S 22 KA 1241/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	12
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 22 KA 1241/00
Datum	17.10.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 124/00
Datum	13.03.2002

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung der KlÃ¤ger gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 17. Oktober 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. Die KlÃ¤ger haben der Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Erweiterung der Praxis- und/ oder Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs wegen der Betreuung von psychisch Kranken und Suchtkranken gemÃ¤Ã A I. B 4.3 EBM streitig.

Die KlÃ¤ger nahmen als Ãrzte fÃ¼r Allgemeinmedizin in Gemeinschaftspraxis bis 30. Juni 2001 in MÃ¼nchen an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil. Aus der Honorarabrechnung fÃ¼r das Quartal 3/97 ist ersichtlich, dass die Beklagte ein qualifikationsgebundenes Zusatzbudget fÃ¼r "Psychosomatik, Ã¼bende Verfahren" gemÃ¤Ã A I. B 4.1 des EBM und die bedarfsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets "Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)" und "Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)" gemÃ¤Ã A I. B 4.2 EBM berÃ¼cksichtigt hat.

Mit Schreiben vom 30. Juni 1997 und 10. November 1997 haben die KlÃ¤ger beantragt, ihnen ein Zusatzbudget wegen eines besonderen Erweiterung dieses Zusatzbudgets zur Sicherstellung des besonderen Versorgungsbedarfs wegen der langjÃ¤hrigen Betreuung von psychisch Kranken und Suchtkranken zu gewÃ¤hren. In ihrer Praxis werde ein Ã¼berdurchschnittlich hoher Anteil von Suchtkranken und psychisch Kranken hausÃ¤rztlich betreut. Dies sei zurÃ¼ckzufÃ¼hren auf die besondere Konzeption der Praxis, die dazu gefÃ¼hrt habe, dass in Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Sozialdiensten viele NotfÃ¤lle aus dem Suchtbereich in die Praxis kÃ¤men und im psychiatrischen Bereich mehrere psychiatrische Wohngemeinschaften von chronisch psychisch Kranken in engem Kontakt mit dem jeweiligen Betreuer von ihnen mitbetreut wÃ¼rden. Seit PraxisgrÃ¼ndung werde Basisarbeit in Behandlung und PrÃ¤vention geleistet. Deren kostensparenden Effekt kÃ¶nne man zwar nicht in den Abrechnungen erkennen, er werde jedoch in der Forschung zunehmend als Kosteneinsparung fÃ¼r das gesamte Gesundheitssystem erkannt und in Fortbildungsstrategien umgesetzt.

Mit Bescheid vom 20. November 1997 lehnte die Beklagte den Antrag der KlÃ¤ger ab, weil die in der "Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" geforderten Voraussetzungen nicht vorlÃ¤gen.

Gegen diesen Bescheid legten die KlÃ¤ger Widerspruch ein, zu dessen BegrÃ¼ndung sie vortrugen, es liege ein psychiatrischer Versorgungsschwerpunkt zur Sicherstellung eines Bedarfs vor. 38 % ihres Krankengutes wiesen eine psychiatrische Diagnose auf. Sie lÃ¤gen dementsprechend mit der AbrechnungshÃ¤ufigkeit der Nrn.11, 19, 21, 850 und 851 BMÃ/E-GO erheblich Ã¼ber dem Fachgruppendurchschnitt. Im Rahmen der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung seien diese hohen Abrechnungswerte wegen Praxisbesonderheiten stets als wirtschaftlich anerkannt worden, mit der BegrÃ¼ndung, es seien die "Mehraufwendungen der Nrn.19 und 21 auf die Besonderheit der Betreuung von Sucht- und Alkoholkranken zurÃ¼ckzufÃ¼hren". Damit sei ihr Versorgungsschwerpunkt "Suchtbehandlung" vom PrÃ¼fungsausschuss anerkannt worden. Somit liege auch ein psychiatrischer Versorgungsschwerpunkt zur Sicherstellung eines Bedarfs vor. Die Sicherstellung der Versorgung der oftmals sehr von Suizid, respektive RÃ¼ckfall im BetÃ¤ubungsmittelabusus gefÃ¤hrdeten Patienten sei in der notwendigen IntensitÃ¤t und KontinuitÃ¤t mit dem zuerkannten Budget nicht mehr mÃ¶glich.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. Mai 2000 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurÃ¼ck. FÃ¼r die beantragten Leistungen sei ein Zusatzbudget nicht vorgesehen. Diese Leistungen seien Bestandteil des Praxisbudgets. Eine im Rahmen der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung anerkannte Praxisbesonderheit allein sei weder einem Praxisschwerpunkt noch einem besondereren Versorgungsbedarf nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. B 4.3 des EBM gleichzusetzen, zumal es sich auch nicht um die in der Vereinbarung explizit genannten KrankheitsfÃ¤lle oder spezifischen Betreuungsleistungen handele.

