

L 4 KA 21/07

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 16 KA 178/04
Datum
24.01.2007
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 21/07
Datum
06.10.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Erweiterung eines Praxisbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs für
kinderkardiologische Leistungen eines Kinderarztes/Kinderkardiologen.

Auf die Anschlussberufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 24. Januar 2007 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, den Antrag des Klägers auf Erweiterung seines Praxisbudgets unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden. Die Berufung der Beklagten wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des gesamten Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch über die Erweiterung des Praxisbudgets des Klägers und über die Honorarabrechnungen für die Quartale I/02 bis III/02, I/03 und II/03 hinsichtlich des Umfangs der Honorarbegrenzung durch das Praxisbudget.

Der Kläger ist als Arzt für Kinder- und Jugendmedizin und Arzt für Kinderkardiologie mit Praxissitz in L zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zum 1. Januar 2002 übernahm er eine bestehende kinderärztliche Praxis. Im Februar 2002 beantragte er die Gewährung und Erweiterung der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets Kardiologie und sonographische Gefäßuntersuchungen gemäß der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B 4.3 des EBM-Ä ab Juli 1997. Er erbringe seit seiner Zulassung auch kinderkardiologische Leistungen. Die kinderkardiologischen Patienten seien ihm überwiegend zur Mit- und Weiterbehandlung überwiesen worden, deshalb sei es erforderlich, die kinderkardiologische apparative Versorgung sowie die damit verbundenen klinischen Leistungen und Gesprächsziffern (Nr. 10, 17, 18, 60, 75, 78, 603, 604, 606, 608, 609, 612, 613, 618, 620, 621, 622, 687, 720 EBM) außerhalb der allgemeinen pädiatrischen Tätigkeit zu vergüten. Mit Bescheid der EBM-Arbeitsgruppe der Beklagten vom 2. Mai 2002 wurde dem Kläger das qualifikationsgebundene Zusatzbudget Kardiologie gewährt, mit der Fallpunktzahl (im Folgenden: FPZ) 43 den überdurchschnittlich abrechnenden Ärzten zugeordnet und um die FPZ 200 erweitert sowie das bedarfsabhängige Zusatzbudget für sonographische Gefäßuntersuchungen mit der FPZ 100 gebildet, mit der Feststellung, dass die Leistungen im Bereich der Kinderkardiologie einen Schwerpunkt der Praxistätigkeit des Klägers darstellten.

Mit seinem hiergegen gerichteten Widerspruch machte der Kläger geltend, seine fachärztlichen kinderkardiologischen apparativen Leistungen müssten außerhalb seiner allgemein-pädiatrischen Tätigkeit vergütet werden.

Mit Bescheid vom 3. September 2002 erweiterte die EBM-Arbeitsgruppe das qualifikationsgebundene Zusatzbudget Kardiologie des Klägers weiter um die FPZ 25 (insgesamt 225 Punkte), sowie das bedarfsabhängige Zusatzbudget sonographische Gefäßuntersuchungen um die FPZ 25 (insgesamt 125 Punkte) und gewährte das bedarfsabhängige Zusatzbudget Pneumologie mit der FPZ 1 (Mittelwert). Dies erfolge aufgrund des vorliegenden besonderen Versorgungsbedarfs. Im Hinblick auf die beantragte Erweiterung des Praxisbudgets werde dem Widerspruch nicht abgeholfen, da es sich bei den Leistungen nach den Nrn. 10, 17, 18, 60, 75, 78, 603, 604, 606, 608, 609, 612, 613 EBM nicht um typisch kinderkardiologische Leistungen handele, sondern dieses Leistungsspektrum von allen niedergelassenen Kinderärzten ebenfalls angeboten werde. Der Kläger erhob am 17. Oktober 2002 erneut Widerspruch und stellte sein Vorbringen nochmals dar. Mit weiterem Bescheid vom 20. März 2003 wurden dem Kläger daraufhin die erneute Erweiterung des bedarfsabhängigen Zusatzbudgets sonographische Gefäßuntersuchungen um die weitere FPZ 30 auf insgesamt 155 Punkte, die Erweiterung des bedarfsabhängigen Zusatzbudgets Pneumologie um die FPZ 2 sowie die erneute Erweiterung des qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets Kardiologie um die weitere FPZ 80 auf insgesamt 305 Punkte gewährt. Darüber hinaus wies die Beklagte darauf hin, dass nach einem Beschluss des Vorstandes Leistungen des K.O.-Kataloges, die bis zum 31. Dezember 2002 in qualifikationsgebundene und bedarfsabhängige Zusatzbudgets zusammengefasst seien und ab dem 1. Januar 2003 nur noch von Fachärzten oder von Vertragsärzten erbracht würden, die gleichzeitig an

