
S 27 KA 346/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hamburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Hamburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 27 KA 346/98
Datum	16.05.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 KA 12/01
Datum	07.04.2004

3. Instanz

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

1. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 16. Mai 2001 wird zurÄckgewiesen. 2. Die Feststellungsklage wird als unzulÄssig abgewiesen. 3. Die KlÄgerin hat der Beklagten deren notwendige auÄergerichtliche Kosten auch fÄr das Berufungsverfahren zu erstatten. 4. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist die ErhÄlung des vertragsÄrztlichen Honorars in den Quartalen III/1997 bis II/1998, insbesondere im Wege nochmaliger Erweiterung des Praxisbudgets bzw. hÄherer VergÄtung homÄopathischer Leistungen.

Die KlÄgerin, Ärztin fÄr Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen "Psychotherapie" und "HomÄopathie", war in den streitigen Quartalen in Hamburg zugelassen. Die Beklagte hatte ihr mit Bescheid vom 30. August 1996 die widerrufliche Abrechnungsgenehmigung fÄr therapeutische Leistungen des Kapitels G II des Einheitlichen BewertungsmaÄstabes (EBM) erteilt und mit Bescheid vom 31. Oktober 1996 zu ihren Gunsten die Leistung nach Nr. 851 EBM aus dem Teilbudget "GesprÄchsleistungen" rÄckwirkend zum 1. Januar 1996

herausgenommen und außerhalb desselben als Einzelleistung vergütet. Ab dem 1. Juli 1997 gewährte sie der Klägerin das qualifikationsgebundene fallzahlabhängige Zusatzbudget "Psychosomatik, Äbende Verfahren" nach dem Äberschnitt in Höhe von 64 Punkten je Fall (A I. Teil B 4.1 EBM).

Die Abrechnung der Klägerin zu den Quartalen III/1997 bis II/1998 ergab einen Leistungsbedarf von 701.812,6 (Umsatz (US): 63.316,14 DM), 621.592,6 (US: 55.233,23 DM), 735.998,3 (US: 62.604,63 DM) und 691.213,3 Punkten (US: 61.330,07 DM) bei einem durchschnittlichen arztindividuellen Punktwert von 9,2, 8,89, 8,51 und 8,87 Pfennigen. In den jeweiligen Vorjahresquartalen hatte der Leistungsbedarf 797.008,2, 679.860,5, 807.645 und 783.351,9 Punkte bei einem durchschnittlichen arztindividuellen Punktwert von 7,77, 7,84, 7,63 und 7,54 Pfennigen betragen. Der Fallwert der Klägerin betrug in den streitigen Quartalen 231,08 DM, 211,62 DM, 235,36 DM und 235,88 DM, in den jeweiligen Vorjahresquartalen hatte er bei 239,07 DM, 207,37 DM, 240,75 DM und 229,90 DM gelegen. Die Fallzahlen der Klägerin betragen in den Quartalen III/1997 bis II/1998 274, 261, 266 und 260 (bei der Fachgruppe 790, 819, 849 und 805), in den Quartalen III/1996 bis II/1997 hatten sie 259, 257, 256 und 257 betragen (Steigerungen von 5,8%, 1,6%, 3,9% und 1,2%).

In den vier streitigen Quartalen hatte die Klägerin 241, 234, 234 und 233 Budgetfälle. Sie überschritt das Praxisbudget von 171.980,6, 168.995,2, 172.418,4 und 171.747,4 Punkten um 233.394,4, 163.995,2, 193.466,6 und 202.822,6 Punkte, das qualifikationsgebundene Zusatzbudget "Psychosomatik, Äbende Verfahren" von 15.424, 14.976, 14.976 und 14.912 Punkten um 52.151, 30.474, 38.624 und 29.738 Punkte. Leistungen nach Nr. 850 EBM, die 432, 420, 414 und 416 Praxen der Fachgruppe abrechneten, rechnete die Klägerin (Häufigkeit je 100 Fälle) 356%, 308%, 341% und 275 % über dem Fachgruppendurchschnitt (FGD), Leistungen nach Nr. 851 EBM, die 522, 524, 512 und 523 Praxen der Fachgruppe abrechneten, rechnete sie 188%, 17%, 171% und 140% über dem FGD ab. Bei den Leistungen nach Nr. 820, 821 und 822 EBM, die 31, 28 und 12 (30, 21, 10 und 29, 24, 10 sowie 30, 24, 11) Praxen der Fachgruppe erbrachten, lag die Klägerin 321%, 676% und 75% (331%, 558% und 8%, 394%, 578% und 47% sowie 322%, 417% und 98%) über dem FGD. Bei den unbudgetierten, voll vergüteten Einzelleistungen nach Nr. 860 und 861 EBM, die 62 bzw. 56 (57/53; 57/55 und 55/50) Praxen der Fachgruppe (719, 916, 718 und 718 Praxen) abrechneten, lag sie 48 % und 4%, 27% und 49%, 74% und 71% sowie 60% und 71% über dem FGD, jeweils verglichen mit den diese Leistungen ebenfalls erbringenden Ärzten. Leistungen der Psychotherapie (Nr. 860, 861, 868, 871 EBM) rechnete die Klägerin insgesamt mit 169.650, 150.800, 230.550 und 160.950 Punkten ab.

