) i.V.m. Abs.2a Satz 1, 2 und 8 SGB V beruhenden Regelungen des EBM-Ä verfolgen das Ziel, die Auswirkungen des in den Vorjahren eingetretenen nachhaltigen Punktwertverfalls zu begrenzen, der auch durch die zum 1. Januar 1996 erfolgten Änderungen (Pauschalierungen durch Komplexgebühren, Ordinationsgebühren, Verbesserung der hausärztlichen Vergütung) und durch die zum 1. Juli 1996 geschaffenen Neuregelungen des EBM-Ä (vorübergehende arztgruppenbezogene Teilbudgets als Zwischenlösung) nicht gestoppt werden konnte. Damit soll den Vertragsärzten in Zeiten globaler Ausgabenbudgets der Krankenkassen und ihrer Auswirkungen auf die Höhe der Gesamtvergütung wieder eine größere Kalkulationssicherheit gegeben werden, indem durch Umgestaltung der Bewertungskriterien der Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge eingeschränkt wird. Dieses Ziel hat der Bewertungsausschuss in Einklang mit der durch [Art.12 Abs.1 GG](#) geschützten ärztlichen Berufsausübungsfreiheit umgesetzt, weil die Einführung der Praxisbudgets auf vernünftigen und wichtigen Erwägungen des Allgemeinwohls beruhte. Die Notwendigkeit, einheitlich für das Bundesgebiet geltende Regelungen zu schaffen, rechtfertigt eine Regelung im EBM-Ä. Den mit derart typisierenden und generalisierenden Regelungen zum Praxisbudget einhergehenden Verwerfungen und Härten ist der Bewertungsausschuss mit den im vorliegenden Rechtsstreit inhaltlich streitigen (flexiblen) Regelungen über die Festlegung der Zusatzbudgets in Nr.4.2 und 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM-Ä in grundsätzlich unbedenklicher Weise entgegengetreten.

Das Klagebegehren der Klägerin könnte allenfalls auf der Grundlage der Nr.4.3 des Buchstaben A I der Allgemeinen Bestimmungen Teil B des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erfolgreich sein.

Nach dieser Regelung 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 entschieden (vgl. etwa Urteile vom 10. April 2002, [L 12 KA 53/00](#) und vom 10. Oktober 2001, [L 12 KA 87/00](#)), dass die tatbestandlichen Voraussetzungen zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß Ziff.4.3 a.a.O. als Ausnahmenvorschrift

eng auszulegen sind und zwar ihrem Sinn und Zweck entsprechend als Härtefallreglung (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, B 6 KA /00 R = SozR 3-2500 [§ 87 SGB V](#) Nr.31).

Die Partner der Bundesmantelverträge haben diese Regelung des EBM in Ziff.4 der Vereinbarung zur Einführung des Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (vgl. Deutsches Ärzteblatt 1997, A 403) dahingehend ausgelegt, dass die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen kann, wenn nachfolgend genannte Krankheitsfälle oder spezifischen Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellen: Betreuung von HIV-Patienten, onkologische Erkrankungen; Diabetes; Mucoviszidose; Schmerztherapie (Teilnehmer an der Schmerztherapie-Vereinbarung); kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen; erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil.

Aus der Wortwahl ergibt sich, dass die Aufzählung in Ziff.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 für bestimmte spezifische 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 bei den weiteren Ausnahmetatbeständen, die eine Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach Kap. A I Teil B Ziff.4.3 des EBM rechtfertigen, um Tatbestände handeln, die mit den in Ziff.4 der Vereinbarung genannten vergleichbar sind. Nach dem Wortlauf 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 Ziffern 4.1 und 4.2 a.a.O. und die in der Vereinbarung genannten Beispielfälle noch nicht berücksichtigt ist. Indizien für das Vorliegen des Tatbestandsmerkmals der Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs im Sinne der Ziff.4.3.a.a.O. EBM-Ä sind eine nachhaltig von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung, ein besonderer Behandlungsschwerpunkt bzw. die Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus dem Teilbereich eines Fachgebietes (vgl. hierzu Urteil des BSG vom 16. Mai 2001 = [SozR 3-2500 § 87 Nr.31](#), S.178 und Beschluss des BSG vom 2. Juli 2002, Az.: B 6 KA 104/01 B).

Wendet man diese Grundsätze auf den vorliegenden Fall an, so sind die ablehnenden Entscheidungen der Beklagten nicht zu beanstanden.

