

L 12 KA 53/00

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 21 KA 1196/98

Datum

01.03.2000

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 53/00

Datum

10.04.2002

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 1. März 2000 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger haben der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die weitere Erhöhung der Zusatzbudgets "Sonographische Gefäßuntersuchungen" und "Proktologie".

Die Kläger sind als Hautärzte mit den Zusatzbezeichnungen "Allergologie"(Klägerin zu 2.) und "Phlebologie" (Kläger zu 1.) in M. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie waren bis ins Jahr 2001 in Gemeinschaftspraxis tätig und sind nunmehr in Einzelpraxen niedergelassen.

Mit Schriftsätzen vom 6. Januar 1997, 14. Februar 1997, 14. März 1997, 6. Mai 1997, 16. Mai 1997 und 20. Juni 1997 haben die Kläger u.a. Antrag auf Erweiterung oder Aussetzung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" und "Proktologie" zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B 4.3 EBM gestellt.

Mit Bescheid vom 23. Juli 1997 hat die Beklagte ab dem Abrechnungsquartal III/97 den Klägern die bedarfsabhängigen Zusatzbudgets "Proktologie und Dermatologische Lasertherapie" zuerkannt.

Das qualifikationsgebundene Zusatzbudget "sonographische Gefäßuntersuchungen" für Hautärzte nach der Nr.4.1 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B des EBM wurde den Klägern ohne Antrag und ohne gesonderten Bescheid zuerkannt.

Mit Schreiben vom 28. Juli 1997 haben die Kläger gegen den Bescheid vom 23. Juli 1997 hinsichtlich des Zusatzbudgets "Proktologie" Widerspruch eingelegt und bzgl. der Proktologie die Aussetzung des Budgets oder einen höheren Punktwert beantragt.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 20. November 1997 dem Antrag der Kläger insoweit stattgegeben, als in Anwendung der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B.4.3 des EBM die Fallpunktzahl des Zusatzbudgets "Proktologie" auf 35,08 Punkte und des Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" auf 54,28 Punkte erhöht wurde.

Hiergegen haben die Kläger mit Schreiben vom 23. November 1997 Widerspruch eingelegt. Für die Sicherstellung des besonderen Versorgungsbedarfs der Praxis seien die zugeteilten Zusatzbudgets "Proktologie" und "sonographische Gefäßuntersuchungen" nicht ausreichend. Es werde um Mitteilung gebeten, welche anderen Praxen der KV Bayerns mit welchen vergleichbaren Qualifikationen zur Berechnung der Untergruppe der Ärzte mit überdurchschnittlichem Punktwert aus Leistungen des Zusatzbudgets herangezogen worden seien. Das zugeteilte Zusatzbudget für sonographische Gefäßuntersuchungen reiche nur noch für die eigenen phlebologischen Patienten. Im Bereich der KV Bayerns vergleichbar qualifizierte Ärzte hätten deutlich höhere Praxisbudgets erhalten. Für die Ungleichbehandlung werde um eine Begründung gebeten. Mit Schreiben vom 15. Dezember 1997 haben die Kläger den Widerspruch weiter begründet. Als Prüfarzt für Phlebologie der Landesärztekammer Bayerns und als Mitglied des Fachberatergremiums Phlebologie der Bayerischen Landesärztekammer sei dem Kläger zu 1) bekannt, dass es in Bayerns höchstens zwei bis drei Dermatologen gebe, die in ihrer Praxis Farbduplexsonographie durchführen dürften. Das erhöhte Zusatzbudget des Kollegen Dr.B. in W. sei der KV bekannt. Die Berechnung des Budgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" sei statistisch falsch. In den zusammengefassten 52 Praxen fielen nur die Ziff.671 EBM mit 200 Punkten an, bei 14 Praxen häufiger, beim Rest (38 Praxen) selten. Die übrigen 4 EBM-Ziffern würden nur von ihm erbracht mit einer Gesamtpunktzahl von

maximal 1.350 Punkten. Es würden also Ärzte verglichen, die völlig unterschiedliche Qualifikationen nach [§ 135 Abs.1](#) und [2 SGB V](#) hätten. Es sei auch nicht berücksichtigt, dass die Duplexsonographie wesentlich höhere Unkosten verursache. Der Überweisungsanteil betrage für die Duplex-Sonographie 36 %. Auch die statistische Berechnung des Zusatzbudgets für Proktologie sei fehlerhaft, da sie die einzigen Hautärzte in Bayern seien, die qualifizierte Mitglieder des Berufsverbandes der Proktologen seien. Sie hätten das gleiche Spektrum wie Dr.B. in W. , würden zusätzlich aber die Ziff.373 EBM (500 Punkte) durchführen, die wegen der Nachblutungsgefahr eine besonders intensive Patientenbetreuung erfordere.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 17. Februar 1998 den erweiterten Antrag der Kläger gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I B 4.3 des EBM vom 23. November 1997 und 15. Dezember 1997 abgelehnt, da keine Sicherstellungsgründe erkennbar seien.