Den auf Aussetzung des Praxisbudgets für alle Gesprächs- und Untersuchungsleistungen bzw. ggf. Erweiterung des Praxisbudgets zur Sicherstellung der psychosomatischen und homöopathischen Versorgung gerichteten Antrag der Klägerin vom 20. Juni 1997 lehnte die Beklagte durch Bescheid vom 15. Dezember 1997 ab. Ein besonderer Versorgungsbedarf nach A I. Teil B 4.3 EBM liege nicht vor. Die weiteren Anträge auf wertmäßige Stützung der Einzelleistung nach Nr. 18 EBM und der zeitfixierten Gesprächsleistungen zur

Sicherstellung psychosomatischer und homöopathischer Versorgung lehnte die Beklagte im Bescheid vom 15. Dezember 1997 ebenfalls ab, weil eine Stützung dieser Leistungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) nicht vorgesehen sei.

Auf den Widerspruch der Klägerin, wegen dessen Begründung auf ihr Schreiben vom 24. Mai 1998 verwiesen wird, erhobte die Beklagte durch Teilabhilfebescheid vom 8. Januar 1999 das Praxisbudget rückwirkend ab dem Quartal III/1997 für 300 budgetrelevante Fälle um 450 Punkte je Behandlungsfall, weil die Klägerin in den Quartalen III/1997, I/1998 und II/1998 die Nrn. 850, 851, 822 und 11 EBM insgesamt in mehr als 100 % der Behandlungsfälle abgerechnet habe und Leistungsfälle mit den Nrn. 851, 11 und 822 EBM in mehr als 40 % der Gesamtbudgetfälle vorlägen. Damit erfüllte sie die für eine Erweiterung des Praxisbudgets von der Beklagten zugrunde gelegten Kriterien (wobei es sich inhaltlich allerdings um eine Erweiterung wegen der psychosomatischen Tätigkeit handele). Die Höhe der Budgeterweiterung errechne sich aus dem 2,5 fachen für die Nr. 851 EBM (2,5 mal 450 Punkte = 1.125 Punkte), die die Klägerin in den streitigen Quartalen im Durchschnitt 1,9, 1,7 (falschliche Angabe: 2,0), 1,8 und 1,8 mal je Fall abgerechnet habe. Von diesem Wert seien die Fallpunktzahl für das Praxisbudget und für das qualifikationsgebundene Zusatzbudget Psychosomatik von 610 bzw. 64 Punkten abgezogen worden. Die sich für die streitigen Quartale aus der Budgeterhöhung ergebenden Differenzbeträge von 9.094,61 DM, 8.899,96 DM, 8.558,26 DM und 9.158,64 DM schrieb die Beklagte dem Honorarkonto der Klägerin gut (Schreiben vom 11. März 1999). Deren Honorar, das in den Honorarabrechnungsbescheiden auf 65.917,44 DM, 57.795,25 DM, 64.486,07 DM und 62.858,46 DM festgesetzt worden war, erhöhte sich dadurch um diese Beträge. Im Ergebnis wurden der Klägerin damit von den von ihr insgesamt angeforderten Punkten 82,1, 89,2, 86,9 und 86,2 % abgerechnet (Fachgruppe: 86,4, 86,2, 85,2 und 86,7 %), während ihr von den angeforderten budgetierten Leistungen nur eine Quote von 63,5, 76,7, 70,6 und 70,3 % abgerechnet wurde.

Nachdem die Klägerin gegen die zu den Quartalen III/1997 bis II/1998 ergangenen Honorarabrechnungsbescheide vom 25. Februar, 26. Mai, 25. August und 24. November 1998 Widerspruch erhoben hatte (Schreiben vom 24. Mai, 22. Juni, 7. September und 21. Dezember 1998), wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Abrechnungsbescheid vom 25. Februar 1998 durch Widerspruchsbescheid vom 17. August 1998 und die Widersprüche gegen die anderen Abrechnungsbescheide sowie den Widerspruch gegen den Bescheid vom 15. Dezember 1997 in der Gestalt des Teilabhilfebescheids vom 8. Januar 1999 durch Widerspruchsbescheid vom 14. April 1999 zurück. Eine weitere Erhöhung des Praxisbudgets sei nicht möglich. Die Sicherstellung der psychosomatischen und homöopathischen Versorgung in Hamburg sei – wie schon im Abhilfebescheid vom 8. Januar 1999 ausgeführt – nicht gefährdet. Psychosomatische Leistungen würden von 522 (524, 512, 523) Praxen der Fachgruppe der Klägerin von insgesamt 719 (716, 718, 718) Praxen und auch von anderen Arztgruppen abgerechnet. Ein besonderer von der Fachgruppe abweichender Anspruch in der Therapieweise einer einzelnen Praxis könne im Hinblick auf die begrenzte Gesamtvergütung und das Wirtschaftlichkeitsgebot kein Maßstab für eine Budgeterhöhung sein. Für die

begehrten Stützungsmaßnahmen fehle es an einer Anspruchsgrundlage. Die Abrechnungsbescheide trügen dem HVM der Beklagten vom 19. Juni 1997 (Hamburger Ärzteblatt 1997, S. 353) und dem EBM Rechnung.

