S 38 KA 2157/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 38 KA 2157/00
Datum	12.12.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 54/02
Datum	12.11.2003

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 12. Dezember 2001 wird zurückgewiesen.
- II. Der Kläger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um eine Erweiterung bzw. Aussetzung der Praxis- bzw. Zusatzbudgets gemäß A I. Allgemeine Bestimmungen Teil B Nr.4.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (A I. B 4.3 EBM).

Der Kläger ist als Chirurg in H. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit Schreiben vom 14. Mai 1998 beantragte er die Erweiterung des ab dem 3. Quartal 1997 (3/97) geltenden EBM-Praxisbudgets und trug zur Begründung vor, er sei der einzige Chirurg im Landkreis E. mit einer Präsenzpflcht von 8.00 bis 18.00 Uhr. Der durch die Einföhrung des Praxisbudgets bedingte Rückgang des Honorars gefährde die Praxis in ihrer Existenz.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 4. November 1998 ab, weil die Prüfung durch die zuständige Kommission ergeben habe, dass die Voraussetzungen für eine Ausnahmeregelung nach A I. B 4.3 EBM nicht vorlägen. Der Kläger hat dagegen Widerspruch eingelegt mit der Begründung, die Praxisunkosten zehrten das monatliche Budget vollständig auf. Gegen Honorarkürzungen im Wege der Wirtschaftlichkeitsprüfung habe er sich aufgrund nachgewiesener Praxisbesonderheiten mit Erfolg zur Wehr gesetzt. Er sei der einzige Chirurg im Landkreis E. mit voller Präsenzpflicht und habe sich auf ausdrücklichen Wunsch der Beklagten in Herzogenrauch niedergelassen. Wenn er seine Praxis aufgeben müsste, sei die kassenärztliche Versorgung der Versicherten mit chirurgischen Leistungen akut gefährdet.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22. Juli 1999 zurück. Die vom Bewertungsausschuss mit Beschlüssen vom 19. November 1996/11. März 1997 zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxis- und Zusatzbudgets sollten zu einer Begrenzung der medizinisch nicht nachvollziehbaren Mengenausweitung und zur Reduzierung des Leistungsbedarfs in der ambulanten Versorgung führen. Eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets bis zur Höhe des in der Vergangenheit abgerechneten Leistungsvolumens sei deshalb in der Regel nicht möglich. Eine Erweiterung des Praxis- oder Zusatzbudgets gemäß A I. B 4.3 EBM komme nicht in Betracht. Nach den vorliegenden Unterlagen erbringe der Kläger allgemeinchirurgische Leistungen. Eine umfassende chirurgische Versorgung werde von ihm nicht angeboten bzw. abgedeckt. Für die erbrachten allgemeinchirurgischen Leistungen seien Sicherstellungsgründe nicht erkennbar, da diese auch von Ärzten anderer Fachgruppen erbracht würden.

Im Zuge eines Verfahrens vor dem Sozialgericht München (SG) betreffend die Honorare in den Quartalen 1 und 2/98 (Az.: S 38 KA 912/99 und S 38 KA 2131/99) erklärte sich die Beklagte in der mündlichen Verhandlung am 18. November 1999 bereit, über den Härtefallantrag des Klägers unter dem Gesichtspunkt, dass er der einzige niedergelassene Chirurg im Planungsbereich sei, erneut rechtsbehelfsfähig zu entscheiden. In Ausführung dieses Vergleichs erließ die Beklagte einen weiteren Widerspruchsbescheid vom 30. Mai 2000, mit dem sie den Widerspruch des Klägers gegen den die Budgeterweiterung ablehnenden Bescheid vom 4. November 1998 erneut zurückwies. Auch in diesem Bescheid vertrat die Beklagte die Auffassung, eine spezifisch chirurgische Versorgung werde vom Kläger nicht angeboten bzw. abgedeckt. Ein besonderer Versorgungsbedarf hinsichtlich der allgemeinchirurgischen Leistungen habe nicht ermittelt werden können. Im Planungsbereich E. erbrächten noch 92 weitere Ärzte (anderer Fachgebiete) diese Leistungen. Bei der Bildung der Praxisbudgets sei davon ausgegangen worden, dass Ärzte derselben Fachgruppe den ihnen obliegenden Versorgungsauftrag bei wirtschaftlicher Behandlungsweise mit einem in etwa vergleichbaren Punktzahlvolumen der arztgruppentypischen Standardleistungen erbringen könnten. Schwankungen bei einzelnen Fällen seien dadurch berücksichtigt, dass nicht für den einzelnen Behandlungsfall ein Höchstwert vorgegeben werde, sondern dem Vertragsarzt ein Punktzahlkontingent insgesamt zur Verfügung stehe, das sich aus dem durchschnittlichen Bedarf pro Fall bei der