der haus- und fachärztlichen Versorgung teilnahmen, den abrechnenden Ärzten gegenüber als budgetfrei anerkannt und abgerechnet würden. Damit sei die Bildung individueller Zusatzbudgets für diese Bereiche entfallen, so dass die Leistungen aus dem K.O.-Katalog auf das Praxis- und Zusatzbudget ab dem 1. Januar 2003 nicht mehr angerechnet würden. Aufgrund dessen sei ab dem Quartal I/03 das qualifikationsgebundene Zusatzbudget Kardiologie (ausschließlich Ziff. 606 EBM) mit der Fallpunktzahl 3 gebildet und um die Fallpunktzahl 10 erweitert worden. Für eine Erweiterung des Praxisbudgets hinsichtlich der Ziffern 78 und 603 EBM sei jedoch keine Möglichkeit gesehen worden. Der Kläger teilte daraufhin mit Schreiben vom 10. Mai 2003 mit, dass er mit den Erweiterungen der Zusatzbudgets Kardiologie, sonographische Gefäßuntersuchungen sowie Pneumologie einverstanden sei. Die Ablehnung der Erweiterung des Praxisbudgets sei für ihn jedoch weiterhin nicht akzeptabel. Die kinder-kardiologische Tätigkeit sei ohne die im Praxisbudget enthaltenen und aus seiner Sicht übermäßig gekürzten Leistungen nicht möglich. Daher müsse das Praxisbudget insbesondere für die bereits genannten Ziffern 78 und 603 erweitert werden.

Gegen die Bescheide vom 15. Juli 2002, 14. Oktober 2002, 14. Januar 2003, 15. Juli 2003 und 16. Oktober 2003 betreffend die Honorarabrechnungen für die Quartale I/02, II/02 III/02, I/03 II/03 mit Kürzungen im Bereich der dem Praxisbudget zugeordneten Leistungen jeweils um über 300.000 Punkte, im Quartal I/03 um über 700.000 Punkte, erhob der Kläger jeweils fristgerecht Widerspruch. Zur Begründung nahm er auf den vorherigen Schriftwechsel zu den Anträgen auf Erweiterung des Praxisbudgets bzw. der einzelnen Zusatzbudgets Bezug. Der insoweit vorgenommene Honorarabzug sei aus seiner Sicht nicht hinzunehmen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22. April 2004 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die Ablehnung des Antrages auf Erweiterung des Praxisbudgets sowie gegen die Honorarabrechnungen für die Quartale I/02 bis III/02 sowie I/03 und II/03 zurück. Nach Darstellung des Verfahrensablaufs mit der wiederholten Erweiterung der Zusatzbudgets ist zur Begründung im Wesentlichen dargelegt: Die Voraussetzungen für eine Budgeterweiterung lägen nur dann vor, wenn die entsprechenden Leistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellten und zugleich die Sicherstellung dieser Leistungen gefährdet sei. Hinsichtlich der Ziffern 78 und 603 EBM sei die Anforderung des Klägers zwar im Vergleich zur Fachgruppe überdurchschnittlich, nach Auffassung des Vorstandes könne jedoch für diese Bereiche eine rein fachärztliche Tätigkeit nicht gesehen werden. Die prozentualen Anteile an der Gesamtpunktzahlanforderung betrügen 4 % in I/03 bei der Ziffer 603 und lediglich 1,9 % bei der Nr. 78 EBM. Zwar arbeite eine zum Teil kinder-kardiologisch ausgerichtete Praxis auch in den genannten Bereichen spezieller als eine hausärztlich ausgerichtete Praxis. Da es jedoch keinen Qualitätsunterschied in den Leistungslegenden der typisch hausärztlichen Leistungen gebe, könne eine etwaige Spezialisierung der Praxis des Klägers angesichts der Leistungslegenden der Nrn. 78 und 603 EBM, die von allen Kinderärzten abgerechnet werden könnten, nicht zu seinem Vorteil ausgelegt werden. Insoweit seien die Widersprüche gegen die jeweiligen Honorarabrechnungen nicht erfolgreich, da diesen die einzelnen Praxis- und Zusatzbudgets nach den Regelungen des EBM zutreffend zugrunde gelegt worden seien. Die budgetbedingten Kürzungen in den jeweiligen Honorarabrechnungen seien zu Recht erfolgt.

Zur Begründung seiner hiergegen am 24. Mai 2004 bei dem Sozialgericht Kiel erhobenen Klage hat der Kläger im Wesentlichen vorgetragen: Hinsichtlich der von ihm erbrachten Leistungen bestehe ein besonderer Versorgungsbedarf nach Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä in der bis zum 30. Juni 2003 geltenden Fassung. Dies betreffe nicht nur die Ziffern 78 und 603 EBM, wie im Widerspruchsbescheid ausgeführt, sondern auch die Ziffern 10, 17, 18, 60, 75, 78, 603, 604, 606, 608, 609, 612, 613, 618, 620, 621, 622, 687 sowie 720 EBM. Abzuziehen seien die Ziffern, die von Zusatzbudgets betroffen seien. Es verblieben im Bereich des Praxisbudgets die streitigen Ziffern 10, 60, 78, 603, 604, 612 und 613. Diese stellten den kinder-kardiologischen Schwerpunkt seiner Praxistätigkeit dar und machten 2/3 des gesamten Leistungsumfanges aus. Eine Erweiterung seines Praxisbudgets sei zur Sicherstellung erforderlich. Das Praxisbudget sei an einer durchschnittlichen kinderärztlich/hausärztlichen Praxis ausgerichtet. Zwar erbrächten auch "normale" Kinderärzte entsprechende Ziffern, beim ihm sei jedoch ein quantitativ höherer Leistungsumfang erforderlich. Eine Erhöhung des Praxisbudgets für diese Ziffern sei durch das Sozialgericht Reutlingen mit Urteil vom 24. März 1999 in dem Verfahren S 1 KA 882/98 zugestanden worden.