Hiergegen richten sich die am 17. September 1998 (S 3 KA 346/98) und am 14. Mai 1999 (S 3 KA 106/99) erhobenen, mit Schriftsätzen vom 13. Februar, 23. April, 15. und 16. Mai 2001 begründeten Klagen. Das auf eine weitere Erweiterung des Praxisbudgets (4.500 Punkte je Fall für maximal 300 Fälle) bzw. auf Erweiterung des Zusatzbudgets "Psychosomatik, ändernde Verfahren" gerichtete Begehren ist vor allem mit einer Spezialausrichtung der klinischen Praxis im Hinblick auf ihre psychosomatische/psychiatrische und homöopathische Behandlung begründet worden. Im Übrigen würden die homöopathischen Leistungen (Erst- und Folgeanamnese) nach dem EBM nicht angemessen vergütet.

Das Sozialgericht hat die Klagen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und sie durch Urteil vom 16. Mai 2001 abgewiesen. Es sei nicht ersichtlich, dass die schwerpunktmäßige psychosomatische bzw. homöopathische Praxis der Klägerin eine (nochmalige) Erweiterung des Praxisbudgets fordere. Die Honorarabrechnungen sämtlicher Quartale folgten in ihrer Umsetzung den Bestimmungen des EBM und des HVM. Einen Anspruch auf besondere Vergütung der klassischen homöopathischen Erstanamnese sehe der geltende EBM nicht vor. Der HVM sei, soweit die Honorarbescheide auf ihm beruhen, rechtmäßig.

Gegen das ihr am 9. Juli 2001 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 7. August 2001 Berufung eingelegt. Sie hat statistisches Material von der Beklagten (Schreiben vom 23. Oktober 2001) ermitteltes Material über ihre Praxis zu den in Rede stehenden Quartalen vorgelegt. Außerdem hat sie die Vergütung homöopathischer Leistungen betreffende Schreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 8. Juli und 3. November 1997, 25. August 1998 und 23. Mai 2001 eingereicht. Im Vergleich zur Fachgruppe sei sie bei den Leistungen des grünen und gelben Bereichs deutlich stärker durch Kürzungen betroffen. Die Bescheide der Beklagten seien nicht ausreichend begründet, litten unter Abwägungsmängeln, ließen eine Auseinandersetzung mit ihrem homöopathischen Versorgungsschwerpunkt vermissen und den Mehrbedarf bei den Leistungen der psychiatrischen Versorgung unberücksichtigt. Der Umstand ihrer strukturell kleinen Praxis sei ausgleichspflichtig. Bei ihr bestehe insoweit fachgruppenuntypisch bezogen auf die budgetierten Leistungen eine besonders hohe Budgetierungsquote. Der Bewertungsausschuss habe seine Kompetenz missbräuchlich ausgeübt, weil die homöopathischen Leistungen auf Grund der Vorgaben des EBM rechtswidrig (Abrechnungsmöglichkeit lediglich nach Nr. 1 oder 2 EBM für die Erst- und Folgeanamnese) unzureichend vergütet würden. Ihre Praxis weise insgesamt eine so besondere, von der Durchschnittspraxis abweichende Versorgungsstruktur auf, dass im Rahmen der Systematik der Kalkulation von Praxisbudgets eine angemessene, am Gedanken der Honorarverteilungsgerechtigkeit orientierte Vergütung nicht erreicht werden könne. Wegen ihrer Praxisbesonderheiten seien deshalb weitere Erweiterungen des Praxis- und/oder Zusatzbudgets vorzunehmen. Für den Fall, dass das

Rechtsschutzbedürfnis bezüglich der Angemessenheit der Vergütung der homöopathischen Leistungen fehlen sollte, sei insoweit jedenfalls die Rechtswidrigkeit des EBM festzustellen.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 16. Mai 2001 aufzuheben sowie den Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 15. Dezember 1997 in der Gestalt des Abhilfebescheides vom 8. Januar 1999 und die Abrechnungsbescheide von 25. Februar, 26. Mai, 25. August und 24. November 1998 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 17. August 1998 und 14. April 1999 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden;

