L 12 KA 111/02

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 43 KA 1879/98
Datum
06.02.2002
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 111/02
Datum
23.07.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. Februar 2002 wird zurückgewiesen.
II. Der Kläger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger ist als Hals-Nasen-Ohren-Arzt in M. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

I.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 23. Juni 1997 u.a. die Erweiterung seines Praxisbudgets hinsichtlich der Leistungen nach den Nrn. 1545, 1547, 1555, 1560, 1591 und 1597 BMÄ/E-GO beantragt. Zur Begründung wies der Kläger auf einen Praxisschwerpunkt in der Ohrchirurgie hin mit einem diesbezüglichen hundertprozentigen Überweisungsanteil.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 29. Januar 1998 den Antrag abgewiesen, weil die Voraussetzungen für eine Ausnahme nach den Allgemeinen Bestimmungen A.I.B.4.3 des EBM nicht vorliegen würden.

Der hiergegen am 2. März 1998 eingelegte, nicht näher begründete Widerspruch des Klägers wurde mit Widerspruchsbescheid vom 24. September 1998 zurückgewiesen. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A.I.B.4.3 des EBM könne die zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/ oder Zusatzbudgets gewähren. Der Vorstand der Beklagten habe dazu im Einzelfall Kriterien festgelegt, die kumulativ vorliegen müssten. Danach müsse der Überweisungsanteil um mindestens 50 % über dem Arztgruppendurchschnitt und der Fallwert des Arztes mindestens 50 % über dem Fallwert der Arztgruppe liegen und der Anteil der Überweisungen müsse mindestens 10 % betragen. Der Überweisungsanteil der Arztgruppe des Klägers habe im Quartal 3/96 12,1 % und im Quartal 1/97 11,9 % betragen, der Überweisungsanteil des Klägers habe dagegen im Quartal 3/96 18,0 % (+ 48,76 %) und im Quartal 1/97 17,1 % (+ 43,7 %) betragen und liege damit nicht um mehr als 50 % über dem Überweisungsanteil der Arztgruppe. Der Fallwert der Arztgruppe habe für das Quartal 3/96 1.329,4 Punkte und für das Quartal 1/97 1.396,4 Punkte betragen, der Fallwert des Klägers habe für das Quartal 3/96 1.307,0 Punkte und für das Quartal 1/97 1.446,6 Punkte betragen und habe damit nicht um mehr als 50 % über dem Fallwert der Arztgruppe gelegen. Der Anteil der Überweisungen an der Gesamtfallzahl der Praxis betrage beim Kläger im Quartal 3/96 18,0 % und im Quartal 1/97 17,1 % und liege daher über den vom Vorstand beschlossenen 10 %.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers zum Sozialgericht München vom 16. Oktober 1998 (Az.: S 43 KA 1879/98), die mit Schriftsatz vom 15. April 1999 näher begründet wurde. Das spezielle Leistungsangebot in der Praxis des Klägers liege in den Bereichen der Otoneurologie und Otologie mit einem eindeutigen Schwerpunkt in der Ohrchirurgie. Der Kläger führe sowohl stationär als auch ambulant spezielle ohrchirurgische Leistungen durch. Die Mehrheit der Revisionsoperationen seien in Unikliniken mehrfach voroperiert worden. Diese speziellen Ohroperationen würden sich durch einen hohen Zeitaufwand auszeichnen, weshalb sie von der Mehrheit der kompetenten Ohrchirurgen nur ungern durchgeführt würden. Sämtliche dieser Ohroperationen würden beim Kläger ausschließlich nach Überweisung durch HNO-Fachkollegen erfolgen. Auf Grund der Ohrchirurgie sei eine ambulante Vor- und Nachsorge notwendig, welche zeit- und kostenintensiv sei. In der mündlichen Verhandlung am 27. März 2001 wurde dem Kläger aufgegeben, seinen Praxisschwerpunkt zu benennen und die von diesem umfassten Haupt- und Nebenleistungen darzulegen sowie zur Entwicklung dieses Schwerpunktes in den Jahren 1996 und 1997 Stellung zu nehmen.

Der Kläger hat durch seine Bevollmächtigten mit Schriftsatz vom 29. Mai 2001 weiter vortragen lassen, dass die Gesamtfallzahl der Praxis im Vergleich zu den niedergelassenen Fachkollegen des Klägers seit Jahren unterdurchschnittlich sei, was Folge der hohen Spezialisierung der Praxis sei. Die Patienten würden zunächst zur Abklärung und Vorbereitung einer Operation ambulant behandelt. Da es sich oftmals nicht um dringende Operationen handele, könnten sich größere zeitliche Spannen zwischen Überweisung, Behandlung und Operation ergeben. Zu den behandelten Krankheiten, auf die der Kläger spezialisiert sei, gehörten chronische Mittelohrerkrankungen mit Trommelfellperforationen und Gehörknöchelchenveränderungen, Exostosen, Gehörgangsstenosen, Mittelohrmissbildungen und traumatische Schallleitungsschwierigkeiten. Regelmäßig sei eine Tympanoskopie (Nr. 1560 BMÄ/E-GO) erforderlich. Hierbei werde ein Endoskop durch die Trommelfellperforation geführt, um Erkrankungen hinter dem Trommelfell zu erkennen. Zur Vorbereitung der Operation könne bereits die Nr. 1555 BMÄ/E-GO anfallen, wobei es hier um die Entfernung von Granulationen vom Trommelfell bzw. aus der Paukenhöhle gehe. Des Weiteren sei eine Labyrinthprüfung erforderlich, die sich durch Ansetzung der Nrn. 1585, 1587 und 1588 BMÄ/E-GO ausweise (otoneurologische Leistungen). Im Rahmen der otoneurologischen Leistungen könne zusätzlich auch noch die Nr. 805 BMÄ/E-GO zu berücksichtigen sein. Auch würden Hörmessungen erforderlich, die zur Berechnung der Nrn. 1591 und 1597 BMÄ/E-GO führten. Hierzu könne auch eine endoskopische Untersuchung des Nasenraumes erforderlich werden, was zur Ansetzung der Nr. 1410 BMÄ/E-GO führe. Nach Durchführung der Operation sei drei Wochen später eine Nachbehandlung erforderlich. Hier seien etwa Tamponaden zu entfernen, auf dem Trommelfell evtl. entstandene Granulationen bzw. Polypen, sodass die Nrn. 1547, 1548, 1555 BMÄ/E-GO postoperativ ambulant angewandt werden müssten. Zum Abschluss sei erneut eine Hörmessung erforderlich, die die Nrn. 1591 und 1597 BMÄ/E-GO auslöse. Klage der Patient über Beschwerden, so sei wiederum eine Labyrinthprüfung mit den Nrn. 1585, 1587 und 1588 BMÄ/E-GO erforderlich. Dem Schreiben liegen Anlagen zum Behandlungsverhalten des Klägers bei. Mit weiterem Schriftsatz vom 5. Juni 2001 wurde die Benennung der Praxisschwerpunkte des Klägers um Darstellungen zu den Quartalen 1 und 2/96 und 4/97 erweitert.