Der Kläger hat beantragt,

die Bescheide der Beklagten über die Erweiterung des Praxisbudgets sowie die Honorarabrechnungen I bis III/02 sowie I und III/03 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22. April 2004 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, über seine Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat im Wesentlichen dargelegt: In die Prüfung des besonderen Versorgungsbedarfs eines Kinderkardiologen habe sie alle von dem Kläger genannten Ziffern einbezogen. Nach einem Gespräch habe man sich jedoch mit dem Kläger auf eine nochmalige Überprüfung hinsichtlich der Ziffern 78 und 603 verständigt. In die Berechnung des Praxisbudgets der Kinderärzte seien auch die kinder-kardiologischen Leistungen mit eingeflossen. Bei einem Vergleich der abgerechneten Leistungen des Klägers mit anderen Kinderkardiologen zeige sich, dass es selbst bei den Fachärzten untereinander quantitative Unterschiede bei der Leistungserbringung gebe. Insoweit sei es fraglich, ob der Leistungsumfang des Klägers rein kinder-kardiologisch zu begründen sei. Das von dem Kläger zitierte Urteil sei in einem anderen KV-Bereich ergangen, in dem hinsichtlich kinder-kardiologischer Leistungen Sicherstellungsprobleme bestanden hätten. Diese Sicherstellungsprobleme seien für Schleswig-Holstein nicht gegeben, da allein in L zwei weitere Kinderkardiologen tätig seien.

Das Sozialgericht hat durch Urteil vom 24. Juli 2007 die angefochtenen Bescheide geändert und die Beklagte verurteilt, über die Widersprüche des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Die Bescheide der Beklagten über die Erweiterung des Praxisbudgets sowie die Honorarabrechnungen für die Quartale I/02 bis III/02 sowie I/03 bis III/03 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22. April 2004 seien insoweit rechtswidrig, als die Beklagte die Anhebung der Fallpunktzahl und damit die Erweiterung des Praxisbudgets ermessensfehlerhaft abgelehnt habe. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B des EBM sei ab dem 1. Juli 1997 die Einführung von Praxis- und Zusatzbudgets für Vertragsärzte bestimmt worden. In Teil B Nr. 1 EBM sei geregelt, dass die dort enthaltenen ärztlichen Leistungen nach Maßgabe dieser Bestimmungen je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal für die nach Nr. 1.5 aufgeführten Arztgruppen einer fallzahlabhängigen Budgetierung unterlägen. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen seien je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig. Die Höhe der Budgets ergebe

sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle gem. Nr. 1.4. Die Vergütung der im EBM budgetierten Leistungen erfolge nach Nr. 1.2 auf der Grundlage arztgruppenbezogener fallzahlabhängiger Praxisbudgets, die sich aus den durchschnittlichen Betriebsausgaben je Arztgruppe und einem einheitlich für alle Arztgruppen festgestellten Ansatz für das Arzt Einkommen auf der Grundlage der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Arztgruppen nach der in Anlage 2 angegebenen Formel ergäben. Nach Nr. 4.3 EBM könne die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder auch Zusatzbudgets gewähren. In der Ergänzenden Vereinbarung vom 19. November 1996 der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung heiße es in Nr. 4, Abschnitt 4. A. I B. 4.3 EBM werde dahingehend ausgelegt, dass die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen könne, wenn nachfolgend genannte Krankheitsfälle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellen: Betreuung von HIV-Patienten, onkologische Erkrankungen, Diabetes, Mukoviszidose, Schmerztherapie, kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen sowie erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil. Nach der Nr. 4.3 EBM sei der Beklagten hinsichtlich der Erweiterung insbesondere des Praxisbudgets Ermessen eingeräumt. Bei Ermessensentscheidungen sei nur eine begrenzte gerichtliche Kontrolle möglich. Eine Rechtswidrigkeit sei nach [§ 54 Abs. 4 Satz 2 SGG](#) nur gegeben bei Ermessensüberschreitung und bei Ermessensfehlergebrauch. Darüber hinaus handele es sich bei den Begriffen "Sicherstellung" und "besonderer Versorgungsbedarf" um unbestimmte Rechtsbegriffe. Diese Begriffe eröffneten einen Beurteilungsspielraum, der vom Gericht nur negativ, nämlich nur darauf überprüft werden könne, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtiger und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde gelegt und die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten worden seien, ob die Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet worden seien, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar sei, sowie ob allgemeine oder besondere Wertmaßstäbe verletzt, sachfremde Erwägungen angestellt oder ob Denkgesetze oder Erfahrungssätze verletzt worden seien. Die Bestimmung eines Praxisbudgets und die Untersuchung des besonderen Versorgungsbedarfs stehe grundsätzlich im Ermessen der Beklagten. Die Beklagte habe ermessensfehlerhaft im Sinne einer Ermessensüberschreitung bzw. Ermessensfehlergebrauch gehandelt und den ihr zustehenden Beurteilungsspielraum hinsichtlich des unbestimmten Rechtsbegriffes "Schwerpunkt der Praxistätigkeit" jedenfalls schon insoweit verletzt, als sie den Sachverhalt nicht richtig ermittelt habe. Sie habe ausweislich des Widerspruchsbescheides die Tätigkeit des Klägers im Hinblick auf einen Praxisbudgets bezogen auf die Leistungen nach den Ziffern 78 und 603 EBM im Vergleich zur hausärztlichen Fachgruppe im Einzelnen untersucht. Dabei habe sich ein aus Sicht der Beklagten jeweiliger prozentualer Anteil der Ziffern an der Gesamtpunktzahlanforderung ergeben, der eine Spezialisierung der Praxis des Klägers hinsichtlich dieser Ziffern gegenüber den typisch hausärztlich abrechnenden Praxen nicht erkennen lasse. Damit habe die Beklagte den Praxisbudgets, und daran anknüpfend die Gefährdung der Sicherstellung dieser Leistungen im Einzelnen, nicht hinreichend untersucht. Das Praxisbudget erfasse wegen der kinder-kardiologischen Tätigkeit des Klägers, wie vom Kläger in seiner Klage nochmals dargestellt, neben den Ziffern 78 und 603 EBM auch die Ziffern 10, 60, 604, 612 und 613 EBM. Die übrigen von ihm genannten Ziffern seien zwischenzeitlich durch die Zusatzbudgets bereits der Tätigkeit entsprechend angepasst worden. Jedoch hätte es der Beklagten obliegen, die verbleibenden Ziffern daraufhin zu überprüfen, ob im Einzelnen ein Bedarf für die Erweiterung des Praxisbudgets wegen eines aus der kinder-kardiologischen Tätigkeit des Klägers folgenden Praxisbudgets bestehe und insoweit eine Sicherstellung des besonderen Versorgungsbedarfs an diesen Leistungen geboten sei (unter Hinweis auf SG Reutlingen, Urt. vom 24. März 1999, S 1 KA 882/98). Inwieweit die Leistungen im Einzelnen darüber hinaus zur Sicherstellung der Versorgung kinder-kardiologischer Patienten für eine Erweiterung des Praxisbudgets zu berücksichtigen seien, werde die Beklagte erneut zu ermitteln und darzulegen haben. Eine Beschränkung der Überprüfung auf die Ziffern 78 und 603 EBM sei für das Gericht angesichts des umfangreichen Vorbringens des Klägers zu der Besonderheit seiner Tätigkeit bezogen auf die ausdrücklich im einzelnen genannten (weiteren) Ziffern im Vorbringen der jeweiligen Widersprüche, auch noch aufrecht erhalten in der Klage, nicht erkennbar. Die Kammer gehe davon aus, dass sich bei der erneuten Überprüfung der Abrechnungsdaten hinsichtlich der einzelnen Ziffern der Praxisbudgets des Klägers im Bereich der Kinderkardiologie ergeben werde, wie die Beklagte es selbst ausdrücklich im Bescheid der EBM-Arbeitsgruppe vom 2. Mai 2002 unter Anerkennung der Leistungen im Bereich der Kinderkardiologie als einem Schwerpunkt der Praxistätigkeit des Klägers gesehen habe.

Gegen das ihr am 21. Juni 2007 zugestellte Urteil hat die Beklagte die am 17. Juli 2007 eingegangene Berufung eingelegt, zu deren Begründung sie im Wesentlichen vorträgt: Daraus, dass in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid die Ziffern 78 EBM-Ä und 603 EBM-Ä ausdrücklich genannt worden seien, könne entgegen der Auffassung des Sozialgerichts nicht im Umkehrschluss gefolgert werden, dass sie sich mit den weiteren von dem Kläger angeführten Leistungspositionen nicht befasst habe. Das Gegenteil ergebe sich aus dem Bescheid der Abteilung Qualitätssicherung vom 3. September 2002, in dem alle geltend gemachten Ziffern erwähnt seien, aus einer in der Verwaltungsakte enthaltenen Anzahlstatistik (Blatt 169 Verwaltungsakte), in der nicht nur die Ziffern 78 und 603 EBM-Ä, sondern z.B. auch die Ziffern 10 und 60 EBM-Ä markiert seien, sowie aus der Übersicht Bl. 215 Verwaltungsakte, der die prozentuale Anforderung der von dem Kläger beantragten Leistungen im Vergleich zu allen Kinderkardiologen in Schleswig-Holsteins zu entnehmen sei. Dass im Widerspruchsbescheid die Ziffern 78 und 603 EBM-Ä ausdrücklich genannt seien, liege daran, dass mit dem Kläger vor der Entscheidung ein Gespräch geführt worden sei, in dem dieser im Hinblick auf den gestellten Antrag auf Erweiterung des Praxisbudgets insbesondere die genannten Ziffern noch einmal angesprochen habe. Insoweit beziehe sich die Beklagte ergänzend auf den Aktenvermerk vom 28. Januar 2003. Bei den Leistungen nach den Nrn. 10, 17, 18, 60, 75, 78, 603, 604, 612 und 613 EBM-Ä handele es sich um ganz typische Leistungen der Kinderärzte. Da das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 22. März 2006 ([B 6 KA 80/04 R](#)) seine Rechtsprechung zu den Ausnahmen von den Teilbudgets EBM 1996 auf die Möglichkeit zur Erweiterung des Praxisbudgets übertragen und einen entsprechenden Anspruch jedenfalls dann verneint habe, wenn die von dem Arzt erbrachten Leistungen typisch seien und dementsprechend keine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung belegen könnten, könnte sich die Frage stellen, ob und in welchem Umfangs sie überhaupt noch einen Ermessensspielraum gehabt habe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 24. Juli 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

und im Wege der Anschlussberufung das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 24. Juli 2007 abzuändern, soweit dies bei der