hilfsweise festzustellen, dass die Vergütung homöopathischer Leistungen im EBM unzureichend geregelt und der Bewertungsausschuss verpflichtet ist, Abrechnungspositionen für die Homöopathie in den EBM aufzunehmen; höchstzulässig die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und führt im Hinblick auf Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 16. Mai 2001 ([B 6 KA 47/00 R](#), [B 6 KA 53/00 R](#)) aus, die Problematik der Praxis der Klägerin bestehe darin, dass sich ihre Praxis auf Grund ihrer speziellen Behandlungsausrichtung in ihrer Leistungsstruktur erheblich von der allgemeinärztlichen "Norm-Hausarztpraxis" unterscheide. Das zeige sich insbesondere an einer auch nach Budgeterweiterung relativ hohen Budgetierungsquote – bezogen auf die budgetierten Leistungen –, an einer fachgruppenüblichen Budgetierungsquote – bezogen auf das Gesamtleistungsspektrum – und an einer kleinen Fallzahl. Bei einer Gesamtbetrachtung der Honorarsituation halte sich die Belastung der Klägerin durch die Budgetierung nach der Budgeterweiterung aber im Rahmen des fachgruppenüblichen. Eine darüber hinausgehende Honorarstützung sei weder notwendig noch zulässig. Eine fachgruppenübliche Honorarminderung sei von der Klägerin hinzunehmen. Zwar stelle sich ihre Gesamteinnahmesituation wegen der relativ niedrigen Fallzahlen insgesamt ungünstiger dar als bei einer Praxis mit fachgruppendurchschnittlicher Fallzahl. Dies verpflichte jedoch nicht zu einer Herabvergütung der abgerechneten Leistungen, zumal die Klägerin keine ausschließlich psychotherapeutische Praxis führe. Eine Herabvergütung der homöopathischen Einzelleistungen sei nach dem geltenden EBM nicht möglich. Sie hätte im Übrigen mit Blick auf ein Vergütungssystem mit Praxisbudgets im Falle der Klägerin, die ihre Budgets deutlich überschritten habe, insgesamt auch keine Herabvergütung zur Folge. Für eine abstrakte Feststellung der Rechtswidrigkeit der Vergütung homöopathischer Leistungen ohne finanzwirksame Folgen fehle es am Rechtsschutzbedürfnis.

Wegen des weiteren Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, diverser Unterlagen der

Klägerin und auf die Prozessakten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist statthaft, form- und fristgerecht eingelegt und auch im übrigen zulässig ([§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Das Rechtsmittel ist indes unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Abrechnungsbescheid vom 25. Februar 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. August 1998, der Bescheid vom 15. Dezember 1997 in der Gestalt des Abhilfebescheides vom 8. Januar 1999 und die Abrechnungsbescheide vom 26. Mai, 25. August und 24. November 1998 sind alle diese Bescheide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. April 1999 sind rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf höheres vertragsärztliches Honorar in den streitigen vier Quartalen. Insbesondere hat sie insoweit in den Rechtswirkungen über diese Quartale hinausgehend weder Anspruch auf (weitere) Erweiterung ihres Praxisbudgets bzw. auf Erweiterung ihres Zusatzbudgets "Psychosomatik, übende Verfahren" noch auf höhere Vergütung ihrer homöopathischen Leistungen. Ihre hilfsweise erhobene Feststellungsklage ist unzulässig.

Im Streit ist in erster Linie, zumal die Beteiligten die Rechtmäßigkeit der Vorschriften des EBM über die Einföhrung der Praxisbudgets zum 1. Juli 1997, welche in den Vorschriften des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eine ausreichende Rechtsgrundlage haben (BSG v. 8. März 2000 [B 6 KA 7/99 R](#), [BSGE 86.16 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 24](#)), nicht in Frage stellen, ob die Beklagte verpflichtet ist, über den Umfang der Erweiterung des Praxisbudgets der Klägerin erneut zu befinden. Das ist nicht der Fall, denn die Klägerin keinen Anspruch auf (weitere) Erhöhung ihres Budgets. Ein Ermessensfehler bezüglich der eingeräumten Budgeterhöhung liegt nicht vor.

Als zur Gruppe der Allgemeinärzte/Praktischen Ärzte gehörende Vertragsärztin unterlag die Klägerin ab 1. Juli 1997 gem. A I. Teil B 1.5 EBM einem Praxisbudget mit Fallpunktzahlen von 760 (Versicherte (V)), 585 (Mitglieder/Familienversicherte (M/F)) und 1175 (Rentner (R)). Zu den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten mit mehr als 90% ihres Gesamtleistungsbedarfs aus den Abschnitten G IV., G V. und den Leistungen nach Nr. 855 bis 858 des Abschnitts G III EBM. bzw. zu den Ärzten für Psychotherapeutische Medizin gehörte die Klägerin nicht (A I. Teil B 1.5 EBM). Allerdings zählte sie zum Fallzahlbereich A (alle Fälle bis zu 50% des regionalen Fallzahldurchschnittes des Jahres 1995 der Arztgruppe, vgl. A I. Teil B 2. EBM), so dass ihre Fallpunktzahl für das Praxisbudget nach Nr. 1.5 a.a.O. um 10 % angehoben wurde. Hinsichtlich der Leistungspositionen nach Nr. 850 bis 858 EBM stand ihr außerdem das qualifikationsgebundene fallzahlabhängige Zusatzbudget "Psychosomatik, übende Verfahren" nach A I. Teil B 4, 4.1 EBM zur Verfügung. Die Beklagte hat das Honorar der Klägerin nach den genannten Vorschriften des EBM und nach ihrem HVM berechnet und es in Ausführung des Teilabhilfebescheides vom 8.