Was den Vortrag der Klägerin hinsichtlich überdurchschnittlich häufiger onkologischer Erkrankungen betrifft, hat der Senat bereits entschieden, dass das von der Beklagten angewandte Kriterium der Erteilung einer Genehmigung zur Inanspruchnahme der Kostenerstattung für die intravasale Polychemotherapie (Nr.8655 E-GO) gemäß § 3 Abs.1 Nr.4.1 der ab 1. Juli 1995 geltenden Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung (Onkologie-Vereinbarung = Anl.7 zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag) in der Regel ein geeignetes Indiz ist, die Erfüllung der tatbestandlichen Voraussetzung ("besonderer Versorgungsbedarf") festzustellen (vgl. Urteil des Senats vom 7. Februar 2001, Az.: [L 12 KA 60/99](#)). Anders als der Kläger im dortigen Rechtsstreit, der als onkologisch verantwortlicher Arzt die Abrechnungsgenehmigung für die Nrn.8650, 8651 E-GO sowie 8652 bis 8654 E-GO hatte, und dem nur die Genehmigung für die Nr.8655 E-GO fehlte, ist die Klägerin nicht onkologisch verantwortliche Ärztin im Sinne der Onkologie-Vereinbarung und hat damit schon nicht die Genehmigung zur Abrechnung der Nrn.8650, 8651, 8652, 8653, 8654 und insbesondere der Nr.8655 E-GO.

Vor diesem Hintergrund ist nicht erkennbar, dass die Praxis der Klägerin hinsichtlich der Behandlung onkologischer Erkrankungen eine nachhaltig von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt oder die Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus dem Teilbereich eines Fachgebietes aufweist.

Für eine solche Feststellung wäre neben dem entsprechenden Umfang onkologischer Krankheitsfälle in qualitativer Hinsicht der Nachweis eines umfassenden onkologischen Leistungsspektrums notwendig. Ein solcher Nachweis wird nach den vom Senat gebilligten Kriterien der Beklagten nicht bereits dadurch erbracht, dass ein Arzt als onkologisch verantwortlicher Arzt anerkannt ist, sondern erst dadurch, dass er eine Genehmigung zur Inanspruchnahme der Kostenerstattung für die intravasale zytostatische Chemotherapie bei malignen hämatologischen Systemerkrankungen gemäß § 3 Abs.1 Nr.4.1 der Onkologie-Vereinbarung besitzt. § 3 Abs.1 der Onkologie-Vereinbarung regelt den Umfang der onkologischen Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei Ersatzkassenpatienten. Danach umfasst die Behandlung krebserkrankter Patienten verschiedene Maßnahmen, wozu auch die Durchführung der Tumortherapie mittels intravasaler (intravenös/intraarteriell) zytostatischer Chemotherapie bei malignen hämatologischen Systemerkrankungen, abrechenbar nach der Nr.8655 E-GO gehört. Nach § 9 Abs.1 der Onkologie-Vereinbarung erhält die Genehmigung zur Inanspruchnahme der Kostenerstattung nach der Nr.8655 E-GO nicht bereits der Arzt, der gemäß den §§ 2 Abs.4, 4 Abs.1 der Onkologie-Vereinbarung als onkologisch verantwortlicher Arzt anerkannt ist, sondern nur derjenige, der einen darüber hinausgehenden Nachweis einer besonderen fachlichen Befähigung, speziell eingerichteter Behandlungsplätze und der Beschäftigung besonders qualifizierten Personals gemäß den §§ 2 Abs.5 bzw. Abs.7, 4 Abs.2 der Onkologie-Vereinbarung führt. Nur bei der letztgenannten Gruppe kann von einer onkologischen Schwerpunktpraxis mit umfassendem onkologischen Tätigkeitsfeld ausgegangen werden. Zu dieser Gruppe gehört die Klägerin, die nicht nur keine Genehmigung zur Abrechnung der Nr.8.655 E-GO besitzt, sondern auch nicht onkologisch verantwortliche Ärztin ist und auch nicht zur Abrechnung der Nr.8650 bis 8654 E-GO berechtigt ist, nicht.

Es haben sich im vorliegenden Fall im Rahmen des Klage- und Berufungsverfahrens keine weiteren Anhaltspunkte dafür ergeben, dass das Abstellen auf die Genehmigung für die intravasale Polychemotherapie (Nr.8655 E-GO) bei der Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts ausnahmsweise rechtsfehlerhaft ist. Die Klägerin beschränkte ihr Vorbringen im Verwaltungsverfahren im Wesentlichen darauf, dass sie eine große Anzahl von Krebspatientin behandle. Der Senat ist diesem Vorbringen nachgegangen und hat zum einen beispielhaft die Behandlungsunterlagen im Quartal 4/2000, zum anderen die Gesamtübersichten und die Häufigkeitsstatistiken der Quartale 3/97 bis 2/02 durchgesehen. Der mit zwei Ärzten (Allgemeinärzte wie die Klägerin) fachkundig besetzte Senat konnte zwar - hinsichtlich des durchgesehenen Quartals 4/2000 - feststellen, dass bei der Klägerin Patienten mit onkologischen Erkrankungen in Behandlung stehen, aus den Häufigkeitsstatistiken der Jahre 3/97 bis 2/02 war aber kein spezifisches onkologisches Leistungsspektrum erkennbar. Abgesehen von den Nrn.8650 bis 8655 E-GO, für deren Abrechnung die Klägerin ohnehin keine Genehmigung besitzt, hat das Sozialgericht bereits zu Recht darauf hingewiesen, dass bei der Klägerin die Abrechnung der Nrn.278 BMÄ/E-GO (Infusion u.a. von Zytostatika von mehr als 90 Minuten Dauer oder Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika), 279 BMÄ/E-GO (Infusion u.a. von

Zytostatika von mehr als sechs Stunden Dauer) keine Bedeutung hat (in den Quartalen 3/97 bis 2.02 wird lediglich einmal im Quartal IV/ 99 die Nr.278 BMÄ/E-GO abgerechnet).