Fachgruppe einerseits und aus der Fallzahl des Arztes andererseits errechne. Diese Vorgehensweise verstöße nicht gegen [Art.12 Abs.1 Grundgesetz \(GG\)](#). Dem Bewertungsausschuss stehe ein weiter normativer Gestaltungsspielraum zu, dessen Grenzen sich aus [Art.12 Abs.1 GG](#) ergäßen. Es sei nicht ersichtlich, dass der Kläger durch die angegriffene EBM-Regelung unzumutbar in seiner Berufsausübung beeinträchtigt werde, zumal das Grundrecht der Berufsfreiheit dem Vertragsarzt kein bestimmtes Honorar, kein bestimmtes Einkommensniveau und kein bestimmtes Honorar pro Behandlungsfall garantiere.

Der Kläger hat dagegen am 4. Juli 2000 Klage zum SG erhoben und zur Begründung unter anderem vortragen lassen, der neuerliche Widerspruchsbescheid erschöpfe sich größtenteils in einer Wiederholung der dem Kläger schon früher mitgeteilten Versagensgründe und stehe im Widerspruch zu den im Verhandlungstermin des SG vom 18. November 1999 getroffenen Feststellungen. Damals habe die Kammer deutlich gemacht, dass für den Kläger eine Ausnahmeregelung im Sinne von A I. B 4.3 EBM in Betracht komme, da er im Planungsbereich als einziger niedergelassener Chirurg tätig sei. Daraus resultiere ein besonderer Versorgungsbedarf. In dem nunmehr angefochtenen Widerspruchsbescheid sei davon keine Rede, obwohl der Kläger weiterhin der einzige niedergelassene Chirurg im Landkreis E. mit voller Praxispflicht sei. Der Kläger erbringe auch spezifisch chirurgische Leistungen, wie im Verhandlungstermin unter Heranziehung der Abrechnungsunterlagen klargelegt worden sei. Daran hätte sich die Beklagte bei der erneuten Verbescheidung des Widerspruchs halten müssen. Sie sei bei der erneuten Verbescheidung wie bei einem rechtskräftigen Bescheidungsurteil an die richterlichen Hinweise im Protokoll vom 18. November 1999 gebunden (Eyermann, VwGO, §113 Rdnr.44).