Januar 1999 um die sich aus der Budgeterhöhung ergebenden Differenzbeträge erhob. Auf eine weitere Budgeterhöhung hat die Klägerin kein Recht.

Nach A I. Teil B 4.3 EBM kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall "zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. Dieser Regelung kommt nicht nur objektiv-rechtlicher Charakter zu, sondern sie begründet auch ein subjektives Recht des betroffenen Arztes zumindest auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung über die Erweiterung eines Praxis- bzw. Zusatzbudgets bei Vorliegen der in der Norm geregelten Voraussetzungen. Das Merkmal "zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" knüpft (u. a.) an die Struktur der einzelnen Praxis an, die kraft ihrer Ausrichtung in der Lage ist, einen solchen Bedarf zu decken. Im übrigen dient A I. Teil B 4.3 EBM der Vermeidung von Härten, die mit den Praxisbudgets im Einzelfall verbunden sein können. Bei der Prüfung, ob die Voraussetzungen der "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" im Einzelfall erfüllt sind, steht der Kassenärztlichen Vereinigung ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkter zugänglicher Beurteilungsspielraum nicht zu (vgl. BSG v. 16. Mai 2001 – [B 6 KA 53/00 R](#), [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 31](#) = [MedR 2002,165](#)). Die Voraussetzungen, unter denen ab dem 1. Juli 1997 das Praxisbudget eines Arztes erweitert werden kann, sind allerdings enger als diejenigen, unter denen nach Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 in den Quartalen III/96 bis II/97 Ausnahmen von den Teilbudgets gewährt werden konnten. Das jetzige Merkmal "besonderer Versorgungsbedarf" stellt stärker auf objektive Kriterien in dem Sinne ab, dass ein bestimmtes Leistungsangebot einer Praxis unter Sicherstellungsaspekten erforderlich ist (BSG v. 16. Mai 2001 – [B 6 KA 53/00 R](#), a.a.O.). Eine Auslegung von A I. Teil B 4.3 EBM in dem Sinne, dass jedem Arzt die bestehende Ausrichtung seiner Behandlungstätigkeit schlechthin ohne Einbuße beim Honorar auf Dauer garantiert werden müsste, ist mithin ausgeschlossen. Der "besondere Versorgungsbedarf" ist gebunden an eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe nachhaltig abweichende Praxisausrichtung, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis hat. Indizien für eine entsprechende Spezialisierung sind z. B. ein gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe signifikant erhöhter Anteil der im qualifikationsgebundenen Zusatzbudget enthaltenen Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen in der Vergangenheit sowie – wie ausgeführt – eine im Leistungsangebot bzw. in der Behandlungsausrichtung der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung.

Die Beklagte ist im Abhilfebescheid vom 8. Januar 1999 von einem "besonderen Versorgungsbedarf" ausgegangen. Sie hat eine Erweiterung des Praxisbudgets gewährt, weil die überprüfung der Honoraranforderungen der Klägerin aus der Vergangenheit ergeben habe, "dass das in Rede stehende Leistungsspektrum für die Praxis der Klägerin einen Versorgungsschwerpunkt ergebe". Im Widerspruchsbescheid hat sie dann erneut ausgeführt, die Sicherstellung der

psychosomatischen (und der homöopathischen) Versorgung in Hamburg sei nicht gefährdet, und ferner, dass die ihrer Entscheidung zugrunde liegenden Kriterien (Abrechnungshöufigkeit der Nrn. 850, 851, 822 und 11 EBM) dem Schutz bestehender psychosomatischer Versorgungsschwerpunkte dienen. Ob diese Begründung genügt, um einen sicherzustellenden "besonderen Versorgungsbedarf" als eines objektiven Kriteriums (Erforderlichkeit eines bestimmten Leistungsangebots der klinischen Praxis unter Sicherheitsaspekten) feststellen zu können, ist allerdings zweifelhaft. Es spricht nämlich einiges dafür, dass die Beklagte hierbei lediglich auf den Nachweis eines Versorgungsschwerpunktes, wie er nach der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 (DÄ 1996, S. A 2814) gefordert wurde, abgestellt hat, was nach der Rechtsprechung des BSG für eine Bedarfsfeststellung nach A I. Teil B 4.3 EBM nicht ausreicht. Der zur Auslegung des Ausnahmetatbestandes der Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 herangezogene Gesichtspunkt, aus Gründen der Verhältnismäßigkeit dürfe eine von vornherein nur befristete Vergütungsregelung bestimmte langjährig gewachsene Praxisausrichtungen nicht nachhaltig gefährden, kann nach Auffassung des BSG nämlich nicht auf die Regelung in A I. Teil B 4.3 EBM übertragen werden (BSG v. 16. Mai 2001, [B 6 KA 53/00 R](#), a.a.O.). Da die positive Entscheidung der Beklagten über die Erweiterung des Praxisbudgets im Rechtsstreit über die nochmalige Erweiterung dieses Budgets im Hinblick auf das Merkmal "besonderer Versorgungsbedarf" aber keine Tatbestandswirkung entfaltet, ist der Senat nicht der eigenen Feststellung darüber enthoben, dass ein "besonderer Versorgungsbedarf" vorliegt. Nur wenn dieser feststeht, kann es deshalb darauf ankommen, ob die Beklagte die Erhöhung des Budgets ermessensfehlerfrei â nachvollziehbar â vorgenommen hat.