Die Klägervertreter haben mit Schriftsatz vom 26. September 2001 weiter vorgetragen, dass die Beklagte den besonderen Versorgungsbedarf des Klägers unzureichend gewürdigt habe. Der Kläger überschreite sein Praxisbudget kontinuierlich (hierzu wird eine Aufstellung hinsichtlich der Quartale 3/97 bis 4/98 vorgelegt). Der sich hieraus ergebende besondere Versorgungsbedarf könne im Wesentlichen nur durch den Kläger, der auf die Besonderheit der ohrchirurgischen Revisionsoperationen spezialisiert sei, gedeckt werden. Auf Grund der Zeitintensität der Operationen könne der Kläger, der aus diesen Gründen nur über ca. die Hälfte der durchschnittlichen Fallzahlen seiner Arztgruppe verfüge, auch nicht auf andere Leistungen ausweichen. In Bezug auf das unter dem Aktenzeichen S 43 KA 1879/98 geführte Verfahren weise der Bescheid der Beklagten gravierende rechtliche Mängel auf. Die von der Beklagten festgelegten Kriterien seien nicht sachgerecht. Die Forderung eines Überweisungsanteils von mindestens 50 % über dem Arztgruppendurchschnitt einschließlich des kumulativen Vorliegens eines Fallwertes von mindestens 50 % über dem Fallwert der Arztgruppe und eines Überweisungsanteils von mindestens 10 % führe dazu, dass trotz Vorliegens eines besonderen Versorgungsbedarfes dieser nicht sichergestellt werden könne, da der Spezialist die hohen Voraussetzungen der Kriterien nicht erfülle. Weitere Folge der konkreten Art und Weise der Kriterienfestlegung sei, dass das in Ziffer 4.3 EBM vorgesehene Ermessen der Beklagten nicht mehr ausgeübt werden könne.

Hierzu hat sich die Beklagte mit Schriftsatz vom 8. Oktober 2001 geäußert. Vorab sei zu beachten, dass die ambulanten Operationen mit den Zuschlägen nach den Nrn. 81 bis 87 BMÄ/E-GO sowie die Zuschläge nach den Nrn. 80 bis 87 BMÄ/E-GO selbst nicht der Budgetierung unterliegen würden, ebenso seien die stationären Leistungen nicht budgetiert. Eine Überprüfung in den Quartalen 1/96 bis 2/01 habe ergeben, dass der Anteil der operativen Leistungen an der Gesamtfallzahl durchschnittlich 8,37 % betrage. In den Quartalen 3/97 bis 2/01 betrage der Anteil sogar nur 6,84 %, sei also seit Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets zurückgegangen. Im ambulanten Bereich sei schon aus dem geringen Ansatz der Operationsleistungen keine Praxisbesonderheit ersichtlich, die einen besonderen Versorgungsbedarf rechtfertigen könnte. Der Anteil der ambulanten Operationen an der ambulanten kurativen Fallzahl habe in den Quartalen 3/97 bis 2/01 nur bei 0,37 % gelegen. In den Quartalen 4/99, 2/00, 3/00 und 1/01 seien keine ambulanten Operationen aus dem Kapitel L III des EBM durchgeführt worden. Die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erbrachten prä- und postoperativen Leistungen (Nrn.1545, 1547, 1548, 1555, 1560, 1591 und 1597 BMÄ/E-GO) würden von mehr als 50 % der Ärzte der Fachgruppe erbracht. Auch im stationären Bereich ergebe eine Auswertung der Häufigkeitsstatistiken kein Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs für die vom Kläger durchgeführten stationären Operationen. Gemessen an der Abrechungshäufigkeit der Visite auf Belegstation (Nr. 28 BMÄ/E-GO) gebe es in M. noch mindestens 20 HNO-Ärzte, die mehr stationäre Operationsleistungen erbringen würden. Ferner sei der Anteil der auf Überweisung im selben Quartal ausgeführten belegärztlichen Operationen gering. So seien im Quartal 3/96 lediglich fünf Patienten, die stationär operiert worden seien, zuvor überwiesen worden (Quartal 1/97: 13, Quartal 4/97: 4, Quartal 4/98: 2, Quartal 4/99: 1, Quartal 4/00: 1, Durchschnitt: 4,3). Soweit sich größere zeitliche Spannen zwischen Überweisung und Operation ergäben, sei nicht ersichtlich, weshalb die prä- und postoperativen Leistungen nicht vom überweisenden Arzt erbracht werden könnten. Daher sei der vom Kläger dargelegte hohe stationäre Gesamtfallwert wenig aussagekräftig. In Bayern sei kein bedarfsabhängiges Zusatzbudget für Otoneurologie gebildet worden (Buchstabe A I. B Nr.4.2). Vor Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets seien die Leistungen von der Mehrheit der Arztgruppe abgerechnet worden (Nr.1587 BMÄ/E-GO von 100 % der Arztgruppe und Nr.1588 BMÄ/E-GO von 73 % der Arztgruppe).

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 8. November 2001 wurden die Verfahren mit den Aktenzeichen S 43 KA 1879/98, S 43 KA 8676/00 und S 43 KA 8678/00 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden. In dem Verfahren mit dem Aktenzeichen S 43 KA 8677/00 wurde die Klage zurückgenommen (Genehmigung des bedarfsabhängigen Zusatzbudgets "Otoneurologie" gemäß Allgemeine Bestimmungen A I. B 4.2 EBM bzw. Erweiterung des Praxisbudgets gem. A I. B 4.3).