Die gegen diesen Bescheid erhobene Klage ging am 29. Mai 2000 beim

Sozialgericht MÃ¼nchen ein. Zu ihrer BegrÃ¼ndung wurde ausgefÃ¼hrt, zwar sei den KlÃ¤gern inzwischen ein bedarfsabhÃ¤ngiges Zusatzbudget fÃ¼r die "Betreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen" (A I. B 4.2 EBM) eingerÃ¤umt worden. Zu Unrecht sei jedoch die Erweiterung des Praxisbudgets hinsichtlich der Nrn.11, 19 und 21 BMÃ/E-GO sowie ein durchaus mÃ¶gliches Zusatzbudget "Psychosomatik" nicht gewÃ¤hrt worden. Das Zusatzbudget bezÃ¼glich der Nr.15 BMÃ/E-GO werde den besonderen Versorgungsbedarf, der in der Praxis der KlÃ¤ger durch die Betreuung der Sucht- und psychisch Kranken entstehe, auch materiell nicht gerecht. Die Betreuung dieser Patienten stelle einen Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit der KlÃ¤ger dar, der eine Ausnahme auch hinsichtlich der Nrn.11, 19, 21, 850 und 851 BMÃ/E-GO zwingend nach sich ziehen mÃ¼sse. Jede Ã¤rztliche Leistung, die im Zusammenhang mit der Betreuung eines besonderen Patientengutes aufgrund des besonderen Versorgungsbedarfes bestehe, mÃ¼sse von der Budgetierung ausgenommen werden. In der "Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" (Deutsches Ãrzteblatt 94 Heft 7 vom 14. Februar 1997, S. A 404)" sei keine abschlieÃende AufzÃ¤hlung der KrankheitsfÃ¤lle oder spezifischen Betreuungsleistungen erfolgt, die den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellen mÃ¼ssten, um die Notwendigkeit der Sicherstellung eines Versorgungsbedarfes beurteilen zu kÃ¶nnen. Dies ergebe sich bereits aus der Verwendung des Begriffs "insbesondere". Die in dieser Vereinbarung genannten Krankheiten setzten zur Behandlung alle eine kontinuierliche Betreuung voraus, was verdeutliche, dass Budgeterweiterungen nach dem Willen der Vertragspartner besonders dann gewÃ¤hrt werden sollten, wenn eine ganz spezifische Betreuungsleistung erforderlich sei. Eine solche spezifische Betreuungsleistung erbrÃ¤chten die KlÃ¤ger bei der Behandlung von Suchtkranken und psychisch Kranken, die gerade nicht das allgemein Ã¼bliche Patientengut von Allgemeinmedizinern bildeten, sondern in der Regel in hierfÃ¼r speziell geschaffenen Einrichtungen versorgt werden mÃ¼ssten. Diese Leistungen stellten einen Praxisschwerpunkt der KlÃ¤ger dar. Ein "besonderer Versorgungsbedarf" liege in einer Praxis dann vor, wenn die betreffenden Leistungen, fÃ¼r die eine Budgeterweiterung erstrebt werde, in ca. 10 % der FÃ¤lle erbracht wÃ¼rden oder nach einer anderen Rechtsauffassung dann, wenn die abgerechnete Punktzahlmenge fÃ¼r die entsprechenden Leistungen die Grenze von 1 % des Gesamtleistungsbedarfes Ã¼berschreite. Die Leistungen nach den Nrn.11, 19, 850 und 851 BMÃ/E-GO seien in den Quartalen 3/98, 1/99 und 3/99 zumeist in mehr als 10 % der FÃ¤lle erbracht worden. Die angeforderte Punktzahl fÃ¼r die Nrn.11, 19, 21 und 851 BMÃ/E-GO habe in den drei angefÃ¼hrten Quartalen jeweils fÃ¼r jede Nummer mehr als 1 % des Gesamtleistungsbedarfs betragen. Damit stelle die Betreuung der Sucht- und psychisch Kranken eine Praxisbesonderheit dar, die auch gesondert behandelt werden mÃ¼sse. Die KlÃ¤ger hÃ¤tten diese Nummern seit lÃ¤ngerem in hÃ¶herem Umfang als die Kollegen ihrer Fachgruppe abgerechnet, was sich aus den als wirtschaftlich anerkannten VergleichswertÃ¼berschreitungen ersehen lasse.

Die Beklagte hat hierzu in einer Stellungnahme ausgefÃ¼hrt, fÃ¼r die von den KlÃ¤gern angefÃ¼hrten Leistungen liege ein besonderer Versorgungsbedarf nicht vor. Die Betreuung psychisch Kranker NervenÃ¤rzte und Psychiater hinreichend sichergestellt. Derzeit werde im Planungsbereich MÃ¼nchen-Stadt bei

NervenÃ¤rzten ein Versorgungsgrad von 110,8 % erreicht, der Versorgungsgrad bei Psychiatern betrage im Planungsbereich MÃ¼nchen-Stadt 107,9 %. Von exemplarisch 1.457 ausgewerteten Scheinen im Quartal 1/99 seien bei 537 Scheinen Diagnosen festgestellt worden, die auf eine psychische Erkrankung und Suchterkrankung schlieÃen lieÃen. Bei der Durchsicht dieser Scheine seien jedoch keine auÃergewÃ¶hnlichen Leistungen aufgrund dieser Erkrankungen erkennbar. Das angeforderte Leistungsspektrum unterscheide sich nicht von dem anderer AllgemeinÃ¤rzte. FÃ¼r den besonderen Versorgungsbedarf im Sinne von A I. B 4.3 EBM wÃ¼rden hÃ¶here Voraussetzungen gefordert als sie fÃ¼r die BerÃ¼cksichtigung der Praxisbesonderheit im Rahmen der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung zu berÃ¼cksichtigen seien.

In der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 17. Oktober 2000 erklÃ¤rte der KlÃ¤ger zu 1), dass Ã¼ber lange Zeit etwa 10 % der BehandlungsfÃ¤lle Suchtkranke gewesen seien. Auf Frage eines ehrenamtlichen Richters, ob durch die Nrn.11, 19, 21 und 851 das Spektrum der suchtmedizinischen Behandlung voll abgedeckt werde, bejahte der KlÃ¤ger zu 1) diese Frage.