Der Senat hat zwar keinen Zweifel, dass im Leistungsangebot der Praxis der Klinikerin, bedingt durch die von ihr erworbenen Zusatzbezeichnungen und das Zusatzbudget "Psychosomatik, Äbende Verfahren" sowie die Berechtigung zur Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen, eine Spezialisierung tatsächlich zum Ausdruck kommt. Schwerer fllt indes die Feststellung, dass sich die Abweichung ihrer Praxis von der Typik ihrer Arztgruppe auch in von der Fachgruppe abweichenden Anteilen des auf bestimmte Leistungen entfallenden Punktzahlvolumens messbar niederschgt (vgl. BSG v. 15. April 2002 â [B 6 KA 95/01 B](#), unveröffentlicht). Die Klinikerin rechnete in den streitigen Quartalen 73,3%, 70,4%, 74,5% und 73,0% (= 514.409; 437.621; 548.604; und 504.554 Punkte) ihrer Gesamtpunktzahlanforderung mit nicht budgetierten Leistungen ab, folglich fielen nur 26,7%, 29,6%, 25,5% und 27 Prozent der Gesamtpunktzahlanforderung auf budgetierte Leistungen. Der Anteil ihrer Punktzahlen, die auf Leistungen aus dem Zusatzbudget "Psychosomatik, Äbende Verfahren" entfielen, belief sich in allen Quartalen auf deutlich weniger als 10% der Gesamtpunktzahlanforderung. Durch die von der Beklagten vorgenommene Nachvergütung (Budgeterweiterung), die die Beklagte ausdrücklich als "Erweiterung wegen der psychosomatischen Tätigkeit" verstanden wissen will, wurde das Zusatzbudget "Psychosomatik, Äbende Verfahren" in allen streitigen Quartalen faktisch auf das Siebenfache seines Ausgangswertes erhöht. Die Kürzungen bei den budgetierten Leistungen bewegten sich bei der Klinikerin nach

ihren Angaben zwischen 23% und 37,4%. Bei der Fachgruppe, die im Durchschnitt 1.067.707,0, 1.114.671,6, 1.115.893,8 und 1.045.306,6 Punkte abrechnete, betrug der durchschnittliche Anteil der nicht budgetierten Leistungen 22,6%, 22,4%, 19,1% und 19% und die durchschnittliche Punktzahlminderung 140.456,5; 147.981,2; 156.249,8 und 131.611,1 Punkte. Das entspricht bei den budgetierten Leistungen einer Kürzung von 17%, 17,1%, 17,3% und 15,5%.

Diesen Daten kann nicht entnommen werden, dass z.B. die psychosomatischen Leistungen des Zusatzbudgets einen bedeutenden Anteil der Gesamtpunktzahlanforderung der Klägerin gestellt haben. Sie hatten nur einen Anteil von zwischen knapp 10% und gut 6% ihrer Honoraranforderung. Zwar kann nach der Entscheidung des BSG vom 16. Mai 2001 ([B 6 KA 53/00 R](#), aaO) bei der Auslegung des Merkmals "besonderer Versorgungsbedarf" in Abweichung von dem zum Versorgungsschwerpunkt iS der Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 ergangenen Urteil vom 6. September 2000 ([B 6 KA 40/99 R](#), [BSGE 87, 112](#) = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 26](#)) nicht stets verlangt werden, dass auf den als solchen geltend gemachten Leistungsbereich ein Anteil von mindestens 20% der von der Praxis abgerechneten Gesamtpunktzahl entfällt, weil die Vielzahl der Zusatzbudgets es nur selten zulässt, dass ein Arzt allein mit den Leistungen aus einem einzelnen Zusatzbudget 20% der Gesamtpunktzahl seiner Praxis erreicht. Jedoch liegt hier der Anteil der Punktzahlen der Klägerin für die psychosomatischen Leistungen im Vergleich zum Gesamtpunktzahl um die Hälfte bis zu einem Drittel niedriger als bei dem genannten Richtwert, so dass die Annahme eines "besonderen Versorgungsbedarfs" schon deshalb kaum in Betracht zu ziehen ist. Hinzu kommt, dass die (unbudgetierten) psychotherapeutischen Leistungen der Klägerin vollständig abgerechnet worden und deshalb zur Begründung einer Erweiterung des Praxisbudgets nicht geeignet sind.