Der Rechtsstreit wurde vertagt und der Beklagten wurde aufgegeben, den Anteil der vom Kläger vorgetragenen Schwerpunktleistungen an der Gesamtfallzahl bis zum 15. Januar 2002 zu berechnen und gleichzeitig die unbudgetierten Häufigkeitsstatistiken und Honorarbescheide vorzulegen. Dem Kläger wurde aufgegeben, darzulegen, in welchem Ausmaß in den Behandlungsfällen mit ohrchirurgischen Eingriffen prä- und postoperative Leistungen erbracht worden seien.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 15. Januar 2002 mitgeteilt, dass die Beklagte eine Einzelfallprüfung anhand der Behandlungsscheine vorgenommen habe und dabei sich ergeben habe, dass der Anteil der vom Kläger vorgetragenen Schwerpunktleistungen an der Gesamtfallzahl durchschnittlich bei ca. 6 % liege.

Die Klägervertreter haben mit Schriftsatz vom 29. Januar 2002 Unterlagen zur Darstellung des Ausmaßes prä- und postoperativer Leistungen im Rahmen von ohrchirurgischen Eingriffen übersandt.

II.

Die Beklagte hat auf den entsprechenden Antrag des Klägers vom 23. Juni 1997 eine Erweiterung des Praxisbudgets wegen der Otoneurologie (Nrn. 1587, 1588 BMÄ/E-GO) und der ambulanten Operationen, die der Budgetierung unterliegen (Nrn. 1545, 1547, 1548, 1555, 1560 BMÄ/E-GO) und den Nrn. 1591 und 1597 BMÄ/E-GO abgelehnt.

Hiergegen richtet sich der Widerspruch der Klägerbevollmächtigten vom 8. Januar 1998. Der Kläger weise einen wesentlichen Schwerpunkt der Praxistätigkeit im Bereich der Otoneurologie, der operativen Tätigkeit und der vermehrten Tätigkeit auf Überweisung hin auf, wie sich aus den entsprechenden Häufigkeitsstatistiken unschwer ergebe. Ferner ergebe sich der besondere Versorgungsbedarf hinsichtlich des ambulanten Operierens aus der Nr.24 Buchstabe c der Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte. Auch wenn die Leistungen des ambulanten Operierens selbst nicht Bestandteil des Praxisbudgets seien, gelte es zu berücksichtigen, dass im Rahmen der ambulant-operativen Tätigkeit präoperativ, intraoperativ und postoperativ auch vermehrt (fachgruppentypische) Leistungen erforderlich seien, welche unter das Praxisbudget fallen würden.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 14. November 2000 den Widerspruch zurückgewiesen. Hinsichtlich der ambulanten Operationen würden Praxisbesonderheiten dadurch berücksichtigt, dass das Leistungsspektrum des EBM nur teilweise in die Bildung von Praxisbudgets eingehe. Ein besonderer Versorgungsbedarf hinsichtlich ambulanter Operationen habe nicht ermittelt werden können. Zur lokalen Versorgung im Bereich der ambulanten Operationen sei festzustellen, dass im Planungsbereich M. Stadt noch 97 HNO-Ärzte diese Leistungen erbringen würden. Hinsichtlich der prä- und postoperativen Leistungen habe ebenfalls kein besonderer Versorgungsbedarf ermittelt werden können.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 27. November 2000 (Az.: S 43 KA 8678/00), die mit Schriftsatz vom 29. Mai 2001 unter Bezugnahme auf die Ausführungen in der Streitsache mit dem Aktenzeichen S 43 KA 1879/98 näher begründet wurde. Dort war im Schriftsatz vom 26. September 2001 zum hiesigen Aktenzeichen noch vorgetragen worden, dass im Widerspruchsbescheid nicht berücksichtigt worden sei, dass es sich hier nicht um Standardleistungen handle, sondern diese Leistungen als Teil einer Spezialleistung erbracht worden seien, die nur durch einen Spezialisten möglich seien und somit ein Vergleich mit den im Planungsbereich weiteren 97 HNO-Ärzten entfalle.

III.

Der Kläger hat mit Schriftsatz vom 22. September 1999 u.a. eine Erweiterung des Praxisbudgets wegen prä- und postoperativer Leistungen (Nrn. 1409, 1410, 1500 und 1505 BMÄ/E-GO) gemäß Buchstabe A I. Buchstabe B 4.3 des EBM beantragt.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 17. März 1999 u.a. die Erweiterung abgelehnt.

Hiergegen hat der Klägervertreter Widerspruch eingelegt, der mit Schriftsatz vom 28. Oktober 1999 näher begründet wurde. Der Erweiterung des Praxisbudgets hätte hinsichtlich der Nrn.1409, 1410, 1500 und 1505 BMÄ/E-GO stattgegeben werden müssen, da der Kläger auf Grund des besonderen von ihm betreuten Patientengutes eine erhebliche Abweichung im Vergleich zu den Kollegen der Fachgruppe aufweise. Er sei nahezu ausschließlich ambulant operativ tätig und erbringe die Leistungen, für die er eine Erweiterung seines Praxisbudgets beantragt habe, prä- bzw. postoperativ. Allein aus de Tatsache, dass auf die Leistungen nach den Nrn. 1409, 1410, 1500 und 1505 im Quartal 1/98 ca. 25,54 %, im Quartal 2/98 ca. 27,19 % und im Quartal 3/98 ca. 28,14 % des Gesamtleistungsbedarfs des Klägers entfielen, ergebe einen besonderen Versorgungsbedarf. Einen weiteren Beleg für das Vorhandensein eines besonderen Versorgungsbedarfs stelle die Anzahl der Patienten dar, bei denen der Kläger die Leistungen nach den Nrn. 1409, 1410, 1500 und 1505 BMÄ/E-GO über einen längeren Zeitraum erbracht habe.