Mit Urteil vom 17. Oktober 2000 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zwar sei grundsÃ¤tzlich die Erweiterung oder Aussetzung der Budgets auch dann mÃ¶glich, wenn die Betreuung von psychisch Kranken und Suchtkranken im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes notwendig sei und die dadurch verursachten KrankheitsfÃ¤lle oder spezifischen Betreuungsleistungen einen Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellten. Dies sei im vorliegenden Streitverfahren jedoch nicht der Fall. BezÃ¼glich der Frage, wann ein Versorgungsschwerpunkt angenommen werden kÃ¶nne, der die Befreiung von einem Teilbudget oder eine Budgeterweiterung bedingen kÃ¶nne, habe das Bundessozialgericht am 6. September 2000 entschieden, dass ein Versorgungsschwerpunkt nur angenommen werden kÃ¶nne, wenn zumindest 20 % des abgerechneten Punktzahlvolumens auf einem bestimmten von der Teilbudgetierung erfassten Leistungsbereich entfielen. Der KlÃ¤ger zu 1) habe in der mÃ¼ndlichen Verhandlung ausdrÃ¼cklich erklÃ¤rt, dass Ã¼ber einen langen Beobachtungszeitraum etwa 10 % der BehandlungsfÃ¤lle Suchtkranke gewesen seien und dass durch die Nrn.11, 19, 21 und 851 des EBM das Spektrum der suchtmedizinischen Behandlung voll abgedeckt sei. Auch nach den eigenen Angaben der KlÃ¤ger in ihrer KlagebegrÃ¼ndung ergebe sich, dass sie mit diesen Leistungspositionen in keinem der Quartale die vom BSG festgelegte Marke von 20 % erreicht oder gar Ã¼berschritten hÃ¤tten, so dass bereits aus diesem Grund der Antrag abzulehnen sei. Daraus, dass der PrÃ¼fungsausschuss bezÃ¼glich des Quartals 2/97 eine Praxisbesonderheit hinsichtlich der Mehraufwendungen der Gemeinschaftspraxis fÃ¼r die Nrn.9, 10 und 21 des EBM anerkannt habe, die auf die Betreuung von Sucht- und Alkoholkranken zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei, sei keine andere Beurteilung abzuleiten. Eine anerkannte Praxisbesonderheit sei nicht mit einem Versorgungsschwerpunkt gemÃ¤Ã der Definition des BSG gleichzusetzen. Aus der HÃ¤ufigkeitsstatistik ergebe sich zudem, dass die Nr.11 von 89,2 %, die Nr.19 von 77 %, die Nr.21 von 73 % und die Nr.851 von 77 % aller AllgemeinÃ¤rzte abgerechnet worden sei, so dass sich hieraus ein besonderer Versorgungsbedarf nicht ergebe. Dem Antrag der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigten, alle Behandlungsscheine

der KlÃ¤ger fÃ¼r das Quartal 1/99 beizuziehen und sie der Bewertung durch die fachkundig besetzte Kammer zu unterstellen bzw. der Anregung, diesbezÃ¼glich einen SachverstÃ¤ndigen hinzuzuziehen, sei nicht zu entsprechen, da es fÃ¼r die Entscheidung des anhÃ¤ngigen Rechtsstreites hierauf nicht mehr ankomme.

Die gegen das den KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigten am 28. November 2000 zugestellte Urteil eingelegte Berufung ging am 30. November 2000 beim Bayer. Landessozialgericht ein. Zur BegrÃ¼ndung der Berufung tragen die ProzessbevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤ger vor, der im EBM geforderte besondere Versorgungsbedarf fÃ¼r die von den KlÃ¤gern durchgefÃ¼hrte Behandlung von Suchtkranken und psychisch Kranken liege vor. In Ziffer 4.3 des EBM selbst sei kein Hinweis auf die Voraussetzungen fÃ¼r den unbestimmten Rechtsbegriff "besonderer Versorgungsbedarf" enthalten. Nach der Rechtsprechung anderer Kammern des Sozialgerichts MÃ¼nchen und unter BerÃ¼cksichtigung der Rechtsprechung des Landessozialgerichtes Baden-WÃ¼rttemberg bestehe dann ein besonderer Versorgungsbedarf, wenn die Leistungen, fÃ¼r welche eine Budgeterweiterung verlangt werde, in ca. 10 % der FÃ¤lle erbracht wÃ¼rden oder aber zumindest dann, wenn die abgerechnete Punktzahlmenge fÃ¼r die entsprechenden Leistungen die Grenze von 1 % des Gesamtleistungsbedarfs Ã¼berschreite. Die Erbringung der Leistungen, fÃ¼r die die KlÃ¤ger eine Budgeterweiterung beantragt hÃ¤tten, sei zur Sicherstellung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung auch notwendig. Die Versagung der Budgeterweiterung fÃ¼hre dazu, dass den KlÃ¤gern die medizinische Versorgung der durch sie betreuten Suchtkranken und psychisch Kranken unmÃ¶glich werde. Dabei sei die Erbringung psychiatrischer Leistungen unabdingbar, da es in geradezu allen FÃ¤llen der Suchtbehandlung zu Krisensituationen komme, die nur durch spezifische psychiatrische Behandlung Ã¼berwunden werden kÃ¶nne. FÃ¼r die Patienten der KlÃ¤ger sei es nicht zumutbar, wenn das bestehende VertrauensverhÃ¤ltnis zu ihren betreuenden Ãrzten durch Ãberweisung an andere AllgemeinÃ¤rzte zerstÃ¶rt werden solle. UnabhÃ¤ngig vom jeweiligen Versorgungsgrad im Planungsbereich sei in jedem Einzelfall genau zu prÃ¼fen, ob die Erbringung bestimmter Leistungen aufgrund der konkreten regionalen Situationen tatsÃ¤chlich sichergestellt sei. Dabei sei zum einen immer die genaue Zusammensetzung des Patientenklientels zu berÃ¼cksichtigen und zusÃ¤tzlich im Rahmen des Beurteilungsspielraumes auch die rÃ¤umliche Verteilung der Nachfrage aufgrund der vorhandenen Verkehrsbedingungen und der Anzahl und rÃ¤umliche Verteilung der anderen Ãrzte im Planungsbereich. TatsÃ¤chlich sei die konkrete Versorgung der Suchtkranken durch den bloÃen Hinweis auf andere Leistungserbringer im Planungsbereich bzw. dem Hinweis auf den Versorgungsgrad in keinem Fall sichergestellt.