Begriffsbestimmung des besonderen Versorgungsbedarfs angenommen hat, dass insoweit ein eingeschränkt gerichtlich überprüfbarer Beurteilungsspielraum anzunehmen ist.

Er erwidert im Wesentlichen: Mit ihrer Auffassung, dass das Praxisbudget wegen gruppenüblicher Leistungen nicht zu erhöhen sei, verkenne die Beklagte die Vorgaben aus dem Urteil des BSG vom 22. März 2006 ([B 6 KA 80/04 R](#), Rn. 15). Im Gegensatz zu den seinerzeit entschiedenen rein hausärztlichen Fällen bestehe bei ihm die Besonderheit, dass er als Kinderkardiologe in erheblichem Umfang auch fachärztlich tätig sei ([§ 73 Abs. 1a S. 4 SGB V](#)). Insoweit ergebe sich quantitativ ein erheblich unterschiedlicher Versorgungsbedarf gegenüber einer durchschnittlichen rein hausärztlich tätigen Praxis. Welche Erkenntnisse die Beklagte aus der Übersicht Bl. 215 der Verwaltungsakte ableiten wolle, sei nicht ersichtlich. Die Auswertung dieser Tabelle spreche vielmehr dafür, dass bei ihm ein besonderer Versorgungsbedarf für die Betreuung der kinderkardiologischen Fälle anzunehmen sei. Die meisten Kinderkardiologen seien in dem von der Beklagten zugrunde gelegten Vergleichszeitraum in Gemeinschaftspraxen mit einem rein hausärztlich tätigen Kinderarzt niedergelassen gewesen. Die beiden anderen in Einzelpraxis niedergelassenen Kinderkardiologen wiesen ähnlich hohe Kürzungen im Bereich des Praxisbudgets auf. Zudem sei aus der höchst unterschiedlichen Höhe des Zusatzbudgets Kardiologie ersichtlich, dass der kinderkardiologische Schwerpunkt in den einzelnen Praxen höchst unterschiedlich ausgeprägt sei. Sinnvolle Vergleichsergebnisse wären nur zu gewinnen, wenn die Beklagte den Versorgungsbedarf speziell für die - fachärztlichen - Überweisungsfälle einer Überprüfung in verschiedenen Praxen zugeführt hätte, wie es von ihm mehrfach angeregt worden sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte und den Verwaltungsvorgang der Beklagten betreffend die Erweiterung des Praxisbudgets des Klägers Bezug genommen, die auch Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung des Senats am 6. Oktober 2009 gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte ([§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG), fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet. Das Sozialgericht hat zu Recht entschieden, dass die angefochtenen Bescheide der Beklagten rechtswidrig sind und der Kläger einen Anspruch auf Neubescheidung seines Antrages auf Erweiterung seines Praxisbudgets hat. Die Anschlussberufung des Klägers ist dagegen begründet. Der Kläger hat nämlich - weiter gehend als von dem Sozialgericht angenommen - einen Anspruch darauf, dass die Beklagte bei der Neubescheidung von der Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs im Sinne der Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen (A I. Teil B) zum EBM-Ä ausgeht.

Streitgegenstand ist zunächst der Bescheid über die Ablehnung der Erweiterung des Praxisbudgets. Nach der Rechtsprechung des BSG kommt dem Bescheid, mit dem die Erweiterung von Budgets abgelehnt worden ist - hier dem Bescheid vom 3. September 2002 - gegenüber den Honorarbescheiden eine eigenständige Bedeutung zu, die zu seiner Anfechtung unabhängig von den Honorarbescheiden berechtigt. Die Quartalshonorare müssen im Falle nachträglicher Budgeterweiterungen neu berechnet werden (BSG, Urt. v. 22. März 2006 - [B 6 KA 80/04 R](#), [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#), juris Rn. 9 m. w. N.). Hier wurden allerdings (auch) die Honorarbescheide für die Quartale I/02 bis III/02 und I/03 und II/03 hinsichtlich des Umfangs der Honorarbegrenzung durch das Praxisbudget ausdrücklich angefochten und sind damit unmittelbar Streitgegenstand des Verfahrens, nicht dagegen derjenige für das Quartal IV/02.