Auch hiergegen haben die Kläger mit Schreiben vom 18. Februar 1998 Widerspruch eingelegt, der lt. einem Aktenvermerk nach einem Telefonat des Klägers zu 1) mit Herrn S. von der Beklagten für erledigt erklärt wurde.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 25. Juni 1998 den Widerspruch insgesamt 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. Da sowohl die Leistungen der "Proktologie" als auch der "sonographischen Gefäßuntersuchungen" eine persönliche Leistungserbringung erforderten, könnten während dieser Zeit keine anderen Leistungen erbracht werden. Somit müsse das insgesamt zur Verfügung stehende Budget grundsätzlich nicht geändert werden, da die regelrechte Versorgung mit dem bestehenden Zusatzbudget geleistet werden könne. Abweichend von der Vorgabe einer für alle berechtigten Ärzte einer Arztgruppe einheitlichen Fallpunktzahl könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen nach der Nr.3 der Anlage 4 des EBM eine Differenzierung in 2 Fallpunktzahlen vornehmen. Dieser Differenzierung sei die von der Beklagten eingesetzte EBM-Kommission im Fall der Kläger in einer Einzelfallentscheidung am 4. November 1997 nachgekommen. Die EBM-Kommission habe nach pflichtgemäßen Ermessen sowohl die Argumente der Kläger aus den Anträgen (14. Februar 1997, 14. März 1997, 6. Mai 1997, 16. Mai 1997, 1. Juni 1997 und 20. Juni 1997) als auch die aus dem Widerspruchsschreiben vom 28. Juli 1997 gewürdigt und in die Entscheidung einbezogen. Die EBM-Kommission habe zu Gunsten der Kläger berücksichtigt, dass die proktologischen Leistungen einen Schwerpunkt der Praxistätigkeit bildeten (im Sinne der "Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997"), die Kläger die einzigen Hautärzte in ihrem Zulassungsbereich seien, die spezielle Leistungen aus dem Bereich der sonographischen Gefäßuntersuchungen erbringen und Überweisungen zu diesen Leistungen erhalten würden. Obwohl im Zulassungsgebiet der Kläger kein quantitativer Versorgungsbedarf vorliege, da die angesprochenen Leistungen durch andere niedergelassene Ärzte häufig erbracht würden und der Anteil der oben angesprochenen Überweisungen an der Gesamtfallzahl der Praxis nicht über der vom Vorstand der Beklagten festgelegten Mindestgrenze liege (der Überweisungsanteil müsse mindestens 50 % über dem Arztgruppendurchschnitt liegen), sei den Klägern eine Erhöhung der Fallpunktzahlen für die Zusatzbudgets "Proktologie" und "sonographische Gefäßuntersuchungen" zuerkannt worden. Gemäß der Nr.3 Abs.2 der Anlage 4 EBM sei die Berechnung durchgeführt und ordnungsgemäß im Bescheid vom 20. November 1997 umgesetzt worden. Einer nochmaligen Erhöhung der Fallpunktzahlen habe aus den angegebenen Gründen nicht entsprochen werden können.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 7. Juli 1998. Der Kläger zu 1) sei der einzige Dermatologe in M. , der seit Ende des Jahres 1987 farbcodierte Duplex-gefäßsonographische Untersuchungen durchführe (EBM/Nrn. 668, 672, 682, 689). Ebenfalls als einzige Dermatologen machten die Kläger auf dem Gebiet der Proktologie seit 1987/1991 die Gummibandligatur und die partielle Koloskopie (EBM-Nrn. 373, 760). In ganz Bayern gebe es außer der Praxis der Kläger nur eine oder zwei weitere Hautarztpraxen, die die farbcodierte Duplex-Sonographie durchführten. Mit den geringen Zusatzbudgets könnten die Kläger ihre qualifikationsgebundene Praxis nicht mehr gewinnbringend führen. Sie hätten höhere Praxiskosten als z.B. die Hautärzte, die keine sonographischen Gefäßuntersuchungen durchführten oder nur den bidirektionalen Doppler hätten.

Die Kläger seien hinsichtlich des Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" mit anderen Hautarztpraxen verglichen worden, die sonographische Gefäßuntersuchungen machten. In allen Vergleichspraxen werde nur der bidirektionale Doppler mit 200 Punkten abgerechnet. Die Gefäßchirurgen hätten ein Zusatzbudget "sonographische Gefäßuntersuchungen" von 386,16 Punkten /Fall. Weshalb für dieselbe Leistung den Gefäßchirurgen 7-mal so viele Punkte zugestanden würden, sei nicht ersichtlich. Die Zuerkennung eines unterschiedlich hohen Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" je nachdem, ob ein Gefäßchirurg die Leistungen erbringe oder aber der Kläger zu 1) als Dermatologe, sei sachlich durch nichts gerechtfertigt. Die Beklagte hätte, um diese Ungleichbehandlung auszugleichen, eine Untergruppe bei den Dermatologen bilden müssen, die die besondere Qualifikation der Kläger berücksichtige. Hinsichtlich des Zusatzbudgets "Proktologie" gelte dasselbe. Außer den Klägern mache kein Dermatologe die Gummibandligatur und die partielle Koloskopie (EBM-Nrn.373, 760). Auch insoweit würden die Kläger mit Dermatologen verglichen, die diese speziellen Leistungen, die höher bewertet seien, weil sie besonders aufwendig und nebenwirkungsreich seien, nicht erbringen. Offenbar würden die Chirurgen diese Leistungen häufiger erbringen. Sie hätten ein Zusatzbudget von 54,06 Punkten gegenüber den Klägern von 35,08. Auch insoweit liege ein Verstoß gegen [Art.3 Abs.1 GG](#) vor, weil für dieselbe Leistung unterschiedlich hohe Zusatzbudgets vergeben würden. Die verschiedene Facharztqualifikation sei kein sachlicher Differenzierungsgrund, weil sowohl die Chirurgen, wie auch die Dermatologen die Leistungen nach der Weiterbildungsordnung und ihren Richtlinien erbringen dürften. In anderen Bundesländern hätten die örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen den Verstoß gegen [Art.3 Abs.1 GG](#) erkannt und berücksichtigt (Hinweis auf Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein, Thüringen und Südbaden). Es hätte insbesondere auch bzgl. der Duplex-sonographischen Gefäßuntersuchungen ein quantitativer Versorgungsbedarf bejaht werden müssen. Wenn angeblich kein Versorgungsbedarf vorhanden sei, warum hätten dann die fachärztlichen Internisten - Angiologen, Phlebologen - und die Gastroenterologen kein Budget und z.B. die Gefäßchirurgen mit ihren 368,16 Punkten ein Zusatzbudget. Der Versorgungsbedarf sei ein objektiv feststellbares Faktum.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 20. Dezember 1999 zunächst die Rechtslage bzgl. der zum 1. Juli 1997 eingeführten arztgruppenbezogenen fallzahlabhängigen Budgetierung auf der Basis von Praxis- und Zusatzbudgets allgemein und speziell bezogen auf Hautärzte dargestellt. Bezüglich der streitgegenständlichen Erweiterung des Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" hat die Beklagte ausgeführt, dass die Tatsache, dass die Kläger die einzigen Dermatologen in M. seien, die die farbcodierte Duplex-Sonographie der Arterien und/oder Venen der Extremitäten durchführten, per se keinen Versorgungsbedarf im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen A I B.4.3 des EBM begründe. Vielmehr sei festzustellen, dass die farbcodierte Duplex-Sonographie keine gebietspezifische Leistung der Dermatologen darstelle und von letzteren nur insoweit gebietskonform erbracht werden könne, als Gefäßerkrankungen der Haut zu diagnostizieren seien. Dies ergebe sich aus der Definition des Gebietes "Haut- und Geschlechtskrankheiten" gemäß Abschnitt I Nr.9 der

Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns. Soweit Gefäßerkrankungen der Haut ihre Ursache in Gefäßerkrankungen außerhalb des Hautorgans hätten, sei deren Diagnostik und Therapie für den Dermatologen somit fachfremd. Das Führen der Zusatzbezeichnung "Phlebologie" - hier durch den Kläger zu 1 - ändere daran nichts, denn die Grenzen eines Gebietes würden sich durch das Führen einer Zusatzbezeichnung nicht erweitern. Fachfremde Leistungen dürfe ein Vertragsarzt weder originär noch auf entsprechende Auftragsüberweisungen eines anderen Vertragsarztes erbringen. Daraus erkläre sich auch, dass die streitige Untersuchung weniger von Hautärzten, durchaus aber von einer ausreichenden Zahl von Fachärzten anderer Gebiete (z.B. Internisten) in M. erbracht und abgerechnet werde. Hierzu wird eine Übersicht der Abrechnung der EBM-Nrn.668, 689, 672 und 682 in den Quartalen 2/97, 2/98 und 1/99 einerseits der Hautärzte in M. und andererseits der Ärzte aller Fachgruppen in M. vorgelegt. Die Tatsache, dass der Kläger zu 1) die farbcodierte Duplex-Sonographie durchführe, habe die Beklagte zu Gunsten der Praxis berücksichtigt, indem sie die Erweiterung des Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" auf die Fallpunktzahl der Untergruppe der Hautärzte mit überdurchschnittlichem Punktzahlfallwert für Leistungen des Zusatzbudgets gewährt habe. Gründe für eine darüber hinausgehende Erweiterung des streitigen Zusatzbudgets lägen jedoch mangels eines entsprechenden Versorgungsbedarfs nicht vor. Bezüglich der streitgegenständlichen Erweiterung des Zusatzbudgets "Proktologie" würden die Kläger die Gummibandligatur nach der Nr.373 EBM als "Praxisbesonderheit" geltend machen. Auch insoweit sei festzustellen, dass diese keine spezifisch dermatologische Leistung sei und dass diese von zahlreichen weiteren Vertragsärzten in M. erbracht werde und somit sichergestellt sei. Auch hierzu wird eine Übersicht zur Abrechnung der EBM Nr.373 in den Quartalen 2/97, 2/98 und 1/99 durch Hautärzte in M. einerseits und Ärzte aller Fachgruppen in M. andererseits vorgelegt. Die proktologischen Leistungen ("Gummibandligatur") der Kläger würden anerkannt, indem die Beklagte ihnen eine Erweiterung des Zusatzbudgets "Proktologie" auf die Fallpunktzahl der Untergruppe der Ärzte mit überdurchschnittlichem Punktzahlfallwert für Leistungen des Zusatzbudgets gewährt habe. Gründe für eine darüber hinausgehende Erweiterung des Zusatzbudgets seien im Hinblick auf die (gute) Versorgungslage im maßgeblichen Planungsbereich nicht gegeben. In diesem Zusammenhang sei darauf hinzuweisen, dass die von den Klägern zur Abrechnung gebrachte Nr.760 EBM von der Anrechnung auf Praxisbudgets ohnehin ausgenommen und für eine "Budgeterweiterung" daher per se kein Raum sei (s. A I Teil B 5 des EBM). Abschließend sei festzustellen, dass für die Abrechnung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen der EBM maßgebend sei. Aus kalkulatorischen Einkommensbeträgen, die die Grundlage für bestimmte Regelungen des EBM bildeten, könnten die Kläger ein bestimmtes (Mindest)-Honorar nicht beanspruchen. Ein hoher Anteil an Überweisungsfällen könne zwar ein Hinweis auf einen besonderen Versorgungsbedarf sein. Vorliegend sei jedoch (über die Quartale hinweg) kein hoher Anteil an sogenannten Zielaufträgen zur Durchführung farbcodierter Duplex-Sonographien gegeben.

Hierzu haben die Klägervertreter mit Schriftsatz vom 24. Januar 2000 Stellung genommen. Auf der Grundlage des Vorstandsbeschlusses der Beklagten vom 21. März 1997, wonach in die Berechnungen der Zusatzbudgets nur die Praxen eingehen dürfen, die sämtliche Leistungen des Zusatzbudgets mindestens 10-mal in den Quartalen I und II/96 erbracht hätten, sei die Berechnung der Beklagten nicht nachvollziehbar. Die Beklagte gebe 53 Hautarztpraxen an, die für das Zusatzbudget "sonographische Gefäßuntersuchungen" (Nr.668 bis 689 EBM) berechtigt seien. Nach Wissen des Klägers zu 1) erbrächten außer ihm in Bayern nur noch ein oder zwei Praxen die Nr.668 EBM (Duplex-Sonographie). Danach hätten nach dem Vorstandsbeschluss nur zwei bis drei Praxen in die Berechnung einfließen dürfen. Es werde beantragt, der Beklagten aufzugeben, die Bayerischen Hautarztpraxen zu benennen, die außer dem Kläger sämtliche Leistungen des Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" (Nrn.668 bis 689 EBM) in den beiden ersten Quartalen des Jahres 1996 mindestens 10-mal erbracht hätten. Auch die Berechnung des bedarfsabhängigen Zusatzbudgets "Proktologie" sei unter diesem Gesichtspunkt nicht nachvollziehbar. Auch insoweit werde beantragt, der Beklagten aufzugeben, die Hautarztpraxen zu benennen, die sämtliche Leistungen aus dem Zusatzbudget Proktologie (Nrn.370, 371, 755 EBM) mindestens 10-mal in den beiden ersten Quartalen 1996 erbracht hätten. Mit weiterem Schriftsatz vom 15. Februar 2000 haben die Klägervertreter vorgetragen, dass die Beklagte bei der Verneinung des Bestehens eines besonderen Versorgungsbedarfs für die von den Klägern erbrachten Leistungen bei den sonographischen Gefäßuntersuchungen und der Proktologie von einem nicht zutreffend und vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen sei. Die Beklagte hätte ermitteln müssen, wieviele Praxen die streitgegenständlichen Ziffern der Zusatzbudgets erbringen und ob diese Praxen ebenfalls auf sonographische Gefäßuntersuchungen und proktologische Leistungen spezialisiert seien.