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 12. Dezember 2001 abgewiesen. Der Kläger unterliege nach A I. B 1 EBM in Verbindung mit Nr.1.5 der Budgetierung. Eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach der A I. B 4.3 EBM stehe ihm nicht zu. Nach der Rechtsprechung des BSG und des BayLSG dürfe von der Ausnahmeregelung A I. B 4.3 EBM nur äußerst restriktiv Gebrauch gemacht werden. Es müsse ein spezielles Leistungsspektrum angeboten werden. Die Durchsicht der Gesamtübersichten des Klägers zeige jedoch, dass er bei der Wundversorgung im Wesentlichen die Leistung nach EBM Nr. 2002 (Versorgung kleiner Wunden) erbringe und dabei den durchschnittlichen Abrechnungsumfang der Vergleichsgruppe deutlich überschreite. Die Leistungen der Chirurgie der Körperoberfläche (EBM Nrn. 2100 bis 2180) lägen unter dem Durchschnitt der Fachgruppe. Das gelte auch für die Extremitätenchirurgie und die Knochenchirurgie, wo der Kläger nur sechs bzw. vier Leistungen anbiete und diese unterdurchschnittlich abrechne. Aus dem Bereich der Gelenkchirurgie erbringe der Kläger ebenfalls nur zwei Leistungen; bei EBM Nr. 2405 (Einrenkung) liege er 422,40 % über dem Durchschnitt. Diese Übersicht zeige, dass ein Praxisschwerpunkt nicht auszumachen sei. Das Gericht könne die angespannte Honorarsituation des Klägers durchaus nachvollziehen, sehe aber keine rechtliche Handhabe, diese durch die Anwendung der Härtefallregelung zu verbessern.

Der Kläger hat gegen das am 25. März 2002 zugestellte Urteil am 15. April 2002 durch seinen Bevollmächtigten Berufung eingelegt. Nach dem Ergebnis des Verhandlungstermins vor dem SG vom 18. November 1999 habe der Kläger aufgrund der richterlichen Hinweise davon ausgehen dürften, dass in seinem Sinne über eine Ausnahme nach A I. B 4.3 EBM entschieden werde. Dies sei trotz der Bindungswirkung des Vergleichs und der richterlichen Hinweise nicht geschehen. Obgleich sich seit Abschluss des Vergleichs nichts geändert habe, habe das SG die Klage nunmehr abgewiesen. Dem vom SG herangezogenen Urteil des BSG vom 16. Mai 2001 und dem Urteil des BayLSG vom 7. Februar 2001 hätten völlig andere Sachverhalte zugrunde gelegen. Die Sicherstellung der Versorgung im Planungsbereich sei nicht mehr gewährleistet, wenn dem einzigen niedergelassenen Chirurgen Honorarkarzungen bis 54 % zugemutet würden. Der Kläger erbringe vermehrt allgemeinchirurgische Leistungen. Spezielle chirurgische Leistungen könne er in der Regel in der Praxis gar nicht erbringen, da dafür ein Anesthesist erforderlich wurre. Er habe sich in erster Linie um die Versorgung der gängigen Notfälle zu kammern. Im Vordergrund stehe die Versorgung größerer und kleinerer Wunden oder die ambulante Behandlung unfallbedingter Frakturen und Distorsionen sowie die Heilung akuter Schmerzen des Bewegungsapparates. Insoweit bestehe ein besonderer Versorgungsbedarf.

Im Erörterungstermin vom 6. August 2003 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mandliche Verhandlung einverstanden erklärt. Der Kläger hat in diesem Termin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 12. Dezember 2001 sowie des Bescheids vom 4. November 1998 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 22. Juli 1999 und vom 30. Mai 2000 zu verurteilen, über den Antrag des Klägers auf Aussetzung bzw. Erweiterung des Praxisbudgets gemäß A I. B 4.3 EBM vom 14. Mai 1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts München mit den Az.: [S 38 KA 2157/00](#), S 38 KA 2186/00, S 38 KA 2131/99 und S 38 KA 912/99 vor sowie die Berufungsakte mit den Az.: [L 12 KA 54/02](#). Auf den Inhalt dieser Akten wird ergänzend Bezug genommen. Beigezogen wurden außerdem Hufigkeitsstatistiken, Gesamtübersichten und Behandlungsausweise bis zum Quartal 1/03.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([S 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz â SGG -). Der Senat konnte ohne mandliche Verhandlung entscheiden, nachdem die Parteien sich mit diesem Verfahren im Erörterungstermin vom 6. August 2003 einverstanden erklärt haben ([S 124 Abs.2 SGG](#)).