Die KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigten beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 17. Oktober 2000 sowie den Bescheid der Beklagten vom 20. November 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Mai 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, Ã¼ber den Antrag der KlÃ¤ger vom 20. November 1997 auf Erweiterung/Aussetzung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes

wegen der Betreuung von psychisch Kranken und Suchtkranken (Allgemeine Bestimmungen A I. B 4.3 EBM) unter BerÃ¼cksichtigung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Sie trÃ¤gt zur BegrÃ¼ndung ihres Antrages vor, Grundvoraussetzung fÃ¼r die Aussetzung/Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM sei das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfes sowie der Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit gerade auf dem Gebiet des besonderen Versorgungsbedarfs. Es mÃ¼sse ein Sachverhalt vorliegen, bei dem ein Vergleich der PraxisverhÃ¤ltnisse mit denen der durchschnittlichen GruppenverhÃ¤ltnisse zu nicht mehr hinnehmbaren Verzerrungen fÃ¼hre, welche es vor der Honorargerechtigkeit als unzumutbar erschienen lieÃen, den Betreffenden hinsichtlich des mit dem Versorgungsbedarf zusammenhÃ¤ngenden Leistungsmehrbedarfs auf die Erfassung und Abgeltung durch die vorgÃ¤ngigen Budgetregelungen zu verweisen. Bei den KlÃ¤gern habe ein besonderer Versorgungsbedarf nicht festgestellt werden kÃ¶nnen. Die von den KlÃ¤gern abgerechneten Leistungen, fÃ¼r die eine Erweiterung des Praxisbudgets bzw. des Zusatzbudgets begehrt werde, wÃ¼rden von der Mehrheit aller AllgemeinÃ¤rzte abgerechnet. Der Anteil der Leistungen nach den Nrn.11, 19, 21, 850 und 851 BMÃ/E-GO am Gesamtpunktzahlvolumen betrage in den Quartalen 3/97 bis 2/01 durchschnittlich 18,8 %. Dabei sei auch zu berÃ¼cksichtigen, dass es bei der Aussetzung/Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets auf den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit ankomme und nicht wie bei den Teilbudgets auf einen Schwerpunkt. Bei AllgemeinÃ¤rzten liege jedoch der Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit in der Regel bei den GesprÃ¤chsleistungen. In der Praxis des KlÃ¤gers werde kein nachweislich hoher Anteil an suchtkranken Patienten behandelt, der einen erhÃ¶hten Bedarf an GesprÃ¤chsleistungen erforderlich mache. Nach der Entscheidung des BSG vom 16. Mai 2001 kÃ¶nne der "besondere Versorgungsbedarf" jedenfalls nicht damit begrÃ¼ndet werden, dass in einer Arztpraxis, die keine von der Typik der Arztgruppe deutlich abweichende Ausrichtung erkennen lasse, vermehrt psychosomatische Leistungen erbracht wÃ¼rden.

Dem Senat liegen zur Entscheidung die Verwaltungsunterlagen der Beklagten sowie die Klageakte mit dem Az.: S 22 KA 1241/00 und die Berufungsakte mit dem Az.: L 12 KA 124/00 zur Entscheidung vor. Auf deren Inhalt, insbesondere den der vorbereitenden SchriftsÃ¤tze der Beteiligten und die zur Niederschrift erfolgten Feststellungen, wird zur ErgÃ¤nzung des Tatbestandes Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die nach Â§ 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie nach Â§ 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der KlÃ¤ger ist zulÃ¤ssig, jedoch unbegrÃ¼ndet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 20.

November 1997 und der hierzu ergangene Widerspruchsbescheid vom 11. Mai 2000 sind rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat deshalb die gegen diese Bescheide erhobene Klage mit dem angefochtenen Urteil vom 17. Oktober 2000 im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Bei den KlÃ¤gern liegen die Voraussetzungen fÃ¼r eine Aussetzung/Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gemÃ¤Ã Kapitel A I Teil B 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM nicht vor.

Mit den BeschlÃ¼ssen des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. MÃ¤rz 1997 sind in den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM auf der Grundlage des Â§ 87 Abs.2 Satz 1 iVm Abs.2a Satz 1, 2 und 8 SGB V (in der Fassung des 2. GKV-Neurodnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 â BGBl.I S.1520 -) zum 1. Juli 1997 Praxis- und Zusatzbudgets eingefÃ¼hrt worden. Danach unterliegen die im EBM enthaltenen Ã¤rztlichen Leistungen nach MaÃgabe nÃ¤herer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal u.a. fÃ¼r die Gruppe der AllgemeinÃ¤rzte, der die KlÃ¤ger angehÃ¶ren, einer fallzahlabhÃ¤ngigen Budgetierung (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr.1 iVm N.1.5 EBM). Die von den Budgets umfassten Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfÃ¤hig, deren HÃ¶he sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der FÃ¤lle ergibt.