Die Beklagte hat den Widerspruch des Klägers mit Bescheid vom 14. November 2000 zurückgewiesen. Bei der Überprüfung des Sachverhalts habe kein besonderer Versorgungsbedarf hinsichtlich der Nrn. 1409, 1410, 1500 und 1505 BMÄ/E-GO ermittelt werden können. Zur lokalen Versorgung sei festzustellen, dass im Planungsbereich M. Stadt noch 56 HNO-Ärzte diese Leistungen erbringen würden. Ein besonderer Versorgungsbedarf für die beantragten Leistungen liege somit auf Grund der diesbezüglich sichergestellten, vertragsärztlichen Versorgung nicht vor.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 27. November 2000 (Az.: S 43 KA 8676/00), die mit Schriftsatz vom 26. September 2001 näher begründet wurde. Auf Grund des Zusammenhanges mit den speziellen Operationen handle es sich bei den Nrn. 1409, 1410, 1500 und 1505 BMÄ/E-GO nicht um Leistungen des normalen Leistungsspektrums der Fachgruppe der HNO-Ärzte, sondern um Leistungen, die sowohl prä- als auch postoperativ im Rahmen der speziellen ohrchirurgischen Revisionsoperationen erforderlich seien.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 6. Februar 2002 hat der Bevollmächtigte der Beklagten erklärt, dass der Anteil der vom Kläger vorgetragenen Schwerpunktleistungen an der Gesamtfallzahl mit durchschnittlich ca. 6 % anhand einer Einzelfallprüfung der Behandlungsscheine in den Quartalen 3/97, 4/97, 3/98, 3/99, 3/00 und 3/01 berechnet worden sei. Der Anteil der vom Kläger abgerechneten Leistungen nach den Nrn. 1547, 1548, 1549, 1555, 1557, 1567, 1571, 1572, 1575, 1576, 1578, 1580 EBM-Ä am Gesamtpunktzahlvolumen liege im Quartal 3/97 bei 18,29 %, im Quartal 3/98 bei 23,19 %, im Quartal 3/99 bei 13,11 %, im Quartal 3/00 bei 14,98 % und im Quartal 3/01 bei 8,5 %. Es wurde weiter darauf hingewiesen, dass die Zahl der tatsächlich durchgeführten Operationen durchschnittlich bei 20 bis 30 liege.

IV.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 6. Februar 2002 die Klagen mit den Az.: S 43 KA 1879/98, S 43 KA 8676/00 und S 43 KA 8678/00 abgewiesen. Der Anspruch auf Erweiterung/Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets könne nicht mit den Überweisungen des Klägers begründet werden. Der stark schwankende Überweisungsanteil habe in 14 überprüften Quartalen den Überweisungsanteil der Arztgruppe durchschnittlich nur um 23,16 % überschritten. Zudem habe die Kammer in den vom Kläger angeführten Leistungen keinen besonderen Behandlungsschwerpunkt in einem quantitativ relevanten Ausmaß erkennen können. Dies ergebe sich nicht nur aus der Berechnung der Beklagten nach einer Einzelprüfung anhand der Behandlungsscheine, wonach der Anteil der vom Kläger vorgetragenen

Schwerpunktleistungen an der Gesamtfallzahl durchschnittlich nur bei 6 % liege. Auch nach Durchsicht der Häufigkeitsstatistiken durch die Kammer ergebe sich nicht, dass die Honoraranforderung für die vom Kläger als Schwerpunktleistung angeführten Nummern des EBM-Ä einen entsprechend quantitativ relevanten Anteil an der Gesamthonoraranforderung ausmache. So ergebe sich z.B. für das Quartal 3/97 ein prozentualer Anteil von 12,7 % für die gemäß den Nrn.1545, 1547, 1548, 1555, 1560, 1591 und 1597 BMÄ/E-GO abgerechneten Leistungen. Keineswegs würde auf den geltend gemachten Leistungsbereich kontinuierlich ein Anteil von 20 % der von der Praxis abgerechneten Gesamtpunktzahl entfallen, sodass die Kammer einen Schwerpunkt nicht erkennen könne. Die Durchsicht der Behandlungsausweise des Quartals 4/97 sowie der Häufigkeitsstatistiken durch die mit zwei Ärzten fachkundig besetzte Kammer habe vielmehr ergeben, dass die klägerische Praxis zwar durchaus aufwendige ohrchirurgische Behandlungsfälle, aber angesichts der festgestellten Quantität der Leistungsnummern noch keine atypische Schwerpunktsetzung im Vergleich zur typischen HNO-Praxis aufweise. Zu einem anderen Ergebnis gelange man im vorliegenden Fall auch nicht durch die Berücksichtigung der prä- und postoperativen Leistungen. Es könne dahingestellt bleiben, ob die diesbezüglich von Klägerseite angestellten Berechnungen zutreffen, insbesondere in wie vielen Fällen der Kläger bei zuvor nicht operierten Patienten eine Leistung z.B. gemäß den Nrn. 1505 oder 1585 BMÄ/E-GO durchgeführt habe. Es handle sich bei den sog. prä- und postoperativen Leistungen um Standardleistungen der Fachgruppe. Ob es für das Ausmaß keine Notwendigkeit gäbe, wie die Beklagte behaupte, da auch der überweisende Arzt jedenfalls einiges an diesen Leistungen erbringen könne, sei hier nicht ausschlaggebend. Sie könnten jedenfalls nicht einfach quantitativ zu dem vom Kläger behaupteten Schwerpunkt der Praxis dazu addiert werden und so die aus Sicht der Kammer nicht ausreichend ins Gewicht fallende Häufigkeit der eigentlichen Schwerpunktleistungen ausgleichen.