Hierzu hat sich die Beklagte nochmals mit Schriftsatz vom 22. Februar 2000 geäußert. Die Berechnung der Zusatzbudgets und hier insbesondere die ihr zu Grunde zu liegenden GOP s seien im EBM geregelt. Eine Differenzierung nach einzelnen Leistungen innerhalb des Zusatzbudgets sehe der EBM nicht vor. Soweit der EBM für die Bildung eines Zusatzbudgets nicht nach einzelnen Leistungen differenziere, seien somit alle dem jeweiligen Zusatzbudget zugeordneten Gebührenordnungspositionen in die Berechnung der Fallpunktzahlen einzubeziehen, unabhängig davon, welche dieser Gebührenordnungspositionen ein Arzt im Einzelnen erbringe. Für die streitgegenständlichen Zusatzbudgets bedeute dies, dass dem qualifikationsgebunden Zusatzbudget "sonographische Gefäßuntersuchungen" die Leistungen nach den Nrn.668 bis 689 EBM und dem bedarfsabhängigen Zusatzbudget "Proktologie" die Leistungen nach den Nrn.370, 371, 373 und 755 EBM zugrunde zu legen seien. Die Beklagte sei nicht berechtigt, die Zusatzbudgets anderweitig zu berechnen. Von Abs.1 der Anlage 4 zum EBM abweichende Berechnungsmodalitäten seien allein unter den in den Absätzen 2 und 3 der Anlage 4 zum EBM geregelten Voraussetzungen zulässig. In die Berechnung der Zusatzbudgets gingen als "berechtigte Ärzte einer Arztgruppe" gemäß Beschluss des Vorstandes vom 21. März 1997 nur Praxen mit einer bestimmten Mindestabrechnungshäufigkeit der gesamten Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets ein, und zwar nur die Praxen, bei denen die (d.h. eine oder mehrere) Leistungen des betreffenden Zusatzbudgets insgesamt (d.h. in der Addition der einzelnen Häufigkeiten) mindestens 10-mal zur Abrechnung gebracht worden seien. Eine bestimmte Mindesthäufigkeit betreffend einzelner Gebührenordnungsnummern bzw. die Berücksichtigung nur solcher Praxen, die alle Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets abgerechnet hätten, sehe weder der EBM noch der Beschluss des Vorstandes vor und wäre im Übrigen auch nicht für alle Zusatzbudgets durchführbar. Für eine über die den Klägern zugestandenen Zusatzbudgets hinausgehende Erweiterung gemäß Buchst.A I B 4.3 EBM sei kein Raum. Die von den Klägern geltend gemachten Leistungen in dem maßgeblichen Planungsbereich M. Stadt würden durch die Gebietsärzte, für die die betreffenden Leistungen fachgruppentypisch seien, sichergestellt, so dass ein "besonderer Versorgungsbedarf" (vgl. Buchst.A I B 4.3 EBM) insoweit nicht bestehe.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 1. März 2000 die Klage abgewiesen. Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997, die dem Ziel gedient habe, eine medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung zu verhindern und den Punktwert auf einer angemessenen Höhe zu stabilisieren, stehe mit höherrangigem Recht in Einklang (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R](#)-). Die Anwendung dieser Praxisbudgets auf die Kläger als Hautärzte sei - zumindest in den Quartalen 3/97 und 4/97 - ebenfalls rechtmäßig. Ausgehend von dieser die Beklagte bindenden Regelung habe diese die hier streitbefangenen Zusatzbudgets zu Recht auf 35,08 Punkte je Fall für "Proktologie" und auf 54,28 Punkte je Fall für "sonographische Gefäßuntersuchungen" festgelegt.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Kläger zum Bayerischen Landessozialgericht vom 3. Juli 2000. Die Beklagte habe die Punktwerte für die Zusatzbudgets unter Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art.3 Abs.1 GG](#) i.V.m. [Art.12 Abs.1 GG](#)) ermittelt. Jedenfalls sei zu Unrecht eine Erweiterung der Zusatzbudgets gemäß Nr.4.3 Buchst.A I Teil B Allgemeine Bestimmungen (EBM) abgelehnt worden. Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen werde, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt sei. Die Beklagte sei zu Unrecht der Auffassung, es sei nicht von Belang, dass die Gefäßchirurgen für das qualifikationsgebundene Zusatzbudget "sonographische Gefäßuntersuchungen" eine Fallpunktzahl von 386,16 haben und die Chirurgen für die Proktologie 547,2 Punkte, die Kläger aber nur 54,28 bzw. 35,08 Punkte. Eine von Fachgruppe zu Fachgruppe unterschiedliche Vergütung gleicher Leistungen sei verfassungsrechtlich nur zu begründen, wenn sie einen legitimen Zweck verfolge und verhältnismäßig sei. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art.3 Abs.1 GG](#) enthalte jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern genauso das Gebot sachgerechter Differenzierung bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Deshalb müsse ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit angenommen werden, wenn Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie von Verfassungs wegen eine Differenzierung gebieten. Die Kläger seien zur Ermittlung der Zusatzbudgets mit Hautärzten verglichen worden, die weder dieselbe Sonderqualifikation hätten noch denselben hohen Sach- und Fremdkostenanteil, weil sie die speziellen Leistungen der Kläger aus den Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" und "Proktologie" gar nicht erbringen würden. Schon die Tatsache, dass den Klägern nur noch ein Minimum ihrer Punktanforderung bei den in Rede stehenden Zusatzbudgets verbleibe und dies, obwohl keine Mengenausweitung stattgefunden habe, zeige, dass hier das eigentliche Ziel der Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets - Reduzierung der Mengenausweitung - nicht erreicht werde. Es verbleibe die drastische Honorarkürzung, die es den Klägern nicht mehr erlaube, ihre Kassenarztpraxis auch nur kostendeckend zu führen. Man könne dem auch nicht entgegenhalten, dass typisierende Regelungen unvermeidliche Härten im Einzelfall ergeben könnten. Es gehe hier nicht um den Einzelfall der Kläger. Der EBM-Ä sei eine bundesweite Regelung, die für alle Dermatologen, die wie der Kläger zu 1) die besondere persönliche Qualifikation und die notwendige Geräteausstattung hätten, als Vergleichsgruppe die Hautärzte vorsehe. Es sei also eine größere Anzahl von Dermatologen, die eine genau abgrenzbare Gruppe innerhalb der Hautärzte bilden würden, in ihren grundrechtlich gesicherten Freiheiten betroffen, weil die nach [Art.3 Abs.1 GG](#) notwendigen Differenzierungen nicht vorgenommen würden. Im Übrigen sei es Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern (BSG-Urteil vom 8. März 2000, B 6 Ka 7/99 R S.16).