Diese Regelungen haben zum Ziel, die Auswirkungen des seit Jahren zu beobachtenden Punktwertverfalls zu begrenzen und den VertragsÃ¤rzten mehr Kalkulationssicherheit zu geben. Die EinfÃ¼hrung der Praxisbudgets steht mit hÃ¶herrangigem Recht im Einklang, wie das Bundessozialgericht mit Urteilen vom 8. MÃ¤rz 2000 (SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.24) und 16. Mai 2001 (SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.31) entschieden hat. Dies ist auch stÃ¤ndige Rechtsprechung des Senats (siehe zuletzt Urteile vom 10. Oktober 2001, Az.: L 12 KA 87/00 und vom 24. Oktober 2001, Az.: L 12 KA 81/00). Im Einzelnen sind die Regelungen des EBM 1997 so ausgestattet, dass fÃ¼r die betroffenen Arztgruppen drei verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden. Den Praxisbudgets ("grÃ¼ner Bereich") unterfallen ca. 70 % der das Behandlungsspektrum der jeweiligen Arztgruppe typischerweise abdeckenden Ã¤rztlichen Leistungen. Neben den Praxisbudgets sind bestimmte Ã¤rztliche Leistungspositionen bei den einzelnen Arztgruppen spezifischen Zusatzbudgets ("gelber Bereich") zugewiesen, die ca. 10 % des Leistungsspektrums ausmachen. Ein noch verbleibender, etwa 20 % ausmachender Leistungsbereich bleibt unbudgetiert ("roter Bereich"), ebenso wie bestimmte, nur auf Ãberweisung in Anspruch genommene oder hoch spezialisierte Arztgruppen gÃ¤nzlich davon unberÃ¼hrt sind (siehe BSG, Urteil vom 16. Mai 2000, a.a.O. mit weiteren Hinweisen).

Den KlÃ¤gern ist von der Beklagten das ihnen als Allgemeinarzt zustehende Praxisbudget zuerkannt worden. In dieses allgemeine Praxisbudget fallen die Leistungen nach den Nrn.11, 19 und 21 EBM bzw. BMÃ/E-GO, die die KlÃ¤ger im Rahmen ihrer suchtmedizinischen Behandlung erbringen und nach ihren eigenen Angaben einen Schwerpunkt ihrer PraxistÃ¤tigkeit darstellen. Nach Kapitel A I Teil B Nr.4 EBM sind fÃ¼r die in den Nrn.4.1 und 4.2 aufgefÃ¼hrten Leistungsbereiche Zusatzbudgets gebildet worden. Durch diese Zusatzbudgets sollen solche Praxisbesonderheiten innerhalb einzelner Arztgruppen berÃ¼cksichtigt werden, die

sich entweder aus einer besonderen zusÃ¤tzlichen fachlichen Qualifikation oder durch eine schwerpunktmÃ¤Ãige Ausrichtung der Arztpraxis auf ein besonderes Leistungsspektrum ergeben, fÃ¼r das ein besonderer Versorgungsbedarf besteht (vgl. KÃ¶lner Kommentar zum EBM, Stand Juli 1997, Anm.6 zu Kapitel A I Teil B). Von diesen Zusatzbudgets haben die KlÃ¤ger das qualifikationsgebundene Zusatzbudget (Nr.4.1) "Psychosomatik, Ã¼bende Verfahren" zuerkannt erhalten, das die Leistungen nach den Nrn.850 bis 851 des EBM umfasst. Im Rahmen der suchtmedizinischen Behandlung erbringen die KlÃ¤ger dabei Leistungen nach den Nrn.850 und 851 EBM bzw. BMÃ/E-GO, die nach ihren Angaben ebenfalls einen Schwerpunkt ihrer PraxistÃ¤tigkeit bilden und fÃ¼r die Erweiterung des Zusatzbudgets beantragt wird. Auf einen besonderen Antrag hin haben die KlÃ¤ger zusÃ¤tzlich noch die bedarfsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets (Nr.4.2) "Phlebologie", "Allergologie" und "Betreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen" erhalten.

Ãber diese qualifikationsgebundenen fallzahlenabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets und die bedarfsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets auf besonderen Antrag hin kann gemÃ¤Ã Kapitel A I Teil B Ziffer 4.3 EBM die Beklagte auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewÃ¤hren. 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 berÃ¼cksichtigt wurde (vgl. KÃ¶lner 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. MÃ¤rz 2001, Az.: L 12 KA 99/99, vom 10. Oktober 2001, Az.: L 12 KA 87/00 und vom 24. Oktober 2001, Az.: L 12 KA 81/00).