Die Berufung erweist jedoch als unbegründet. Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens ist die Frage, ob der Kläger einen Anspruch auf Erweiterung des

Praxisbudgets in Anwendung der Bestimmung A I. B 4.3 EBM hat. Einen entsprechenden Antrag hatte die Beklagte bereits mit Bescheid vom 4. November 1998 abgelehnt und den dagegen gerichteten Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22. Juli 1999 zurückgewiesen. Ungeachtet der Bestandskraft dieser Bescheide hat die Beklagte aufgrund eines vor dem SG geschlossenen Vergleichs eine erneute Sachprüfung durchgeführt und einen weiteren Widerspruchsbescheid vom 30. Mai 2000 erlassen, mit dem der Widerspruch gegen den Bescheid vom 4. November 1998 erneut zurückgewiesen wurde. Bei diesem Widerspruchsbescheid handelte es sich um einen Zweitbescheid und damit um einen Verwaltungsakt, mit dem der Rechtsweg zu den Sozialgerichten erneut eröffnet wurde (vgl. Meyer-Ladewig, SGG nach Â§ 54 Rdnr.9). Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Gegen das mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997 in den EBM eingeführte System der Praxis- und Zusatzbudgets bestehen keine rechtlichen Bedenken (vgl. Urteile des BSG vom 8. März 2000 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.23](#), vom 16. Mai 2001 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.31](#) und vom 15. Mai 2002 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.34](#)). Als Chirurg unterliegt der Kläger gemäß A I. B 1. i.V.m. 1.5 EBM der Budgetierung. Die Höhe des Budgets wurde durch Multiplikation der Fallzahl des Klägers mit den Fallpunktzahlen nach A I. B 1.5 EBM ordnungsgemäß ermittelt. Einen Anspruch auf Erweiterung bzw. Aussetzung des Praxisbudgets gemäß A I. B 4.3 EBM hat der Kläger nicht. Nach dieser Bestimmung kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag eines Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/ oder Zusatzbudgets gewähren. Wie der Senat wiederholt entschieden hat (Urteile vom 26. Juli 2000, Az.: L 12 KA 136/97; vom 7. Februar 2001, Az.: [L 12 KA 60/99](#); vom 21. März 2001, Az.: [L 12 KA 99/99](#); vom 10. Oktober 2001, Az.: [L 12 KA 87/00](#); vom 13. März 2002, Az.: [L 12 KA 124/00](#) und [L 12 KA 14/01](#); vom 10. April 2002, Az.: [L 12 KA 145/00](#) und vom 23. Juli 2003, Az.: [L 12 KA 111/02](#)) handelt es sich bei A I. B 4.3 EBM um eine eng auszulegende Ausnahmenvorschrift mit dem Charakter einer Härtefallregelung (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.31](#)). Die Parteien des Bundesmantelvertrags haben diese Regelung in Ziffer 4 der Vereinbarung zur Einführung der Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (DÄ 1997, A 403) dahingehend ausgelegt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen können, 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 Heimen, erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil. Diese Tatbestände liegen beim Kläger sächlich nicht vor. Auch wenn die Aufzählung nicht abschließend ist, kommt eine Aussetzung bzw. Erweiterung des Praxis- und/oder der Zusatzbudgets gemäß A I. B 4.3 EBM nur in mit den in der Vereinbarung genannten Fällen vergleichbaren Tatbeständen in Betracht. Derartige Tatbestände sind vorliegend nicht erkennbar. Nach der Rechtsprechung des BSG (z.B. Beschluss vom 2. Juli 2002, Az.: B 6 KA 104/01 B) ist von einem "besonderen Versorgungsbedarf" im Sinne der Ziffer 4.3 a.a.O.