Der Umstand einer kleinen Praxis, die die Klägerin hatte nur zwischen 27,6% und 30,5 % der Fallzahlen ihrer Fachgruppe und der Umstand, dass die Klägerin zwischen 70,4 % und 74,5% ihrer Gesamtpunktzahlanforderung aus nicht budgetierten Leistungen bestritt, während es bei der Fachgruppe praktisch umgekehrt war (77,4 % bis 81% budgetierte Leistungen), geben keinen eigenständigen Anhaltspunkt für die Annahme eines besonderen Versorgungsbedarfs (vgl. BSG v. 2. April 2003 ([B 6 KA 38/02 R](#), [SGB 2003, 337](#))). Die Beklagte ist nicht verpflichtet, deshalb Ausgleichsmaßnahmen iS einer Budgeterhöhung vorzunehmen. Die Klägerin war nicht gehindert, ihre Fallzahlen zu erhöhen, zumal sie keineswegs ausschließlich psychotherapeutisch tätig war. Dass ihre Budgetierungsquote, bezogen auf die budgetierten Leistungen, auch nach Budgeterweiterung noch relativ hoch ist, gibt für die Annahme eines "besonderen Versorgungsbedarfs" ebenfalls nichts her. Allenfalls kommt darin ein Abrechnungs- bzw. Behandlungsverhalten der Klägerin zum Ausdruck, das zur erheblichen Überschreitung des Praxisbudgets geführt hat.

Schließlich gibt die homöopathische Behandlungsweise, auf die das System der Praxisbudgets ohnehin nicht zugeschnitten ist, keinen Grund, das Praxisbudget zu erweitern. Die Klägerin wick in den streitigen Quartalen bei den Leistungen nach

Nrn. 1 (M), 1(R) und 2 die bei einer Erst- und Folgeanamnese anzurechnen sind mit 4%, 1%, 3% und 1 %, 6%, 3%, 4% und 3% sowie 72%, 22%, 58% und 56% nicht auffällig von der Fachgruppe ab, so dass kaum anzunehmen ist, dass homöopathische Leistungen einen nennenswerten Anteil an ihrer Gesamtpunktzahlanforderung hatten.

Wenn die Beklagte ausführt, dass die Praxis der Klägerin nicht den typisierenden Vorstellungen des EBM entspreche und sich aufgrund ihrer speziellen Behandlungsausrichtung erheblich von der allgemeinärztlichen "Norm-Hausarztpraxis" unterscheide, so mag dies zutreffen und soll vom Senat nicht in Abrede gestellt werden. Mit einem "besonderen Versorgungsbedarf" iS von A I. Teil B 4.3 EBM ist dies aber nicht zwangsläufig gleichzusetzen.

Selbst wenn aber obwohl die von der Rechtsprechung hierfür geforderten Indizien für den Senat nicht hinreichend erkennbar sind ein "besonderer Versorgungsbedarf" vorliege, insbesondere durch das Kriterium der Abrechnungsfähigkeit der Leistungen nach Nrn. 850, 851, 822 und 11 EBM begründet wäre (die budgetierten hausärztlichen Gespräche nach Nrn. 10 und 11 EBM rechnete die Klägerin minus 73, 69, 73 und 84% bzw. minus 91, 95, 81 und 53 % unter dem FGD ab), so hielte die Entscheidung der Beklagten im Ergebnis einer Ermessensüberprüfung stand. Der besondere Versorgungsbedarf ist von ihr mit besonderen Voraussetzungen des Abschnitts G III. des EBM begründet worden. Die eingeräumte Budgeterweiterung ist so groß, dass hierdurch sowohl die gesamte Punktzahlanforderung aus dem Zusatzbudget "Psychosomatik, Äbende Verfahren" abrechnungsfähig geworden als auch darüber hinaus noch zusätzliches Honorar in Höhe von 40.875, 59.850, 51.700 und 60.200 Punkten ausgeschüttet worden ist. Hiermit ist zugleich ein etwaiger höherer Bedarf bei den Einzelleistungen nach Nrn. 820, 821 und 847 abgedeckt, auf die sich nach den Abrechnungsunterlagen der Behandlungsschwerpunkt der Klägerin im Teilbereich des Abschnitts G II. (Psychiatrie, Kinder -und Jugendpsychiatrie) konzentriert, während sie bei anderen Leistungen dieses Abschnitts unauffällig ist oder sogar erheblich unter dem FGD liegt. Mehr kann die Klägerin, zumal sie keine weiteren Behandlungsschwerpunkte dargetan hat, auf die sich ihr Leistungsspektrum wegen eines besonderen Versorgungsbedarfs fokussiert, nicht an Budgeterweiterung verlangen.