Hierzu hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 8. März 2001 Stellung genommen. Die Kläger würden ihre Leistungsvergütung auf der Grundlage des Praxisbudgets, der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets "Phlebologie", "Allergologie", "sonographische Gefäßuntersuchungen" und "Psychosomatik", der bedarfsabhängigen Zusatzbudgets "Proktologie" und "dermatologische Lasertherapie" sowie der übrigen abgerechneten Leistungen, die keiner Budgetierung unterliegen, erhalten. Die Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" und "Proktologie" seien bereits auf der Basis der Ausnahmeregelung in Nr.3 der Anl.4 des EBM berechnet und entsprechend erhöht worden. Für eine weitere Erweiterung dieser Zusatzbudgets gemäß Buchst.A I Teil B Nr.4.3 EBM sei vorliegend kein Raum. Die Kläger seien Dermatologen und antragsgemäß als solche zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Für die Zuordnung und Berechnung ihrer Praxis- und Zusatzbudgets seien damit ausschließlich die Abrechnungsdaten der Fachgruppe der Hautärzte maßgebend (vgl. Buchst.A I Teil B Nr.1, 1.1, 1.2, 1.3, 3, 4, 4.1 und 4.4 des EBM sowie die Anlagen 2, 3 und 4 zum EBM). Die Berechnung der Budgets auf der Grundlage von Abrechnungsdaten anderer Arztgruppen könnten sie nicht beanspruchen. Die Zulassung eines Facharztes zur vertragsärztlichen Versorgung beschränke sich dabei auf sein Fachgebiet. Die Kläger würden u.a. gebietsuntypische und gebietsfremde Leistungen erbringen, wobei sie auch für letztere die Erweiterung der Zusatzbudgets für sich beanspruchen würden (z.B. Nrn. 755, 760 EBM). Auch die farbcodierte Duplex-Sonographie der Arterien und/oder Venen der Extremitäten stelle keine gebietspezifische Leistung der Dermatologen dar. Sie könne von letzteren nur insoweit gebietskonform erbracht werden, als Gefäßerkrankungen der Haut zu diagnostizieren seien. Die Kläger würden gar nicht versuchen, die Tatbestandsvoraussetzungen gemäß Buchst.A I Teil B Nr.4.3 EBM zu begründen. Sie machten keinerlei Angaben über die gemäß Nr.4 der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 notwendige spezifische Behandlung von bestimmten schwerwiegenden Gesundheitsstörungen in ihrer Praxis, sondern beschränkten ihren Vortrag im Wesentlichen auf die Darstellung ihrer angeblich besonderen Qualifikation, die Finanzierung ihrer Gerätschaften und die sonstigen Praxiskosten, die geltend gemachte mangelnde Gewinnerzielung aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit sowie das Bestreiten der Richtigkeit der Berechnung der streitgegenständlichen Zusatzbudgets. Die Durchführung der sonographischen Gefäßuntersuchungen und der proktologischen Leistungen sei zwar insoweit eine Besonderheit der Kläger, als die übrigen Dermatologen entsprechende Leistungen regelmäßig nicht bzw. selten erbrächten. Die Tatbestandsvoraussetzungen für die weitere Budgeterweiterung seien jedoch nicht gegeben, weil die Kläger keine schwerpunktmäßige Behandlung schwerwiegender Erkrankungen nachweisen könnten. Bei den Klägern liege auch kein hoher Überweisungsanteil vor. Er liege bezogen auf die Gesamtfallzahl regelmäßig unter 20 %. Hierzu haben die Klägervertreter nochmals mit Schriftsatz vom 15. Mai 2001 Stellung genommen. In drei neueren Urteilen vom 6. September 2000 (B 6 Ka 40/99 R, B 6 Ka 37/99 R und B 6 Ka 41/99) habe das BSG ausführlich zur "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" und zu Praxisschwerpunkten Stellung genommen. Das BSG führe aus, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nur ein entscheidungserheblicher Gesichtspunkt sei. Der andere betreffe die individuelle Sphäre des einzelnen Arztes, soweit nämlich an einen Versorgungsschwerpunkt angeknüpft werde. Wenn ein Versorgungsschwerpunkt gegeben sei, müsse es im Interesse der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung liegen, dass die Leistungen weiter erbracht werden könnten. Hinsichtlich des Versorgungsschwerpunktes stelle das BSG auf das Verhältnis zur jeweiligen Fachgruppe ab. Die Praxis müsse sich deutlich von der Typik der Praxen der Fachgruppe abheben. Dies könne etwa der Fall sein, wenn in einer Praxis vermehrt bestimmte Leistungen erbracht und abgerechnet worden seien und dies den Schluss auf eine Schwerpunktsetzung bzw. Spezialisierung in diesem Leistungsbereich zulasse. Genau dies sei bei den Klägern im Bereich "Proktologie" sowie "sonographische Gefäßuntersuchungen" der Fall. Der Anteil der von den Klägern insgesamt abgerechneten Gesamtpunktzahl liege bei beiden Zusatzbudgets (Quartale 3 und 4/97 und 1/98 bis 4/98 - Folgequartale unverändert) weit über der vom BSG geforderten 20 %-Grenze, bei den sonographischen Gefäßuntersuchungen bei 32 %, bei der Proktologie - ohne die Nr.755 EBM - bei 25 %.

Die Klägervertreter haben mit Schriftsatz vom 10. Juli 2001 darauf hingewiesen, dass verschiedene Neurologen ein Zusatzbudget "sonographische Gefäßuntersuchungen" erhalten hätten, das um ein Mehrfaches so hoch sei wie das der Kläger. Die Erweiterung der Zusatzbudgets sei hier nach EBM Abschnitt A I Teil B 4.3 zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs erfolgt. Es sei nicht Ziel der Kläger, alle sonographischen Gefäßuntersuchungen sowie alle proktologischen Leistungen unbudgetiert vergütet zu bekommen. Ziel der Kläger sei es vielmehr, auf ihren Spezialgebieten wenigstens kostendeckend arbeiten zu können. Die Kläger hätten bis zur Budgetierung 215 Punkte für "sonographische Gefäßuntersuchungen" und 132 Punkte im Bereich der Proktologie erhalten.