Die Partner der BundesmantelvertrÃ¤ge haben diese Regelung des EBM in Ziffer 4 der Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung des Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (vgl. Deutsches Ãrzteblatt 1997, A 403 f) dahingehend ausgelegt, dass die KassenÃ¤rztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen kann, wenn nachfolgend genannte KrankheitsfÃ¤lle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellen: Betreuung von HIV-Patienten; onkologische Erkrankungen; Diabetes; Mukoviszidose; Schmerztherapie (Teilnehmer an der Schmerztherapie-Vereinbarung); kontinuierliche Patientenbetreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen; erheblich Ã¼ber dem Arztgruppendurchschnitt liegender Ãberweisungsanteil. Aus der Wortwahl "insbesondere" ergibt sich, dass die AufzÃ¤hlung in Ziffer 4 der Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 nicht abschlieÃend 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 GrÃ¼nden der Gleichbehandlung (Art.3 Abs.1 GG) muss es sich jedoch bei den weiteren AusnahmetatbestÃ¤nden, die eine Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach Kapitel A I Teil B Ziffer 4.3 de EBM rechtfertigen, um TatbestÃ¤nde handeln, die mit den in Ziffer 4 der Vereinbarung genannnten vergleichbar sind. Nach dem Wortlaut sowie dem Zweck der Regelung kommt deshalb in AnknÃ¼pfung an die aufgezÃ¤hlten Beispiele eine

Budgeterweiterung nur bei einer spezifischen Schwerpunktsetzung und bei der Ãbernahme der Behandlung von bestimmten schwerwiegenden GesundheitsstÃ¶rungen oder spezifischen Betreuungsleistungen in einem quantitativ relevanten AusmaÃ in Betracht (vgl. BSG, Beschluss vom 8. MÃ¤rz 2000, Az.: B 6 KA 64/99 B). Es muss sich also um eine fÃ¼r die Arztgruppe atypische Praxisbesonderheit handeln, die den besonderen Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit bildet, fÃ¼r 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 BeispielsfÃ¤lle noch nicht berÃ¼cksichtigt ist.

Der Regelung in der Nr.4.3 a.a.O. des EBM kommt nicht nur objektiv-rechtlicher Charakter zu, sie begrÃ¼ndet vielmehr auch ein subjektives Recht des betroffenen Arztes zumindest auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung Ã¼ber die Erweiterung eines Praxis- bzw. Zusatzbudgets bei Vorliegen der in der Norm geregelten Voraussetzungen. Bei der PrÃ¼fung, ob die Voraussetzung der "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes" im Einzelfall erfÃ¼llt sind, steht der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung ein der gerichtlichen NachprÃ¼fung nur eingeschrÃ¤nkt zugÃ¤nglicher Beurteilungsspielraum aber nicht zu (BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.31). Durch die Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (Deutsches Ãrzteblatt 1997, Heft 7 vom 14. Februar 1997) wurden den KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen die Befugnis Ã¼bertragen, in AusfÃ¼llung unbestimmter Rechtsbegriffe eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets zu gewÃ¤hren. Hierbei handelt es sich nicht um eine zulÃ¤ssige Delegation der Rechtsetzungskompetenz an den Rechtsanwender. Allerdings darf der Gebrauch eines unbestimmten Rechtsbegriffes nicht dazu fÃ¼hren, dass der Rechtsanwender einen Entscheidungsspielraum erhÃ¤lt, der nur dem Normsetzer selbst zusteht. Der Normgeber muss vielmehr die wesentlichen Bestimmungen in der Norm selbst treffen und auf lediglich die Konkretisierung von Einzelheiten anderen Stellen Ã¼berlassen (BSG Urteil vom 6. September 2000, Az.: B 6 KA 40/99 R). Diesen Anforderungen genÃ¼gt die Regelung in Ziffer 4 der Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 vom 14. Februar 1997 (siehe Urteile des Senats vom 26. Juli 2000, Az.: L 12 KA 136/99, vom 7. Februar 2001, Az.: L 12 KA 60/99, vom 21. MÃ¤rz 2001, Az.: L 12 KA 99/99 und vom 24. Oktober 2001, Az.: L 12 KA 81/00).

Wendet man diese GrundsÃ¤tze auf den vorliegenden Fall an, so ist in der Praxis der KlÃ¤ger eine fÃ¼r die Arztgruppe atypische Praxisbesonderheit, die den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit bildet, fÃ¼r 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 BeispielsfÃ¤lle noch nicht berÃ¼cksichtigt ist, in einem quantitativ relevanten AusmaÃ nicht zu erkennen. Die KlÃ¤ger begehren eine Erweiterung des Praxis und Zusatzbudgets fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung von Leistungen nach den Nrn.11, 19, 21 und 851 EBM. Nach der ErklÃ¤rung des KlÃ¤gers zu 1) in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht MÃ¼nchen am 17. Oktober 2000 wird durch diese Leistungen das Spektrum der suchtmedizinischen Behandlung voll abgedeckt. Die Leistungen nach den Nrn.11, 19 und 21 sind Gegenstand des allgemeinen Praxisbudgets ("grÃ¼ner