Hiergegen richtet sich die Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht vom 8. August 2002, die mit Schriftsatz vom 15. Juli 2003 näher begründet wurde. Beim Kläger sei ein besonderer Versorgungsschwerpunkt gegeben, so dass er einen Anspruch auf Erweiterung seines Praxisbudgets habe. Beim Kläger liege eine atypische Praxisausrichtung wegen der Spezialisierung auf die ambulante und belegärztliche Durchführung von speziellen Eingriffen am Ohr vor. Diese ohrchirurgischen Leistungen würden von der Fachgruppe nur selten bis gar nicht erbracht. Obwohl die Operationen selbst budgetfrei seien, wirke sich die Spezialisierung dahingehend aus, dass vermehrt prä- und postoperative Leistungen in das Praxisbudget fielen, die ohne diesen Schwerpunkt nicht erbracht werden müssten. Das Ausmaß der Spezialisierung sei auch aus der Gesamtfallzahl des Klägers ersichtlich, die durchschnittlich die Hälfte der Fallzahl der Fachgruppe betrage. Auch das BSG gehe in seinem Urteil vom 6. September 2000, Az.: B 6 KA 40/99 R, davon aus, dass der Versorgungsschwerpunkt im unbudgetierten Bereich eine Erweiterung des Budgets für Begleitleistungen notwendig machen könne. Die durch die Spezialisierung verursachten Leistungen nähmen auch einen quantitativ relevanten Anteil am Gesamtleistungsbedarf ein. Der Anteil der ambulanten und belegärztlichen Operationsziffern etwa im Quartal 4/97 liege bei 19,8 % des Gesamtleistungsbedarfes. Der Anteil der prä- und postoperativen Leistungen liege im Quartal 3/97 bei 33,82 %, im Quartal 4/97 bei 19,99 % und im Quartal 1/00 bei 26,01 % des Gesamtleistungsbedarfes. Die Spezialisierung des Klägers sei auch aus Sicherstellungsgründen erforderlich, weil diese Operationen nur von sehr wenigen Ärzten der Fachgruppe angeboten würden, so dass hier eine Versorgungslücke vom Kläger bedient werde. Hierbei sei auch zu berücksichtigen, dass der Kläger überwiegend auf Überweisung durch Fachkollegen tätig werde. Durch die Praxisbudgets werde dem Kläger ein erheblicher Teil seiner Leistungen nicht vergütet, was zu wirtschaftlichen Einbußen führe, die aufgrund der durch die Spezialisierung hohen Kosten (Investitionen, Fortbildung, Personal) nicht tragbar seien.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers stellt den Antrag,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. Februar 2002 sowie die Bescheide der Beklagten vom 12. Dezember 1997, 29. Januar 1998 und 17. März 1999 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 14. November 2000 und 24. September 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über die Anträge des Klägers auf Erweiterung des Praxisbudgets zur Sicherung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß Buchstabe A I B 4.3 des EBM erneut gemäß der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Vertreterin der Beklagten stellt den Antrag,
die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten, die Klageakten mit den Aktenzeichen S 43 KA 1879/98, S 43 KA 8676/00, S 43 KA 8677/00 und S 43 KA 8678/00 sowie die Berufungsakte mit dem Aktenzeichen L 12 KA 111/02 zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte und gemäß § 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist unbegründet. Das angegriffene Urteil des Sozialgerichts München vom 6. Februar 2002, mit dem die Klagen des Klägers gegen die Bescheide der Beklagten vom 12. Dezember 1997, 29. Januar 1998 und 17. März 1999 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 14. November 2000 und 24. September 1998 abgewiesen wurden, ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erweiterung oder Aussetzung des Praxisbudgets wegen der von ihm im Zusammenhang mit ohr-chirurgischen Revisionsoperationen abgerechneten prä- und postoperativen Beratungs- und Betreuungsleistungen. Klarzustellen ist hierzu zunächst, dass entgegen dem Tatbestand des SG-Urteils die Nrn. 1585, 1587 und 1588 BMÄ/E-GO nicht Gegenstand der hier streitgegenständlichen Klagen sind, sondern Gegenstand des Klageverfahrens mit dem Aktenzeichen S 43 KA 8677/00 waren, das aber durch Klagerücknahme im Erörterungstermin vom 8. November 2001 erledigt wurde. Danach geht es vorliegend nur noch um die Budgeterweiterung für die Nrn. 1409, 1410, 1500, 105, 1545, 1547, 1548, 1555, 1560, 1591 und 1597 BMÄ/E-GO.

Gegen das mit Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997 zum 1. Juli 1997 eingeführte System der Praxis- und Zusatzbudgets (Deutsches Ärzteblatt 1997, A-864 ff. = C-654 ff.) bestehen keine rechtlichen Bedenken (vgl. hierzu Urteile des BSG vom 8. März 2000 = SozR 3-2500 § 87 Nr.23 S.118 f. und vom 16. Mai 2001, BSG SozR 3-2500 § 87 Nr.31 S.174 ff. und zuletzt Urteil vom 15. Mai 2002, B 6 KA 33/01 R).

Nach dem Kapitel A I. Allgemeine Bestimmungen, Teil B Nr.4.3 (A I. B 4.3) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag eines Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren.

Der Senat hat bereits in ständiger Rechtsprechung (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, L 12 KA 124/00 und L 12 KA 14/01 und vom 10. April 2002, L 12 KA 145/00) entschieden, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß A I. B 4.3 als Ausnahmevorschrift eng auszulegen sind, und zwar ihrem Sinn und Zweck entsprechend als Härtefallregelung (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, B 6 KA 53/00 R = SozR 3-2500 § 87 SGB V Nr.31). Die Partner der Bundesmantelverträge haben diese Regelung des EBM in der Ziffer 4 der Vereinbarung zur Einführung des Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (vgl. Deutsches Ärzteblatt 1997, A 403 f.) dahingehend ausgelegt, dass die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen kann, wenn nachfolgend genannte Krankheitsfälle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellen: Betreuung von HIV-Patienten; onkologische Erkrankungen; Diabetes; Mukoviszidose; Schmerztherapie (Teilnehmer an der Schmerztherapievereinbarung); kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen; erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil.

Aus der Wortwahl "insbesondere" ergibt sich, dass die Aufzählung in der Ziffer 4 der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 nicht abschließend ist. Entsprechend dem Charakter dieser Vereinbarung als Interpretation haben die Vertragspartner beispielhaft einige Fallgruppen für bestimmte spezifische Schwerpunktsetzungen genannt, bei denen im Einzelfall ein konkret nachgewiesener besonderer Versorgungsbedarf angenommen werden kann. Aus Gründen der Gleichbehandlung (Art.3 Abs.1 GG) muss es sich bei den weiteren Ausnahmetatbeständen, die eine Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/ oder Zusatzbudgets nach A I Teil B 4.3 des EBM rechtfertigen, um Tatbestände handeln, die mit den in Ziffer 4 der Vereinbarung genannten vergleichbar sind. Im Unterschied zu den zwischen dem 1. Juli 1996 und dem 30. Juni 1997 geltenden Teilbudgets sind die Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 ursprünglich als Dauerregelung ohne zeitliche Begrenzung eingeführt worden (Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat die EBM-Praxisbudgets mittlerweile mit Wirkung zum 1. Juli 2003 abgeschafft). Der mehrstufige Aufbau von allgemeinem Praxisbudget, qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets, bedarfsabhängigen Zusatzbudgets, budgetfreien Leistungen und Ansprüchen auf Erweiterung von Praxis- und/oder Zusatzbudgets schließt eine Auslegung dieser Vorschriften in dem Sinne aus, dass jedem Arzt die bestehende Ausrichtung seiner Behandlungstätigkeit schlechthin ohne Einbuße beim Honorar auf Dauer garantiert werden müßte. Eine derartige Festschreibung einer bestimmten Behandlungsausrichtung oder Praxisstruktur ist mit dem Grundanliegen der Einführung von Praxisbudgets nicht vereinbar. Angesichts der auf spezielle Leistungen eines bestimmten Behandlungsbereichs zugeschnittenen qualifikationsabhängigen Zusatzbudgets besteht nur unter ganz besonders gelagerten Voraussetzungen eine Notwendigkeit für deren Erweiterung zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs. Dies ist der Fall, wenn die einzelne Praxis eine von der Typik der Arztgruppe nachhaltig abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw. eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebietes aufweist, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Diese Voraussetzungen können dagegen nicht schon durch den Hinweis darauf belegt werden, ein einzelner Arzt habe die seit dem 1. Juli 1997 einem Budget zugeordneten Leistungen in der Vergangenheit häufiger als der Durchschnitt seiner Fachgruppe erbracht und das sei von den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht beanstandet worden.