Auf Anfrage des Senats zur Fachgebietszugehörigkeit der Nrn. 668, 671, 672, 682, 689 BMÄ/E-GO für Dermatologen hat die Bayerische Landesärztekammer mit Schreiben vom 24. Oktober 2001 mitgeteilt, dass gebietskonform durchführbar sicher Ultraschalluntersuchungen der Gefäße der Haut und aufgrund der Ausführungen der Weiterbildungsordnung im Kapitel "Inhalt und Ziel der Weiterbildung" sonographische Untersuchungen der Venen im Zusammenhang mit der chronisch-venösen Insuffizienz seien. Auf Anfrage des Senats haben die Klägervertreter mit Schriftsatz vom 12. November 2001 mitgeteilt, dass im Jahre 1998 bei 1.355 Patienten Farb-Duplexuntersuchungen durchgeführt worden seien. Von diesen Patienten hätten durchschnittlich ca. 13 % eine Venenthrombose, 15 % ein postthrombotisches Syndrom, 19 % eine Paravarikosis, 10 % ein Ulcus cruris, 37 % eine Stammvarikosis und 6 % eine Thrombophlebitis superficialis gehabt. Begleitend sei in ca. 12 % der Fälle ein arterielles Verschlussleiden (AVK) vorhanden gewesen. Die AVK sei immer nur Nebenbefund von Venenerkrankungen und werde nicht abgerechnet. Die Patienten würden an einen Angiologen überwiesen. Die genannten Krankheitsbilder gehörten alle in den Formenkreis der chronisch-venösen Insuffizienz.

Mit Schriftsatz vom 3. April 2002 wurde schließlich vorgetragen, dass die Berechnung der Zusatzbudgets unter Zugrundelegung der Quartale 1 und 2/96 erfolgt sei. Die den Klägern mit Bescheid vom 7. Juli 1998 zuerkannte Nachvergütung von 178750 Punkten für das Quartal 2/96 (Nrn. 671, 682 BMÄ/E-GO) sei offensichtlich in die Berechnung der Zusatzbudgets nicht eingeflossen.

Die Prozeßbevollmächtigte der Kläger stellt den Antrag,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 1. März 2000 - [S 21 KA 1196/98](#) - aufzuheben und die Bescheide der Beklagten vom 23. Juli 1997 und 20. November 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Juni 1998 insoweit aufzuheben, als ein über 35,8 Punkte hinausgehendes Zusatzbudget für "Proktologie" und ein über 54,28 Punkte hinausgehendes Zusatzbudget für "sonographische Gefäßuntersuchungen" abgelehnt wurde. Die Beklagte wird verpflichtet, über die weitere Erhöhung der Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" und "Proktologie" unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Vertreterin der Beklagten beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts mit den Aktenzeichen [S 21 KA 1196/98](#), S 21 KA 257/00 sowie die Akte des Bayerischen Landessozialgerichts, Az.: [L 12 KA 53/00](#) und die erledigte Beschwerdeakte mit dem Az.: L 12 B 363/98 KA zur Entscheidung vor, auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Kläger ist zulässig, aber nicht begründet. Die Beklagte hat mit den streitgegenständlichen Bescheiden vom 23. Juli 1997, 20. November 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Juni 1998 die den Klägern u.a. gewährten Zusatzbudgets "sonographische Gefäßuntersuchungen" und "Proktologie" auch hinsichtlich deren Höhe in nicht zu beanstandender Weise berechnet und festgesetzt und hat dabei den Anspruch der Kläger auf ermessensfehlerfreie Entscheidung bei der Erweiterung dieser Zusatzbudgets nicht verletzt. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 1. März 2000 war daher im Ergebnis zurückzuweisen.

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.2a Satz 1, 2 und 8 SGB V (in der Fassung des 2.GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 - BGBL I S.1520 -) zum 1. Juli 1997 eingeführte System der Praxis- und Zusatzbudgets (Deutsches 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](#) sowie BSG, Urteile vom 16. Mai 2001, B 6 Ka 53/00 R=[SozR 3-2500 § 87 Nr.31](#) und B 6 Ka 47/00 R=[SozR 3-2500 § 87 Nr.30](#)). Danach unterliegen die im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal, unter anderem für die Gruppe der Dermatologen, der die Kläger angehören, 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).

Im Einzelnen sind die Regelungen des EBM-Ä 1997 so ausgestaltet, 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 den Praxisbudgets sind bestimmte ärztliche Leistungspositionen einzelnen arztgruppenspezifischen Zusatzbudgets ("gelber Bereich") zugewiesen (Nr.1.3 und Nr.4), die ca. 10 % des Leistungsspektrums ausmachen. Ein noch verbleibender, etwa 20 % ausmachender Leistungsbereich bleibt unbudgetiert ("roter Bereich"), ebenso wie bestimmte, nur auf Überweisung in Anspruch genommene oder hochspezialisierte Arztgruppen gänzlich von der Budgetierung unberührt bleiben.

Die Kläger sind Dermatologen, wobei der Kläger zu 1) die Zusatzbezeichnung "Phlebologie" und die Klägerin zu 2) die Zusatzbezeichnung "Allergologie" führt. Damit unterliegen ihre vertragsärztlichen Leistungen der mit Wirkung ab 1. Juli 1997 eingeführten arztgruppenbezogenen fallzahlabhängigen Budgetierung auf der Basis von Praxis- und Zusatzbudgets. Für die Zuordnung und Berechnung dieses Budgets maßgebend ist insbesondere das Gebiet, für welches der Vertragsarzt (antragsgemäß) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist (vgl. hierzu die Regelungen in Buchst.A I B 1.1, 1.2, 1.5, 3., 4., 4.1 und 4.4 des EBM sowie Anlagen 2, 3 und 4 zum EBM). Soweit geltend gemacht wird, Vertragsärzte anderer Fachrichtungen (z.B. die Chirurgen mit der Schwerpunktbezeichnung "Gefäßchirurgie"), hätten ein höheres Budget als sie, ist dieses Vorbringen auf der Ebene der Berechnung des Praxisbudgets irrelevant, weil zum einen der Vergleich mit der Arztgruppe normativ gemäß A I B 1 i.V.m. Nr.1.5 EBM vorgegeben ist und zum anderen jeder Arzt - auch soweit er über weitergehende Genehmigungen verfügt (vgl. hierzu u.a. BSG, Urteil vom 13. November 1996 - Az.: [6 Rka 87/95](#) -) - vertragsärztliche Leistungen nur innerhalb seines Fachgebiets erbringen darf und daher eine hinreichende Vergleichbarkeit verschiedener Arztgruppen nicht besteht.