Bereich"), die Leistung nach der Nr.851 EBM gehÃ¶rt zu dem qualifikationsgebundenen Zusatzbudget fÃ¼r Ãrzte fÃ¼r Allgemeinmedizin "Pschosomatik, Ã¼bende Verfahren" nach A I. Teil B Nr.4.1 der Allgemeien Bestimmungen des EBM. Die KlÃ¤ger waren als AllgemeinÃ¤rzte in MÃ¼nchen an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung in einer Gemeinschaftspraxis beteiligt. Die Behandlung von Suchtkranken gehÃ¶rt zwar in einer GroÃstadt wie MÃ¼nchen zur hausÃ¤rztlichen Versorgung vieler Allgemeinmediziner, dennoch dÃ¼rfte ein Anteil von etwa 10 % der BehandlungsfÃ¤lle fÃ¼r die hausÃ¤rztliche Betreuung von Suchtkranken Ã¼berdurchschnittlich hoch sein. Die streitigen Leistungen nach der Nr.11 BMÃ/E-GO ("Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit durch hausÃ¤rztliches GesprÃ¤ch, Dauer mindestens 10 Minuten, Punktwert 300"), nach der Nr.19 ("Erhebung der Fremdanamnese, ggf. bei mehreren Personen, Ã¼ber einen psychisch, hirnorganisch oder krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestÃ¶rten Kranken (z.B. Taubheit, Sprachverlust) und/oder Unterweisung und FÃ¼hrung der entsprechenden Bezugsperson (EN), einmal im Behandlungsfall, Punktwert 500) und der Nr.21 BMÃ/E-GO ("sofortige Ã¤rztliche Intervention bei akuter psychischer Dekompensation (z.B. Suizidversuch), ggf. einschlieÃlich der Ã¤rztlichen Einflussnahme auf die unmittelbar betroffenen Personen des familiÃ¤ren und sozialen Umfeldes des Kranken, Punktwert 800") sind Leistungen, die von der Mehrzahl der niedergelassenen AllgemeinÃ¤rzte erbracht werden. So wurde ausweislich der HÃ¤ufigkeitsstatistik fÃ¼r das Quartal 3/97 die Nr.11 BMÃ/E-GO von 89,2 %, die Nr.19 von 77 % und die Nr.21 von 73 % aller AllgemeinÃ¤rzte abgerechnet. Ein besonderer Versorgungsbedarf fÃ¼r die Erbringung dieser Leistungen durch die KlÃ¤ger besteht deshalb in MÃ¼nchen nicht. Bei der Nr.851 BMÃ/E-GO handelt es sich um eine Leistung aus dem Kapitel G III des EBM, "Psychosomatik, Ã¼bende Verfahren", mit ihr wird die verbale Intervention bei psychosomatischen KrankheitszustÃ¤nden unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten- Interaktion, je Sitzung (Dauer mindestens 15 Minuten) mit 450 Punkten vergÃ¼tet. Diese Leistung fÃ¤llt in das den KlÃ¤gern zugestandene Zusatzbudget "Psychosamatik, Ã¼bende Verfahren". Auch diese Leistung wird von 77 % aller AllgemeinÃ¤rzte abgerechnet. DarÃ¼ber hinaus wird diese Leistung vor allem von den fÃ¼r die Betreuung psychisch Kranker und suchtkranker Patienten ebenfalls zustÃ¤ndigen NervenÃ¤rzten und Psychiatern erbracht. Die Betreuung von Patienten, die dieser Leistung bedÃ¼rfen, ist deshalb in MÃ¼nchen hinreichend sichergestellt. Die Erweiterung eines qualifikationsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets setzt ebenso wie die Erweiterung des Praxisbudgets eine nachhaltig von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw. die Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebietes voraus. Diese Voraussetzungen kÃ¶nnen nicht schon durch den Hinweis darauf belegt werden, die KlÃ¤ger haben die seit dem 1. Juli 1997 dem Praxisbudget bzw. einem qualifikationsgebundenen Zusatzbudget zugeordneten Leistungen in der Vergangenheit hÃ¤ufiger als der Durchschnitt ihrer Fachgruppe erbracht, und das sei von den Gremien der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung nicht beanstandet worden. Indizien fÃ¼r eine entsprechende Spezialisierung sind vielmehr ein gegenÃ¼ber dem Durchschnitt der Fachgruppe signifikant erhÃ¶hter Anteil der Leistungen, fÃ¼r die die Erweiterung des Praxis- oder Zusatzbudgets begehrt wird, am Gesamtpunktzahlvolumen in der

Vergangenheit sowie eine im Leistungsangebot bzw. in der Behandlungsausrichtung der Praxis tatsÃ¤chlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung. Die Beklagte hat in ihrem Schriftsatz vom 25. August 2000 festgestellt, dass von exemplarisch 1.457 ausgewerteten Scheinen im Quartal 1/99 bei 537 Scheinen Diagnosen festgestellt worden seien, die auf eine psychische Erkrankung und Suchterkrankung schlieÃen lieÃen. Damit wÃ¤ren ca. ein Drittel der Patienten der KlÃ¤ger psychisch Kranke bzw. Suchtkranke. Dies ist sicherlich fÃ¼r die Arztgruppe der AllgemeinÃ¤rzte ein erhÃ¶hter Anteil. Die KlÃ¤ger betreuen dieses Patientenklientel jedoch nicht fachÃ¤rztlich, sondern allgemeinÃ¤rztlich. Dass dabei bestimmte Leistungen wie die hier streitigen Nrn.11, 19, 21 und 851 BMÃ/E-GO hÃ¤ufiger anfallen als in der Vergleichsgruppe, ist deshalb erklÃ¤rbar. Durch den erhÃ¶hten Anteil von psychisch Kranken bzw. Suchtkranken am Patientenklientel der an der hausÃ¤rztlichen Versorgung als Allgemeinmediziner teilnehmenden KlÃ¤ger erbringen diese jedoch in anderen Bereichen Leistungen in geringerem Umfang, wie sie z.B. von AllgemeinÃ¤rzten erbracht werden, in deren Patientenklientel ein signifikant hÃ¶herer Anteil an BerufstÃ¤tigen, Altenheimbewohnern oder z.B. Sportlern gegeben ist. Es bedeutet deshalb fÃ¼r die KlÃ¤ger keine besondere, unzumutbare HÃ¤rte, wenn die Leistungen nach den Nrn.11, 19 und 21 BMÃ/E-GO in das Praxisbudget bzw. die Leistungen nach der Nr.851 BMÃ/E-GO in das qualifikationsgebundene Zusatzbudget fallen. Die streitigen Leistungen kÃ¶nnen, worauf die Beklagte und das SG bereits zutreffend hingewiesen haben, von der Vielzahl der AllgemeinÃ¤rzte bzw. von den fÃ¼r die Betreuung psychisch Kranker und Suchtkranker zustÃ¤ndigen NervenÃ¤rzten und Psychiater ebenfalls durchgefÃ¼hrt werden. Allein die Bereitschaft der KlÃ¤ger, in vermehrtem Umfang psychisch Kranke und Suchtkranke zu betreuen, als dies die anderen niedergelassenen AllgemeinÃ¤rzte in MÃ¼nchen tun, rechtfertigt eine Erweiterung ihres Praxisbudgets nicht. Jedenfalls ist nicht ersichtlich, dass dies zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs erforderlich wÃ¤re.