Vor diesem Hintergrund ist zunächst allgemein festzustellen, dass die ambulanten Operationen selbst mit den Zuschlägen nach den Nrn. 81 bis 87 BMÄ/E-GO sowie die Zuschläge nach den Nrn. 80 bis 87 BMÄ/E-GO nicht der Budgetierung unterliegen (vgl. A I. Allgemeine Bestimmungen, Teil B Nr. 5). Dem Kläger geht es danach um eine Praxisbudgeterweiterung wegen der im Zusammenhang mit diesen Operationen erbrachten prä- und postoperativen Leistungen. Der Senat stimmt diesbezüglich dem Kläger insofern zu, als von einer atypischen Praxisausrichtung auch dann ausgegangen werden kann, wenn die speziellen Praxisleistungen selbst zwar nicht der Budgetierung unterliegen, die mit den speziellen unbudgetierten Leistungen zusammenhängenden Begleitleistungen aber von der Budgetierung erfaßt werden. Diesbezüglich ist zunächst festzustellen, dass der Kläger ausgehend von den von ihm selbst erstinstanzlich im Verhandlungstermin vom 8. November 2001 genannten Leistungen des Kapitels L III des EBM genannten Operationsleistungen bzw. den zuschlagsberechtigten ohrärztlichen Operationsleistungen des Kapitels L III unstreitig ohrchirurgische Leistungen erbringt, die in der Vergleichsgruppe nur in geringem Maße erbracht werden. Gleichzeitig ist aber festzustellen, dass diese Leistungen vom Kläger selbst nur in geringer Anzahl erbracht werden. So werden die im Berufungsschriftsatz des Klägers vom 15. Juli 2003 genannten Nrn. 1576 (Tympanoplastik mit Interposition) und 1580 (operative Korrektur eines abstehenden Ohres, z.B. durch Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelexzision und/oder operative Korrektur der Ohrmuschelform und/oder der Ohrmuschelgröße) BMÄ/E-GO im Quartal 4/97 ambulant zwar nur von 1,83 % bzw. 4,59 % in der Vergleichsgruppe erbracht, der Kläger erbringt diese Leistungen im Quartal 4/97 ambulant aber ebenfalls nur jeweils einmal. Die weiter genannten stationär erbrachten Nrn. 1572 (Operation eines Mittelohrtumors oder Cholesteatoms), 1578 (Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus - Fußplattenresektion -) und 1580 BMÄ/E-GO werden in der Vergleichsgruppe zwar ebenfalls nur von 18,37 %, 6,12 % und 12,24 % stationär erbracht, der Kläger erbringt diese Leistungen im Quartal 4/97 stationär aber ebenfalls nur zweimal, sechsmal bzw. zehnmal. Die gleiche Feststellung läßt sich auch in den weiteren Quartalen treffen. So hat etwa der Kläger im Quartal 4/98 im ambulanten Bereich die einzige ohrchirurgische Leistung, die in der Vergleichsgruppe nur in geringem Umfang abgerechnet wurde - nämlich die Nrn. 1566 BMÄ/E-GO (Myringoplastik vom Gehörgang aus) mit 18,75 % in der Vergleichsgruppe - selbst nur einmal abgerechnet. Im stationären Bereich hat der Kläger im Quartal 4/98 etwa die Nrn. 1572, 1578 und 1580 BMÄ/E-GO, die in der Vergleichsgruppe nur von 12,50 %, 10,42 % und 4,17 % abgerechnet werden, ebenfalls nur einmal bzw. je dreimal bei den Nrn. 1578 und 1580 BMÄ/E-GO erbracht. Insgesamt hat der Kläger im stationären Bereich im Quartal 4/98 sämtliche Leistungen des Kapitels L III nur ein- bis achtmal bzw. im Falle der Nr. 1547 BMÄ/E-GO (Operation im äußeren Gehörgang) vierzehnmal erbracht. Wobei die Nr. 1547 BMÄ/E-GO in der Vergleichsgruppe im ambulanten Bereich durchaus häufig erbracht wird, nämlich von 69,64 %. Im Quartal 4/99 hat der Kläger im ambulanten Bereich überhaupt keine ohrchirurgischen Leistungen erbracht, die in der Vergleichsgruppe nicht auch von deutlich mehr als 50 % erbracht wurden. Im stationären Bereich hat der Kläger im Quartal 4/99 die Leistungen des Kapitels L III wiederum nur vereinzelt zwischen ein- und zehnmal abgerechnet. Im Quartal 4/00 schließlich hat der Kläger im ambulanten Bereich die einzige ohrchirurgische Leistungsziffer, die in der Vergleichsgruppe nur in geringerem Umfang erbracht wird (37,38 %), nämlich die Nr. 1557 BMÄ/E-GO (Anlage einer Paukenhöhlendrainage -Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens), selbst ebenfalls nur zweimal erbracht. Im stationären Bereich hat der Kläger im Quartal 4/00 die Leistungen des Kapitels L III zwischen dreimal und siebzehnmal erbracht. Dieser Befund wird durch die von der Beklagten auf Anforderung des Senats vorgelegte Darstellung des Anteils der zuschlagsberechtigten ohrenärztlichen Operationen (Nrn. 1549, 1557, 1565, 1566, 1570, 1571, 1572, 1576, 1577 und 1580 BMÄ/E-GO) an der Gesamtfallzahl des Klägers voll bestätigt, wonach die ohrenärztlichen Operationen nur einen geringen Anteil an der Gesamtfallzahl des Klägers ausmachen, nämlich im Durchschnitt der Quartale 1/97 bis 3/2001 nur 4,14 % (Quartal 1/97: 9,83 %; Quartal 2/97: 8,51 %; Quartal 3/97: 5,5 % Quartal 4/97: 5,92 %; Quartal 1/98: 6,61 %; Quartal 2/98: 0,48 %; Quartal 3/98: 10,25 %; Quartal 4/98: 2,78 %; Quartal 1/99: 4,08 %; Quartal 2/99: 3,12 %; Quartal 3/99: 2,3 %; Quartal 4/99: 3,29 %; Quartal 1/2000: 5,24 %; Quartal 2/00: 2,45 %; Quartal 3/00: 3,85