Streitig ist im gesamten Verfahren nur die Höhe des Praxisbudgets des Klägers, d. h. der Anspruch auf Erweiterung desselben bzw. auf ermessensfehlerfreie Entscheidung hierüber. Der Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist weitergehend begrenzt dadurch, dass nur die Beklagte uneingeschränkt Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts eingelegt hat, der Kläger Anschlussberufung dagegen nur insoweit, als das Sozialgericht hinsichtlich des Begriffs des "besonderen Versorgungsbedarfs" angenommen hat, dass insoweit ein eingeschränkt gerichtlich überprüfbarer Beurteilungsspielraum der Beklagten bestehe. Im Übrigen ist nur die Verurteilung der Beklagten zur Neubescheidung des Klägers aufgrund der im Einzelnen in den Entscheidungsgründen dargelegten Maßgaben zu überprüfen. Nicht zu überprüfen ist daher die Rechtmäßigkeit der Begrenzung des Honoraranspruchs des Klägers dem Grunde nach in den genannten Quartalen durch ein Praxisbudget (und Zusatzbudgets).

Rechtsgrundlage für die von dem Kläger begehrte Erweiterung seines Praxisbudgets ist Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen (A I. Teil B) zum EBM-Ä in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung. Danach kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren.

Anders als von dem Sozialgericht angenommen, ist der Beklagten bei der Auslegung des Begriffs des besonderen Versorgungsbedarfs kein gerichtlich nur eingeschränkt nachprüfbarer Beurteilungsspielraum eingeräumt. Dies hat das BSG (Urt. v. 16. Mai 2001 - [B 6 KA 53/00 R](#), [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#), juris Rn. 21) unter Hinweis auf dieselben Erwägungen wie hinsichtlich der Nr. 4 der die Teilbudgets betreffenden Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 (unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 6. September 2000 - [B 6 KA 40/99 R](#), [BSGE 87, 112](#)) angenommen. Allerdings hat das BSG aus dem Wortlaut der Nr. 4.3 A I. Teil B EBM-Ä sowie der Ausgestaltung der Praxisbudgets in der ab 1. Juli 1997 geltenden Form abgeleitet, dass die Voraussetzungen für die Erweiterung eines Praxis- und /oder Zusatzbudgets enger seien als diejenigen, unter denen nach Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 in den Quartalen III/1996 bis II/1997 Ausnahmen von den Teilbudgets hätten gewährt werden können. Während ein "Versorgungsschwerpunkt" in erster Linie aus der besonderen Struktur einer einzelnen Praxis abzuleiten sei, stelle das Merkmal "Versorgungsbedarf" stärker auf objektive Kriterien in dem Sinne ab, dass ein bestimmtes Leistungsangebot einer Praxis unter Sicherstellungsaspekten erforderlich sei (BSG, Urt. v. 16. Mai 2001, [a.a.O.](#), juris Rn. 22). In weiteren Urteilen hat das BSG dies dahingehend präzisiert, dass der besondere Versorgungsbedarf eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraussetze, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis habe. Dies erfordere vom Leistungsvolumen her, dass bei dem Arzt das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem vom Budget erfassten Bereich die Budgetgrenze übersteige und dass bei ihm im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliege, die zwar allein noch nicht ausreiche, aber immerhin ein wichtiges Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstelle (vgl. BSG, Urt. v. 16. Mai 2001, [a.a.O.](#), juris Rn. 26; Urt. v. 22. März 2006, [a.a.O.](#), juris Rn. 15; Urt. v. 28. Januar 2009 - [B 6 KA 50/07 R](#), juris Rn. 36). Für die Gewährung einer Budgeterweiterung ist nach der Rechtsprechung des BSG weiter erforderlich, dass die Honorierungsquote für die speziellen Leistungen überdurchschnittlich gering gewesen sei, was voraussetze, dass das Gesamtleistungsvolumen insgesamt signifikant überdurchschnittlich hoch gewesen sei. Erhebliches Gewicht könne dem

Gesichtspunkt zukommen, dass das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem Spezialisierungsbereich die Budgetgrenze übersteige (Urt. v. 22. März 2006, [a.a.O.](#); Urt. v. 28. Januar 2009, [a.a.O.](#)).

Der Senat bejaht hier einen besonderen Versorgungsbedarf und zwar nicht nur – wie die Beklagte – bezogen auf Leistungen, die in das Zusatzbudget (Kinder-)Kardiologie fallen, sondern auch bezogen auf Leistungen im Rahmen des Praxisbudgets des Klägers.

Die Besonderheit besteht bei dem Kläger zunächst darin, dass er über eine Doppelzulassung verfügt, nämlich als Kinderarzt und als Kinderkardiologe. Aufgrund dieser Doppelzulassung wäre bei dem Kläger für die Bildung der FPZ im Grundsatz die Regelung des EBM-Ä A I Teil B 1.6.2 Satz 1 anzuwenden gewesen. Danach wird für Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen die Höhe der arztgruppenbezogenen FPZ als arithmetischer Mittelwert der entsprechenden arztgruppenbezogenen FPZ errechnet. Diese Regelung konnte jedoch nicht angewendet werden, da zwar hausärztliche Kinderärzte, nicht aber Kinderkardiologen der Budgetregelung unterlagen (EBM-Ä A I. Teil B 1.1 i.V.m. der abschließenden Aufzählung der von der Budgetregelung betroffenen Arztgruppen zu 1.5, a.a.O.). Gemäß der Regelung unter A I. Teil B 1.6.2 Satz 2 EBM-Ä war daher Nr. 1.6.1, a.a.O. entsprechend anzuwenden. Darin ist für die Berechnung der FPZ fachübergreifender Gemeinschaftspraxen geregelt, dass Ärzte der Gebietsbezeichnungen, die in Nr. 1.5 nicht aufgeführt sind, unberücksichtigt bleiben. Für das Praxisbudget des Klägers galt damit allein die FPZ der Kinderärzte (laut 1.5 a.a.O. 675; die in den Abrechnungen als FPZ jeweils ausgewiesenen 630 Punkte stellen nach der Erläuterung der Beklagten in der mündlichen Verhandlung eine regionalisierte FPZ dar).