Auch die Kennziffer 3495 (Behandlung von Erkrankungen unter systematischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie) kommt jeweils nur in geringer Anzahl vor (Quartal 3/97: 3 x; 4/97: 3 x; 1/98: 4 x; 2/98: 2 x; 3/98: 2 x; 4/98: 5 x; 1/99: 2 x; 2/99: 2 x; 3/99: 5 x; 4/99: 4 x; 1/2000: 4 x;; 2/2002: 5 x; 3/2000: 10 x; 4/2000: 14 x; 1/2001: 12 x; 2/2001:11 x; 3/2001: 13 x; 4/2001: 9 x; 1/2002: 9 x; 2/2002: 9 x).

Die Voraussetzungen für eine Erweiterung des Praxisbudgets der Klägerin wegen der Behandlung onkologischer Erkrankungen liegen nach alledem nicht vor.

Hinsichtlich des Antrages der Klägerin auf Erweiterung des Praxisbudgets um den gegenüber der Fachgruppe erhöhten Leistungsbedarf nach den Nrn.25 und 26 BMÄ/E-GO wegen ihres spezifischen geriatrischen Patientenlientels (hoher Anteil von Patienten mit dem Versichertenstatus R) ist darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung des Senats die Besuchsleistungen nach den Nrn.25 und 26 BMÄ/E-GO Standardleistungen der Allgemeinärzte/ Praktischen Ärzte sind, die mit dem Praxisbudget abgegolten werden, denn sie werden nahezu von allen Ärzten der Vergleichsgruppe ebenfalls erbracht (in den Quartalen 3/97 bis 2/02 wurde die Nr.25 BMÄ/E-GO von 94 % bis 100 % in der Vergleichsgruppe und die Nr.26 BMÄ/E-GO von 91 % bis 99 % in der Vergleichsgruppe ebenfalls erbracht und abgerechnet). Soweit die Klägerin auf einen hohen Anteil von Patienten mit dem Versichertenstatus R (Rentner) hinweist, ist hierzu festzustellen, dass gerade bei den Allgemeinärzten/Praktischen Ärzten dem erhöhten Leistungsbedarf bei Rentnern durch eine entsprechend höhere Fallpunktzahl Rechnung getragen wird. Der Klägerin ist zwar darin Recht zu geben, dass sie über die Quartale 3/97 bis 2/02 bei zurückgehender, deutlich unterdurchschnittlicher Gesamtfallzahl einen gegenüber der Vergleichsgruppe deutlich erhöhten Rentneranteil aufweist. Die Klägerin hat im Rahmen des Verwaltungs- und Gerichtsverfahrens aber nicht dargelegt, dass sie insbesondere im Rahmen der Behandlung von Rentnern ein besonderes Patientenlientel behandelt mit einem erhöhten Leistungsaufwand bei den Besuchen nach den Ziff.25, 26 BMÄ/E-GO, der über die für die Behandlung von Rentnern gewährte deutlich höhere Fallpunktzahl noch hinausgeht. Dies ist für den Senat auch aus den beigezogenen Unterlagen nicht zu erkennen. So spielt z.B. die Abrechnung der Nr.15 BMÄ/E-GO (kontinuierliche haus- oder nervenärztliche, psychiatrische oder neurologische Betreuung eines Kranken entsprechend der Leistung nach der Nr.14 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal, einmal in Behandlungsfall), die den Leistungsinhalt der in der Auslegung der Partner der Bundesmantelverträge in der "Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" (vgl. BÄ 1997, A 403 f) ausdrücklich genannten Beispielsfalles der "kontinuierlichen Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen" beschreibt und für die die Gewährung eines bedarfsabhängigen Zusatzbudgets möglich ist, bei der Klägerin keine ins Gewicht fallende Bedeutung. (Quartal 3/97: 1 x; 4/97: nicht; 1/98: nicht; 2/98: nicht; 3/98: 1 x; 4/98: nicht; 1/99: 1 x; 2/99: 8 x; 3/99: 5 x; 4/99: 6 x; 1/00: 7 x; 2/00: 4 x; 3/00: 2 x; 4/00: 11 x; 1/01: 7 x; 2/01: 8 x; 3/01: 2 x; 4/01: 4 x; 1/02: 14 x; 2/02: nicht). Insbesondere hat die Klägerin hierzu - soweit ersichtlich - keinen Antrag auf Gewährung eines Zusatzbudgets gestellt. Nach alledem liegen auch die Voraussetzungen für die Erweiterung des Praxisbudgets hinsichtlich der Besuchsleistungen nach den Nrn.25 und 26 BMÄ/E-GO nicht vor.

Die Berufung der Klägerin ist deshalb insgesamt zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-25