Zu Recht weist die Beklagte im Übrigen darauf hin, dass sie mit der Budgeterweiterung auch Härtegesichtspunkten Rechnung getragen hat. Denn nunmehr hält sich die Abrechnungsquote der Klägerin bezüglich der von ihr insgesamt angeforderten Leistungen im Rahmen des Fachgruppenüblichen. Dass sich die Gesamteinnahmesituation der Klägerin im Ergebnis dennoch ungünstiger darstellt als bei der durchschnittlichen Vergleichspraxis, gebietet keine weitere Erweiterung eines Budgets iSd A I. Teil B 4.3 EBM. Ein bloßer Honorarausgleich ist nicht Zielrichtung dieser Vorschrift. Der Vergleich mit den jeweiligen Vorjahresquartalen der Klägerin ergibt im Übrigen, dass die ab 1. Juli 1997 geltende Budgetierung zu bedeutenden Honorareinbrüchen bei der Klägerin nicht geführt hat.

Die Honorarbescheide sind auch nicht deshalb rechtswidrig, weil etwa die homöopathischen Leistungen zu niedrig vergütet worden sind. Der Senat teilt die Auffassung des Sozialgerichts, dass die Sozialgerichte nicht berechtigt sind, von sich aus über die Kompetenzen des Bewertungsausschusses und der Partner der Bundesmantelverträge hinaus für die homöopathischen Leistungen eine höhere Vergütung zuzusprechen, als im EBM festgelegt ist. Abgesehen davon, dass nicht jede Einzelleistung, die ein Arzt erbringt, einen Gewinn erbringen muss oder zumindest keinen Verlust bewirken darf, könnte das Gericht allenfalls dann eingreifen, wenn die Angemessenheit der ärztlichen Vergütung hier tatsächlich ernsthaft und unzumutbar verletzt wäre. Davon kann nicht ausgegangen werden. Insoweit nimmt der Senat auf die überzeugenden Ausführungen des Sozialgerichts Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Abgesehen davon führte, worauf die Beklagte zu Recht hingewiesen hat, eine Erhöhung des Honorars für die homöopathischen Leistungen im vorliegenden Fall zwar zu einer erhöhten Gesamtpunktzahlanforderung, könnte aber angesichts der vom Praxisbudget gezogenen Vergütungsgrenze, welche die Klägerin auch nach Budgeterhöhung noch eindeutig überschreitet, im Ergebnis keine höhere Honorarauszahlung bewirken, zumal die auf weitere Budgeterhöhung gerichtete Klage keinen Erfolg hat.

Die Feststellungsklage mit dem Begehren, die Rechtswidrigkeit des EBM bezüglich der (unterlassenen) Vergütung für homöopathische Leistungen festzustellen, ist unzulässig. Es liegt eine Klageänderung vor, der die Beklagte nicht zugestimmt hat ([§ 99 Abs. 1 SGG](#)). Der Senat hält die Feststellungsklage für nicht sachdienlich. Zwar hat das BSG im Beschluss vom 17. Mai 2001 ([B 6 KA 8/00 R](#), [MedR 2003, 242](#)) im Falle einer Ärztin mit der Zusatzbezeichnung "Homöopathie" ausgeführt, dass einem Arzt, der mit der Konkretisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit allgemein geltenden rechtlichen Maßstäbe durch die ihn zuständigen Körperschaften bzw. Institutionen im Einzelfall nicht einverstanden ist, zuzumuten sei, sich um eine Klärung gegebenenfalls unter Einschaltung der Sozialgerichte zu bemühen, wofür die Feststellungsklage nach [§ 55 SGG](#) ein geeigneter Weg sein könne. Eine solche Feststellungsklage im Rahmen eines die Vergütung der Quartale III/1997 bis II/1998 betreffenden Berufungsverfahrens zu erheben, ist aber nicht sachdienlich. Ungeachtet dessen, ob für eine solche Klage wegen ihrer auf Grund der Budgetierung selbst im Erfolgsfall möglicherweise finanzunwirksamen Folgen ein Rechtsschutzbedarf besteht, bedurfte es u. a. noch der Beiladung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der KBV. Zudem würde der Rechtsstreit auf eine völlig neue Basis gestellt. Die Klägerin, die nach ihren Angaben seit 2004 eine Zulassung in Hessen erhalten hat, mag ihr Begehren in einem eigenständigen Verfahren verfolgen. Im gegen die Beklagte geführten Berufungsverfahren ist dies nicht zulässig.

Nach alledem hat die Berufung keinen Erfolg und ist zurückzuweisen. Die Feststellungsklage ist abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung.

Der Senat hat die Revision gem. [Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen hierfür fehlen.

Erstellt am: 10.09.2004

Zuletzt verändert am: 23.12.2024