Das BSG hat in der Entscheidung vom 16. Mai 2001 (SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.31) festgestellt, dass die ab 1. Juli 1997 geltenden Praxisbudgets im Gegensatz zu den zwischen dem 1. Juli 1996 und dem 30. Juli 1997 geltenden Teilbudgets als Dauerregelung eingefÃ¼hrt wurden. Der zur Auslegung des Ausnahmetatbestandes der Nr.4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 vom BSG herangezogene Gesichtspunkt, aus GrÃ¼nden der VerhÃ¤ltnismÃ¤Ãigkeit dÃ¼rfe eine von vornherein nur befristete VergÃ¼tungsregelung bestimmte langjÃ¤hrig gewachsene Praxisausrichtungen nicht nachhaltig gefÃ¤hrden (BSG, SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.26), kÃ¶nne deshalb auf die Regelung in Nr.4.3 a.a.O. des EBM nicht Ã¼bertragen werden. Vor allem schlieÃe der mehrstufige Aufbau von allgemeinem Praxisbudget, qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets, bedarfsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets und AnsprÃ¼chen auf erweiterung von Praxis- und/oder Zusatzbudgets eine Auslegung dieser Vorschrift in dem Sinne aus, dass jedem Arzt die bestehende Ausrichtung seiner BehandlungstÃ¤tigkeit schlechthin ohne EinbuÃe beim Honorar auf Dauer garantiert werden kÃ¶nne.

Soweit die Rechtsprechung (BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.26) davon ausgegangen ist, dass ein Versorgungsschwerpunkt im Sinne der Nr.4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 grundsÃ¤tzlich nur gegeben

ist, wenn auf den als solchen geltend gemachten Leistungsbereich ein Anteil von mindestens 20 % der von der Praxis abgerechneten Gesamtzahl entfÃ¤llt, kann das auf die Auslegung des Merkmals "besonderer Versorgungsbedarf" im Sinne der Nr.4.3 a.a.O. des EBM nicht uneingeschrÃ¤nkt Ã¼bertragen werden. Die Vielzahl der Zusatzbudgets nach Nr.4.1 und 4.2 a.a.O. des EBM, deren vielfach geringes Leistungsvolumen und die MÃ¶glichkeit einer Praxis, mehrere Zusatzbudgets in Anspruch zu nehmen, werden es nur selten zulassen, dass ein Arzt allein mit Leistungen aus einem einzelnen Zusatzbudget 20 % der Gesamtpunktzahl seiner Praxis erreicht. Gleichwohl kann ein Versorgungsschwerpunkt im Sinne der zitierten Entscheidung des BSG (SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.26 S.137) auch im Rahmen der Ausnahmeregelung nach Nr.4.3 a.a.O. EBM Bedeutung haben, weil sich aus dessen Vorliegen RÃ¼ckschlÃ¼sse auf die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs ergeben kÃ¶nnen. Wie bereits ausgefÃ¼hrt, lÃ¤sst sich jedoch aus der vermehrten Erbringung der Leistungen nach den Nrn.11, 19, 21 und 851 BMÃ/E-GO durch die KlÃ¤ger ein besonderer Versorgungsbedarf fÃ¼r die allgemein- Ã¤rztliche Betreuung von psychisch Kranken und Suchtkranken in MÃ¼nchen nicht herleiten.

Es ist deshalb rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte in dem angefochtenen Bescheid vom 20. November 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Mai 2000 den Antrag des KlÃ¤gers auf Erweiterung und/oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets abgelehnt hat. Aus diesen GrÃ¼nden ist die Berufung der KlÃ¤ger gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 17. Oktober 2000 zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus Â§ 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG a.F., der vorliegend noch anzuwenden ist, und beruht auf der ErwÃ¤gung, dass die KlÃ¤ger mit ihrer Berufung ohne Erfolg blieben. Â§ 193 SGG a.F. gilt in vertragsÃ¤rztlichen Streitigkeiten, die vor dem 2. Januar 2002 rechtshÃ¤ngig geworden sind, in allen RechtszÃ¼gen fort. Im Hinblick auf die Ãbergangsregelung des Art.17 Abs.1 des 6. SGG-Ãnderungsgesetzes und aus GrÃ¼nden des auch verfassungsrechtlich gebotenen prozessualen Vertrauensschutzes kommen fÃ¼r die Kostentragungspflicht der Beteiligten die Vorschriften der Â§Â§ 154 ff. VwGO Ã¼ber Â§ 197a SGG nur in vertragsarztrechtlichen Streitverfahren zur Anwendung, die nach dem In-Kraft-Treten der Umgestaltung des Kostenrechts rechtshÃ¤ngig werden.

GrÃ¼nde, die Revision nach Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.

Erstellt am: 25.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024