Die Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen des Praxisbudgets erfolgt nach der in der Anlage 3 zum EBM angegebenen Formel. Die Beklagte hat die für sie bindenden Vorschriften entsprechend den gesetzlichen Vorgaben umgesetzt. Die Berechnung der Zusatzbudgets und hier insbesondere die ihr zugrunde zu legenden Gebührenordnungsziffern sind ebenfalls im EBM (A I 4.1 und 4.2 i.V.m. der Anlage 4 zum EBM) geregelt. Danach ergibt sich die Fallpunktzahl nach der dort angegebenen Formel "Punktzahlenanforderung der für ein Zusatzbudget berechtigten Ärzte einer Arztgruppe aus den Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 dividiert durch die Zahl der budgetrelevanten Fälle gemäß Nr.1.4 der ersten beiden Quartale des Jahres 1996. Lediglich für das Zusatzbudget "Allergologie" für Hautärzte wird die Fallpunktzahl durch eine differenziertere Betrachtungsweise ermittelt. Im Übrigen ist eine Abweichung von der Berechnungsformel des Abs.1 der Anlage 4 nur in den Fällen der Absätze 2 und 3 vorgesehen. Absatz 2 der Anlage 4 sieht die Möglichkeit der Abweichung dann vor, wenn im Falle einer niedrigen Zahl der für das Zusatzbudget berechtigten Ärzte aufgrund einer großen Streubreite der Verteilung eine Mittelwertbildung als statistisch nicht vertretbar anzusehen ist. In diesem Falle ist die Fallpunktzahl auf der Basis einer von der KBV vorgenommenen, für das Bundesgebiet repräsentativen Zusammenführung entsprechender Daten festzulegen. In Abs.3 der Anlage 4 ist den Kassenärztlichen Vereinigungen schließlich die Möglichkeit eingeräumt worden, abweichend von der Vorgabe einer für alle berechtigten Ärzte einer Arztgruppe einheitlichen Fallpunktzahl eine Differenzierung in zwei Fallpunktzahlen vorzunehmen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind entsprechend den Vorgaben in den Abs.1, 2 und 3 der Anlage 4 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I B EBM-Ä frei darin, zu entscheiden, ob die Berechnung der Zusatzbudgets ausgehend von einer einheitlichen Fallpunktzahl stattfinden soll (Abs.1) oder ob sie von den Möglichkeiten der Abs.2 und 3 Gebrauch machen wollen (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, [B 6 KA 47/00 R](#)). Die Beklagte hat sich für die hier streitigen Zusatzbudgets - wie wohl generell für alle Zusatzbudgets - dafür entschieden, die Berechnung allein und ausschließlich nach Abs.1 der Anlage 4 vorzunehmen und von der Möglichkeit einer abweichenden Berechnung i.S. der Abs.2 und 3 a.a.O.im Rahmen der Berechnung der Zusatzbudgets gemäß der Anlage 4 i.v.m. Abs.1 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM-Ä abzusehen. Die Berechnung der Zusatzbudgets gemäß Abs.3 der Anlage 4 stellt für die Beklagte aber im Rahmen der Nr.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B eine Entscheidungsvariante bei der Erweiterung der Zusatzbudgets dar. Dies hat im Rahmen des Verwaltungsverfahrens und des anschließenden Gerichtsverfahrens offensichtlich zu Missverständnissen unter den Beteiligten geführt, die aber spätestens in der mündlichen Verhandlung ausgeräumt werden konnten. Das bedarfsabhängige Zusatzbudget "Proktologie" und das qualifikationsgebundene Zusatzbudget "sonographische Gefäßuntersuchungen" für Hautärzte wurden demgemäß zunächst allein auf der Grundlage des Absatzes 1 der Anlage 4 a.a.O. berechnet. Das Zusatzbudget "Proktologie" beinhaltet die Nrn. 370, 371, 373 und 755 EBM. Diese Leistungen unterliegen keiner Genehmigungspflicht auf der Basis einer besonderen Qualifikationsregelung gemäß [§ 135 Abs.1](#) und [2 SGB V](#), so dass grundsätzlich alle Ärzte innerhalb ihres Fachgebietes zur Durchführung dieser Leistungen berechtigt sind. Auf der Grundlage der Formel nach Absatz 1 der Anlage 4 a.a.O. ergab sich die Punktzahl pro Fall von 13,50 Punkte (Punktzahlenanforderung der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 geteilt durch budgetrelevante Fälle der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 = 9.223.930 Punkte./ 683.062 Fälle).

Das Zusatzbudget "Sonographische Gefäßuntersuchungen" für Hautärzte beinhaltet die Nrn. 668 bis 689 EBM. Für das Zusatzbudget berechtigt sind alle Hautärzte, die aufgrund ihrer gemäß [§ 135 Abs.1](#) und [2 SGB V](#) nachgewiesenen Qualifikation über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung dieser Leistungen verfügen. Auf der Grundlage der Formel nach Absatz 1 der Anlage 4 a.a.O. ergab sich die Punktzahl pro Fall von 16,46 Punkte (Punktzahlenanforderung der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 geteilt durch budgetrelevante Fälle der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 = 3.366.300 Punkte./ 204.467 Fälle). Die Beklagte hat die streitgegenständlichen Zusatzbudgets danach ohne eigenes Regelermessen gemäß dem Absatz 1 der Anlage 4 a.a.O. berechnet. Die Berechnung nach Absatz 1 der Anlage 4 ist ihrerseits ebenfalls nicht als rechtswidrig anzusehen. Dies gilt namentlich auch für die pauschale Anknüpfung an die Quartale 1 und 2/96 für die Bemessung der Zusatzbudgets (vgl. hierzu eingehend, BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, [B 6 KA 47/00](#) = SozR 3-2500 [§ 87 SGB V](#) Nr.30).

Das Klagebegehren könnte von daher allenfalls auf der Grundlage der Nr.4.3 des Buchstaben A I der Allgemeinen Bestimmungen Teil B des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung 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 mit seinen Urteilen vom 26. Juli 2000, Az.: [L 12 KA 136/99](#), vom 7. Februar 2001, Az.: [L 12 KA 60/99](#), vom 21. März 2001, Az.: [L 12 KA 99/99](#) und vom 10. Oktober 2001, Az.: [L 12 KA 87/00](#) und zuletzt vom 13. März 2002, [L 12 KA 124/00](#) und [L 12 KA 14/01](#) entschieden, 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 Härtefallregelung (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, [B 6 KA 53/00 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 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 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 Ausnahmefällen, die eine Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach Kapitel 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 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 eine besonderer Versorgungsbedarf besteht und die durch die Ziff.4.1 und 4.2 und die in der Vereinbarung genannten Beispielfälle noch nicht berücksichtigt ist.