Die Berechnung der Ausgangs-FPZ für das Praxisbudget des Klägers ist hier nicht streitig. Daraus, dass nur mangels Festlegung einer FPZ für die zweite Gebietsbezeichnung des Klägers, Kinderkardiologie, keine gemittelte (und damit hier mit Sicherheit höhere) FPZ zugrunde gelegt werden konnte, folgt allerdings in besonderem Maße die Verpflichtung zur umfassenden Berücksichtigung des zweiten Fachgebietes des Klägers bei der Prüfung der Gewährung und Erweiterung von Zusatzbudgets und der Erweiterung des Praxisbudgets. Nur so kann dem Grundgedanken der genannten Regelungen, nämlich eine für die konkrete Praxisausrichtung (im Sinne der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Fachgebiet) repräsentative durchschnittliche FPZ zu Grunde zu legen, Rechnung getragen werden.

Die Beklagte selbst hat die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs durch den Kläger insoweit bejaht, als sie ihm das qualifikationsgebundene (kinder)kardiologische Zusatzbudget eingeräumt und es wiederholt erweitert hat. Dieses Zusatzbudget erfasst allerdings nur die Nrn. 606, 608, 609, 616, 617, 618, 621, 622 EBM-Ä (vgl. Aufstellung A I. Teil B Nr. 4.1 EBM-Ä). Der Kläger macht jedoch zu Recht geltend, dass seine kinder-kardiologische Tätigkeit auch durch die Erbringung weiterer von ihm wiederholt genannter, dem Praxisbudget zugeordneter Leistungsziffern gekennzeichnet sei und deshalb auch bezogen auf sein Praxisbudget ein besonderer Versorgungsbedarf bestehe. Legt man die oben dargestellten, hierzu in der Rechtsprechung entwickelten Maßstäbe an, so ergibt sich Folgendes: Dass bei dem Kläger in der Gesamtschau seines Leistungsspektrums eine im Leistungsangebot seiner Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung (kinderkardiologische Leistungen) und eine von der Typik der Arztgruppe der Kinderärzte abweichende Praxisausrichtung vorliegen, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis hat, ist schon aus den oben genannten Gründen (Doppelzulassung und praktische Tätigkeit sowohl als Kinderarzt als auch als Kinderkardiologe) nicht zweifelhaft. Die Erbringung auch sehr spezieller kardiologischer Leistungen (u.a. zweidimensionale farbcodierte Dopplerechokardiographische Untersuchung nach Nr. 618 EBM-Ä, Elektrokardiographie nach Nr. 616 EBM-Ä, Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer nach Nr. 606 EBM-Ä) weicht von der Typik der Fachgruppe der Kinderärzte deutlich ab, und daran, dass diese Spezialisierung auch messbaren Einfluss auf den Anteil der in diesem Bereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis hat, kann kein Zweifel bestehen. Dass hierfür, anders als von der Beklagten in dem angefochtenen Ausgangsbescheid angenommen, ein prozentualer Mindestanteil nicht erforderlich ist, ergibt sich aus den Darlegungen des BSG in dem Urteil vom 16. Mai 2001 ([a.a.O.](#), juris Rn. 26). Darin hat das BSG die Auslegung des Merkmals "besonderer Versorgungsbedarf" im Sinne der Nr. 4.3 a.a.O. EBM-Ä von dem "Versorgungsschwerpunkt" im Sinne der Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 abgegrenzt, der nach dem Urteil vom 6. September 2000 ([BSGE 87, 112, 117](#)) grundsätzlich nur gegeben sei, wenn auf den als "Versorgungsschwerpunkt" geltend gemachten Leistungsbereich ein Anteil von mindestens 20 % der von der Praxis abgerechneten Gesamtpunktzahl entfalle. Die Vielzahl der Zusatzbudgets nach Nrn. 4.1 und 4.2 a.a.O. EBM-Ä, deren vielfach geringes Leistungsvolumen und die Möglichkeit einer Praxis, mehrere Zusatzbudgets in Anspruch zu nehmen, werde es nur selten zulassen, dass ein Arzt allein mit Leistungen aus einem einzelnen Zusatzbudget 20 % der Gesamtpunktzahl seiner Praxis erreiche. Wenn danach wegen der Unterschiede in Zuschnitt und Wirkungsweise zwischen den Teilbudgets der Quartale III/1996 - II/1997 einerseits und den ab dem 1. Juli 1997 geltenden Praxis- und Zusatzbudgets andererseits bei letzteren nicht stets auf einen Punktzahlanteil von 20 % abgestellt werden könne, bildeten doch Abweichungen der einzelnen Praxis von der Typik der Arztgruppe, die sich (auch) in abweichenden Anteilen des auf bestimmte Leistungen entfallenden Punktzahlvolumens niederschlugen, ein wichtiges Indiz für die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs. Demnach scheitert hier die Annahme eines besonderen Versorgungsbedarfs nicht daran, dass bezogen auf einzelne von dem Kläger als Ausdruck seiner besonderen Praxisausrichtung geltend gemachten Leistungsziffern des Praxisbudgets, u.a. die von der Beklagten untersuchte Nr. 603 EBM-Ä, ein Umfang von 20 % der Gesamtpunktzahl der Praxis nicht erreicht wird. Zudem könnte eine Beurteilung unter Zugrundelegung der 20%-Grenze sich sinnvoller Weise nicht auf einzelne Leistungsziffern beziehen, sondern sie müsste alle Leistungsziffern erfassen, die Ausdruck des geltend gemachten besonderen kinder-kardiologischen Versorgungsbedarfs sind.