insbesondere dann auszugehen, wenn die Praxis des Arztes eine nachhaltig von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung aufweist, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt hat bzw. eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebiets vorliegt. Auch dies ist beim KlÄrger nicht erkennbar. Die Praxis weist keine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung auf. Der KlÄrger erbringt keine besonderen Behandlungsleistungen, die von anderen Chirurgen nicht oder nur sehr selten erbracht wÄrden. Auch ist ein Schwerpunkt im Bereich der Versorgung von Frakturen der ExtremitÄten nicht auszumachen. Die dazu gehÄrenden Leistungen finden sich im Kapitel N III. "ExtremitÄtenchirurgie" des EBM. Von diesen Leistungen rechnet der KlÄrger lediglich die Nrn. 2209 und 2210 (plastische Operation am Nagelball eines Fingers oder einer Zehe bzw. ErÄffnung eines subkutanen Panaritiums oder einer Paronychie) in Äberdurchschnittlicher HÄufigkeit ab. In konkreten Zahlen sind dies aber etwa im Quartal 1/98 nur 13 bzw. 14 Leistungen bzw. 9300 Punkte vor Budgetierung. Das sind bei einem Gesamtabrechnungsvolumen von 780.860 Punkten (vor Budgetierung) nur 1,2 %, so dass von einem Praxisschwerpunkt nicht ausgegangen werden kann. Im Quartal 2/98 waren es nur noch 1 % und in den Folgequartalen bis 1/03 so gar unter 1 %. Der Senat hat, wie auch bereits das SG, die HÄufigkeitsstatistiken des KlÄrgers durchgesehen und das Abrechnungsverhalten des KlÄrgers anhand der verschiedenen Teilgebiete der Chirurgie analysiert. Dabei konnte eine wie auch immer geartete Schwerpunktsetzung nicht erkannt werden. Signifikante DurchschnittsÄberschreitungen weist der KlÄrger im Bereich der chirurgischen Leistungen nur bei der Wundversorgung auf (EBM Nrn. 2002, 2004, 2011), doch ist auch dies nicht durchgÄngig. Die dafÄr angeforderten Punkte liegen zumeist weit unter 10 % der Gesamtanforderungen. Zudem fiel den mit zwei Ärzten als ehrenamtlichen Richtern fachkundig besetzten Senat bei Durchsicht der Behandlungsausweise eine nicht immer nachvollziehbare HÄufung von Leistungen auch bei banalen Erkrankungen auf, die mÄglichlicherweise die Ursache fÄr die hohe BudgetÄberschreitung ist.

Von KlÄrgerseite wird immer wieder in den Vordergrund gestellt, dass der KlÄrger der einzige niedergelassene Chirurg im Planungsbereich E. sei. Dieser Gesichtspunkt war auch der Grund dafÄr, dass sich die Beklagte in der Sitzung des SG vom 18. November 1999 zur nochmaligen Verbescheidung des HÄrtefallantrags verpflichtet hat. Es mag auch sein, dass dieser Umstand in vorangegangenen WirtschaftlichkeitsprÄfungsverfahren als Praxisbesonderheit anerkannt wurde (nach dem vom Senat aus den Behandlungsausweisen gewonnenen Eindruck mÄglichlicherweise zu Unrecht). Eine Aussetzung oder Erweiterung des Budgets gemÄß A I. B 4.3 EBM ist allein deswegen, weil der KlÄrger der einzige niedergelassene Chirurg im Planungsbereich ist, indessen nicht geboten. Es ist nÄmlich nicht ersichtlich, dass diese Tatsache zu einem verglichen mit den anderen niedergelassenen Chirurgen in Bayern hÄherem Leistungsbedarf pro Fall fÄhren mÄsste. Der Einblick in die Behandlungsausweise des KlÄrgers lieÄ keine HÄufung von besonders vielen schweren FÄllen mit erhÄhtem Leistungsbedarf erkennen. Solche wurden auch von KlÄrgerseite nicht namhaft gemacht. Eine Aussetzung oder Erweiterung des Praxisbudgets Äber A I. B 4.3 EBM wÄre aber nur dann geboten, wenn die oben genannten Kriterien erfÄllt