%; Quartal 4/00: 3,93 %; Quartal 1/01: 3,36 %; Quartal 2/01: 2,19 %; Quartal 3/01: 1,23 %; Quartal 4/01: 3,83 %; Quartal 1/02: 4,11 %; Quartal 2/02: 3,33 %; Quartal 3/02: 1,79 %; Quartal 4/02: 2,62 %; Quartal 1/03: 3,05 %). Von daher ist nach Auffassung des Senats bereits nicht davon auszugehen, dass die Praxisausrichtung des Klägers nachhaltig von der Typik der Arztgruppe abweicht. Vor allem aber ist festzustellen, dass die vorliegende Spezialisierung auf ohrchirurgische Leistungen sich nicht in einem quantitativ relevanten Anteil der betroffenen Leistungen am Gesamtleistungsbedarf ausdrückt. Dabei ist bei einer Fallgestaltung wie der vorliegenden, bei der die Hauptleistung, nämlich die Operationsleistung, nicht der Budgetierung unterliegt, sehr wohl aber die in Zusammenhang mit der Operationsleistung erbrachten prä- und postoperativen Leistungen für die Frage eines quantitativ relevanten Anteils dieser Leistungen am Gesamtleistungsbedarf auf diejenigen Begleitleistungen bzw. prä- und postoperativen Leistungen abzustellen, für die eine Erweiterung des Praxisbudgets begehrt wird. Von daher ist die von der Klägerseite vorgelegte Liste der "budgetbezogenen prä- und postoperativen Leistungen in den Leistungsziffern zu beschränken, für die der Kläger eine Erweiterung des Praxisbudgets geltend macht. Es handelt sich hier um die Nrn. 1409, 1410, 1500, 1505, 1545, 1547, 1548, 1555, 1560, 1591 und 1593 BMÄ/E-GO und bei großzügiger Auslegung auch noch um die Nrn. 1585 und 1587 BMÄ/E-GO, obwohl der Kläger diesbezüglich die Klage mit dem Aktenzeichen S 43 KA 8677/00 zurückgenommen hat. Zu diesen Nummern ist zunächst festzustellen, dass es sich hierbei um ganz typische ärztliche Leistungen des HNO-Arztes handelt, die in der Vergleichsgruppe ebenfalls sehr häufig abgerechnet werden (Nr. 1409 von 61,47 % in der Vergleichsgruppe, Nr. 1410: 97,25 %, Nr. 1500: 98,17 %, Nr. 1505: 56,88 %, Nr. 1547: 67,89 %, Nr. 1548: 70,64 %, Nr. 1555: 93,58 %, Nr. 1560: 86,24 %, Nr. 1585: 97,25 %, Nr. 1587: 90,83 %, Nr. 1591: 100 % und Nr. 1597: 98,17 %, beispielsweise im Quartal 4/97, in den anderen Quartalen 3/97 bis 1/2003 sind die Abrechnungsverhältnisse durchgehend mit dem Quartal 4/97 vergleichbar). Hinsichtlich der Nrn. 1409 (rhinomanometrische Untersuchung mittels Widerstandsmessung), 1410 (endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraumes) sowie der Nrn. 1500 (Untersuchung des Kehlkopfes und/oder der Trachea mit dem Lupenlaringoskop oder mittels flexibler Optik) und 1505 BMÄ/E-GO (stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen) ist darauf hinzuweisen, dass die beiden ersteren Leistungen dem Kapitel L I (Nase, Nasennebenhöhlen) und die beiden letzteren dem Kapitel L II (Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf) zugehörig sind, bei denen ein typischer Zusammenhang mit ohrchirurgischen Leistungen nach Auffassung des mit zwei Ärzten als ehrenamtliche Richter fachkundig besetzten Senats nicht ohne weiteres ersichtlich ist. Insbesondere die für den hohen Abrechnungsumfang des Klägers besonders bedeutsamen Nrn. 1410 und 1500 BMÄ/E-GO werden in der Vergleichsgruppe ebenfalls von nahezu jedem Arzt (97,25 % bzw. 98,17 % im Quartal 4/97) erbracht und zwar nahezu bei jedem Patienten (Häufigkeit auf 100 Fälle der Nr. 1410 BMÄ/E-GO beim Kläger 99,76 % und in der Vergleichsgruppe 91,07 % bzw. bei der Nr. 1500 BMÄ/E-GO 79,29 % beim Kläger und 69,97 % in der Vergleichsgruppe). Der Kläger hat die Nr. 1410 BMÄ/E-GO in 360 Fällen und die Nr. 1505 BMÄ/E-GO in 129 Fällen im Quartal 4/97 angesetzt, während die Zahl der operativen Leistungen im Quartal 4/97 nur 27 Fälle stationär und ambulant betraf. Auch die Klägerseite hat in dem erstinstanzlichen Schriftsatz vom 29. Mai 2001 bei der Beschreibung der im Rahmen der vom Kläger durchgeführten ohrchirurgischen Leistungen typischerweise vorkommenden Begleitleistungen die Nrn. 1409, 1500 und 1505 BMÄ/E-GO überhaupt nicht erwähnt und hinsichtlich der Nr. 1410 BMÄ/E-GO lediglich ausgeführt, dass bei Hörmessungen nach den Nrn. 1591 und 1597 BMÄ/E-GO nach einer ohrchirurgischen Leistung auch eine endoskopische Untersuchung des Nasenraumes erforderlich werden kann. Von daher geht der Senat großzügig davon aus, dass die Nrn. 1409, 1410, 1500 und 1505 BMÄ/E-GO bei jedem operativen Eingriff je einmal angefallen sind. Hinsichtlich der verbleibenden Ziffern geht der Senat in ebenfalls sehr großzügiger Weise davon aus, dass jede zweite Leistung der Nrn. 1547, 1548, 1555, 1560, 1585, 1587, 1591, 1597 im Zusammenhang mit einem ohrchirurgischen Eingriff vorgenommen wurde. Ausgehend von diesen Annahmen ergibt sich für die vom Kläger erbrachten Begleitleistungen, für die er eine Budgeterweiterung begehrt, beispielsweise im Quartal 3/97 ein Anteil von 10,18 % am Gesamtleistungsumfang, im Quartal 4/97 in Höhe von 9,25 %, im Quartal 4/98 in Höhe von 8,04 %, im Quartal 4/99 in Höhe von 7,70 % und im Quartal 4/00 in Höhe von 6,90 %. Wobei nochmals darauf hinzuweisen ist, dass die der Berechnung zugrundeliegenden Annahmen sehr wohlwollend für den Kläger sind, weil die Anzahl der ohrchirurgischen Fälle im Quartal 3/97 bei 22, im Quartal 4/97 bei 27, im Quartal 4/98 bei 11, im Quartal 4/99 bei 12 und im Quartal 4/00 bei 19 Fällen lag und die streitgegenständlichen Begleitleistungen nicht nur im Zusammenhang mit ohrchirurgischen Leistungen erbracht werden, sondern geradezu die typischen Leistungen des HNO-Arztes darstellen.

Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass der Kläger nicht nur keinen deutlich ins Gewicht fallenden Anteil an ambulanten bzw. stationären Operationfällen an seiner Gesamtfallzahl aufweist, sondern auch die im Zusammenhang mit operativen Leistungen erbrachten prä- und postoperativen Leistungsziffern keinen quantitativ relevanten Anteil am Gesamtleistungsbedarf des Klägers bilden. Vor dem Hintergrund des errechneten Anteils in den beispielhaft aufgeführten Quartalen kann die Frage dahinstehen, ob die vom BSG für die Teilbudgets entwickelte Grenze von 20 % der von der Teilbudgetierung erfaßten Punkte an der insgesamt abgerechneten Punkteanzahl auf die Praxisbudgets in vollem Umfang übertragbar ist. Jedenfalls reichen die hier erreichten Anteile bis höchstens um die 10 %-Grenze nach Auffassung des Senats hinsichtlich der Praxisbudgets keinesfalls aus, um von einem quantitativ relevanten Anteil der streitgegenständlichen prä- und postoperativen Leistungen am Gesamtsleistungsbedarf des Klägers ausgehen zu können.

Schließlich weist auch der Überweisungsanteil des Klägers gegenüber der Vergleichsgruppe nicht eine solche Abweichung auf, die auf eine atypische Praxisausrichtung des Klägers in quantitativ relevantem Ausmaße schließen ließe (Abweichung des Überweisungsanteils des Arztes gegenüber der Vergleichsgruppe im Quartal 3/96: 18,15 %, Quartal 1/97: 17,85 %, Quartal 3/97: 14,85 %, Quartal 4/97: 15,3 %, Quartal 1/98: 16,5 %, Quartal 2/98: 13,95 %, Quartal 3/98: 13,35 %, Quartal 4/98: 15,15 %, Quartal 1/99: 15,75 %, Quartal 2/99: 14,7 %, Quartal 3/99: 13,65 %, Quartal 4/99: 14,25 %, Quartal 1/00: 14,4 %, Quartal 2/00: 12,45 %, Quartal 3/00: 12,9 %, Quartal 4/00: 13,5 %, Quartal 1/01: 14,1 %, Quartal 2/01: 12,0 %, Quartal 3/01: 12,0 %, Quartal 4/01: 12,75 %, Quartal 1/02: 13,5 %, Quartal 2/02: 12,3 %, Quartal 3/02: 12,3 %, Quartal 4/02: 12,6 % und Quartal 1/03: 14,0 %). Auch aus dem Anteil der Überweisungsfälle des Klägers an seiner Gesamtfallzahl lassen sich keine für den Kläger günstigen Erkenntnisse gewinnen. Der stark schwankende Überweisungsanteil des Klägers an seiner Gesamtfallzahl liegt in den Quartalen 3/96 bis 1/03 zwischen 5,95 % und höchstens 19,09 %. Auch die Budgetierungsquote des Klägers hat sich im überprüften Zeitraum vom Quartal 3/97 bis zum Quartal 1/03 nach anfänglich ungünstigeren Werten auf ein vertretbares Maß stabilisiert (Quartal 3/97: Budgetierungsquote 73,8285 %, Quartal 4/97: 75,5381 %, Quartal 1/98: 78,2719 %, Quartal 2/98: 79,1785 %, Quartal 3/98: 80,6214 %, Quartal 4/98: 80,2452 %, Quartal 1/99: 83,6576 %, Quartal 2/99: 83,0155 %, Quartal 3/99: 81,8413 %, Quartal 4/99: 86,8169 %, Quartal 1/00: 82,2284 %, Quartal 2/00: 89,2186 %, Quartal 3/00: 88,5320 %, Quartal 4/00: 85,9200 %, Quartal 1/01: 88,9898 %, Quartal 2/01: 86,8265 %, Quartal 3/01: 86,5627 %, Quartal 4/01: 77,5625 %, Quartal 1/02: 76,1912 %, Quartal 2/02: 79,5466 %, Quartal 3/02: 84,7715 %, Quartal 4/02: 87,6986 % und Quartal 1/03: 92,5043 %).

Ingesamt ist festzustellen, dass nach den ursprünglich als Dauerregelungen konzipierten Praxis- und Zusatzbudgets nicht mehr spezielle Praxisausrichtungen als solche bei der Honorierung begünstigt werden sollten, sondern - "enger"- nur noch Praxen, die unter Inkaufnahme von dann zu kompensierenden Härten einen besonderen Versorgungsbedarf zu befriedigen haben (vgl. hierzu BSG, Beschluss vom 13.

November 2002, Az.: B 6 KA 47/02 B). Eine derartige Härte ist beim Kläger nach dem Gesagten insgesamt nicht zu erkennen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 und 4 SGG in der bis zum Inkraftreten des Sechsten SGG-Änderungsgesetzes geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung.

Gründe für die Zulassung der Revision i.S. des § 160 Abs.2 Nr. 1 und 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-12-01