Während bei der Prüfung, ob auf der Tatbestandsseite die Voraussetzung der "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes" im Einzelfall erfüllt ist, der Kassenärztlichen Vereinigung ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum nicht zusteht, erfolgt auf der Rechtsfolgenseite die Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach pflichtgemäßen Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigung. Der Regelung der Nr.4.3 a.a.O. EBM kommt dabei nicht nur objektiv-rechtlicher Charakter zu, sondern sie begründet auch ein subjektives Recht des betroffenen Arztes auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung über die Erweiterung eines Praxis- bzw. Zusatzbudgets bei Vorliegen der in der Norm geregelten Voraussetzungen. Vor diesem Hintergrund ist zunächst festzustellen, dass die Beklagte bei den Klägern hinsichtlich der in die Zusatzbudgets "Proktologie" und "sonographische Gefäßuntersuchungen" fallenden Leistungen auf der Tatbestandsseite von der Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs ausgegangen ist und deswegen als Rechtsfolge den Klägern für das Zusatzbudget "Proktologie" anstelle der Fallpunktzahl 13,50 (gemäß Anlage 4 Absatz 1 EBM) eine Fallpunktzahl in Höhe von 35,08 und für das Zusatzbudget "sonographische Gefäßuntersuchungen" anstelle der Fallpunktzahl 16,46 (gemäß Anlage 4 Abs.1 EBM) eine Fallpunktzahl in Höhe von 54,28 gewährt hat.

Die Beteiligten streiten - wie sich aus dem Berufungsantrag ergibt, - allein noch darum, ob die Beklagte mit ihrer Entscheidung zur Höhe der Erweiterung der Zusatzbudgets den Anspruch der Kläger auf fehlerfreie Ermessensausübung verletzt hat.

Dies ist nach Auffassung des Senats nicht der Fall.

Die Nr.4.3 a.a.O. räumt auf der Rechtsfolgenseite der Beklagten einen Ermessensspielraum ein, den der Senat zu beachten hat. Die gerichtliche Prüfung hat sich gemäß [§ 54 Abs.2 Satz 2 SGG](#) darauf zu beschränken, ob die Beklagte ihrer Pflicht zur Ermessensbetätigung nachgekommen ist, ob sie mit der Ermessensentscheidung die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten, d.h. eine nach dem Gesetz nicht zugelassene Rechtsfolge gesetzt hat, oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat. Solche Ermessensfehler kann der Senat nicht erkennen.

Aus dem Widerspruchsbescheid vom 25. Juni 1998 ergibt sich, dass die Beklagte ihr Ermessen betätigt hat. Die Beklagte hat erkannt, dass ihr bei der Frage des Umfangs der Erweiterung der streitgegenständlichen Zusatzbudgets eine Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten offensteht und sie hat sich in Ausübung ihres Ermessens für eine Handlungsmöglichkeit entschieden. Die Beklagte hat mit ihrer Entscheidung auch nicht die Grenzen des eingeräumten Ermessens überschritten, sondern die in der Norm vorgesehene Rechtsfolge gesetzt, nämlich die Erhöhung der Fallpunktzahl für die streitigen Zusatzbudgets gemäß der Nr. 4.3 a.a.O. EBM gegenüber der Berechnung der Zusatzbudgets nach Absatz 1 der Anlage 4 des EBM. Schließlich hat die Beklagte ihren Entscheidungsspielraum auch entsprechend dem Zweck der Ermächtigung ausgefüllt. Die Regelung der Nrn 4.3 a.a.O. EBM dient ähnlich wie die Bestimmung in Nr.4 der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (DÄ A 2814; vgl. hierzu Urteil des BSG vom 6. September 2000 = [SozR 3-2500 § 87 Nr.26](#) S.135 f.) der Vermeidung von Härten, die mit den Praxisbudgets ebenso wie mit den Teilbudgets verbunden sein können. Das in der Nr.4.3 a.a.O. EBM enthaltene Merkmal "Versorgungsbedarf" stellt dabei aber stärker auf objektive Kriterien ab. In subjektiver Hinsicht setzt die Anwendung der Nr.4.3. a.a.O. EBM voraus, dass die einzelne Praxis eine von der Typik der Arztgruppe nachhaltig abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw. eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebiets aufweist, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Indizien für eine entsprechende Spezialisierung sind ein gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe signifikant erhöhter Anteil der im Zusatzbudget enthaltenen Leistungen am Gesamtpunktvolumen in der Vergangenheit sowie eine im Leistungsangebot bzw. in der Behandlungsausrichtung der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung. In objektiver Hinsicht muss aber hinzukommen, dass ein bestimmtes Leistungsangebot einer Praxis unter Sicherstellungsgründen erforderlich ist. Der mehrstufige Aufbau von allgemeinem Praxisbudget, qualifikationsgebundenes/bedarfsabhängiges Zusatzbudget und budgetfreien Leistungen schließt eine Auslegung der Nr.4.3 in dem Sinne aus, dem Arzt die bestehende Ausrichtung seiner Behandlungstätigkeit schlechthin ohne Einbuße beim Honorar auf Dauer garantieren zu müssen (vgl. zum Ganzen: BSG, Urteil vom 16.Mai 2001, [SozR 3-2500, § 87 SGB V](#) Nr.31). In Übereinstimmung mit diesem Verständnis der Nr.4.3 a.a.O. EBM hat die Beklagte in die Ermessensausübung sowohl subjektive wie objektive Gesichtspunkte miteinbezogen und diese gegeneinander abgewogen. Die Beklagte berücksichtigt einerseits, dass die proktologischen Leistungen einen Schwerpunkt der Praxistätigkeit bilden und die Kläger die einzigen Hautärzte im Zulassungsbereich sind, die spezielle Leistungen aus dem Bereich der sonographischen Gefäßuntersuchungen erbringen und Überweisungen zu diesen Leistungen erhalten. Dem hat die Beklagte andererseits gegenübergestellt, dass im Zulassungsbereich kein Versorgungsbedarf vorliegt, da die angesprochenen Leistungen durch andere niedergelassene Ärzte (gemeint sind Ärzte anderer Fachrichtungen) häufig erbracht werden. In Abwägung dieser Gesichtspunkte hat die Beklagte in einer Einzelfallentscheidung die streitigen Zusatzbudgets hinsichtlich der Fallpunktzahl unter Orientierung an der Regelung in Abs.3 der Anlage 4 zum EBM, die in Bayern - wie schon ausgeführt - bei der Berechnung der Zusatzbudgets nach der Nr.4.2 a.a.O. EBM nicht angewendet wird, von 13,50 auf 35,08 Punkte/Fall (Proktologie) bzw. von 16,46 auf 54,28 Punkte/Fall (sonographische Gefäßuntersuchungen) erhöht.

Mit dieser Entscheidung bewegt sich die Beklagte innerhalb des vom Zweck der Nr.4.3 a.a.O. vorgegebenen Entscheidungsspielraumes.

Daher war die Berufung der Kläger im Ergebnis zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-02-02