wären, etwa weil der Kläger gehäuft schwierige, kostenintensive chirurgische Leistungen ambulant erbringen müsste, weil andere Ärzte dafür nicht zur Verfügung ständen. Dies ist aber, wie bereits ausgeführt wurde, nicht der Fall. Aufwendige chirurgische Behandlungen sind vielmehr die Ausnahme. Bei der Praxis des Klägers handelt es sich, obgleich er der einzige niedergelassene Chirurg im Planungsbereich ist, um eine weit unterdurchschnittlich große Praxis, womit auch das Abrechnungsvolumen entsprechend niedrig ausfällt. Dies ist indessen kein nach A I. B 4.3 EBM zu berücksichtigender Tatbestand. Im Übrigen wird die der Budgetierung zugrunde liegende Fallpunktzahl für die Fälle bis zu 50 % des regionalen Fallzahldurchschnitts des Jahres 1995 der Arztgruppe ohnehin um 10 % erhöht (A I. B 2. EBM). Eine für die Rentabilität einer Praxis zu niedrige Fallzahl gehört zum unternehmerischen Risiko des freiberuflich tätigen Vertragsarztes und begründet keinen Anspruch auf Budgeterhöhung gemäß Nr.4.3 a.a.O.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem am 18. November 1999 vor der 38. Kammer des SG geschlossenen Vergleich. In dieser Sitzung hatte der Vorsitzende ausweislich der Niederschrift lediglich darauf hingewiesen, dass in ähnlich gelagerten Fällen bei der Frage, ob ein besonderer Versorgungsbedarf im Sinne von A I. B 4.3 EBM vorliege, auch auf den Umstand abgestellt worden sei, ob im Planungsbereich die Leistungen auch von anderen Ärzten angeboten würden. Wenn das der Fall sei, sei in der Regel ein besonderer Versorgungsbedarf verneint worden. Unter Anwendung dieser Gesichtspunkte auf den vorliegenden Fall, in dem festzustellen sei, dass der Kläger als einziger niedergelassener Chirurg im Planungsbereich tätig sei, wäre "unter Umständen ein besonderer Versorgungsbedarf zu bejahen" (vgl. Blatt 6 der SG-Akte mit dem Az.: S 38 KA 2186/00). Die Beklagte hat sich nur verpflichtet, über den Härtefallantrag des Klägers nach A I. B 4.3 EBM "unter Berücksichtigung der oben genannten Gesichtspunkte zu entscheiden und hierüber einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid zu erteilen" (a.a.O.). Ein bestimmtes Ergebnis der Entscheidungsfindung wurde nicht zugesagt. Die vom Vorsitzenden gegebenen Hinweise hat die Beklagte geprüft und in dem darauf erteilten neuerlichen Widerspruchsbescheid nachvollziehbar dargelegt, dass chirurgische Leistungen der vom Kläger angebotenen Art von 92 weiteren Praxen erbracht würden. Schon aus dem Wortlaut der getroffenen Vereinbarung geht hervor, dass sich die Beklagte ergebnisoffen zur neuerlichen Bescheiderteilung verpflichtet hatte. Auch der Vorsitzende der 38. Kammer hat keineswegs dezidiert festgestellt, dass der Kläger einen Anspruch auf Härtefallausgleich im Sinne von A I. B 4.3 EBM habe. Damit liegt ein in einem verbindlichen Bescheidungsurteil entsprechender Tatbestand ganz offensichtlich nicht vor, so dass die vom Klägerbevollmächtigten herangezogene Fundstelle bei Eyermann, [VwGO Â§ 113](#) Rdnr.44 nicht einschlägig ist. Nach allem war die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG München vom 12. Dezember 2001 als unbegründet zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs.4 SGG](#) a.F.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich, zumal die streitbefangene Budgetregelung im EBM mit Wirkung vom 1. Juli 2003 entfallen ist.

Erstellt am: 17.02.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024