Ein weiterer für die Annahme eines besonderen Versorgungsbedarfs sprechender Gesichtspunkt ist der hohe Anteil der Überweisungsfälle an der Gesamttätigkeit des Klägers, der in der von dem Sozialgericht zitierten "Ergänzenden Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 19. November 1996" als Beispiel für die Erforderlichkeit einer Budgeterweiterung angeführt wird. (vgl. zu diesem Gesichtspunkt auch BSG, Urt. v. 16. Mai 2001, [a.a.O.](#), juris Rn. 28). Nach der in der Verwaltungsakte befindlichen "Einlesestatistik" für das Quartal I/02, Bl. 190 VA, waren von 991 Gesamtfällen des Klägers 181 Fälle Überweisungsfälle. Dieser Anteil von knapp 20% gilt nach den von der Beklagten in der mündlichen Verhandlung überreichten Unterlagen (Bl. 111 - 136 d. A.) auch für weitere unmittelbar streitige Quartale. Auch wenn der Anteil der Überweisungsfälle für die Fachgruppe der rein pädiatrisch tätigen Kinderärzte nicht ausgewiesen ist, dürfte diese deutlich hinter diejenigen des Klägers zurückbleiben. Dies belegt schon die geringe Abrechnungsquote bezogen auf die Nrn. 75 und 78 EBM-Ä (Arztbriefe) innerhalb der Fachgruppe der Kinderärzte, auf die noch näher einzugehen sein wird.

Damit lagen in der Gesamtschau der Tätigkeit des Klägers die Voraussetzungen für die Bejahung der Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs im Sinne der Nr. 4.3 a.a.O. vor. Die Beklagte hat, wie das Sozialgericht im Ergebnis zutreffend dargelegt hat, das ihr hinsichtlich der Erweiterung des Praxisbudgets dem Grunde und der Höhe nach auf der Rechtsfolgesseite eingeräumte Ermessen nicht

sachgerecht ausgeübt. Dies gilt entweder schon deshalb, weil sie – was aus den angefochtenen Bescheiden nicht klar hervorgeht – schon den besonderen Versorgungsbedarf verneint hat oder weil sie jedenfalls – wie noch näher darzulegen sein wird – mit nicht zutreffenden bzw. nicht sachgerechten Erwägungen davon ausgegangen ist, dass dieser Versorgungsbedarf bereits anderweitig gedeckt sei.

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist dem dargelegten besonderen Versorgungsbedarf nicht durch die Einräumung und Erweiterung des Zusatzbudgets Kinderkardiologie bereits ausreichend Rechnung getragen worden. Allerdings könnte dies dann angenommen werden, wenn damit die von der Typik der Fachgruppe der Kinderärzte abweichenden Praxisbesonderheiten bereits vollständig erfasst wären. Dies ist hier jedoch nicht der Fall. Denn der die Praxis des Klägers kennzeichnende besondere Versorgungsbedarf im Bereich der Kinderkardiologie kommt nicht nur in den von dem Zusatzbudget (Kinder-)Kardiologie erfassten, sondern auch in weiteren Leistungsziffern zum Ausdruck, die nicht von dem Zusatzbudget erfasst werden und damit über das – kinderärztliche – Praxisbudget des Klägers abzudecken sind, obwohl sie der kinderkardiologischen Tätigkeit des Klägers zugeordnet sind. Dies gilt vor allem für und wird besonders deutlich an Überweisungsfälle(n). Der Überweisungsfall ist dadurch gekennzeichnet, dass andere Kinderärzte Patienten an den Kläger überweisen, weil der Verdacht auf eine kinderkardiologisch abzuklärende und ggf. zu behandelnde Erkrankung besteht. Entsprechend erbringt der Kläger in Überweisungsfällen regelhaft bestimmte diagnostische Leistungen, die dem Praxisbudget zugeordnet sind. Dies gilt insbesondere für die Nr. 603 EBM-Ä (Elektrokardiographische Untersuchung mit mindestens 12 Ableitungen, (Extremitäten und Brustwand, ggf. einschließlich Vektorkardiographie) ggf. auch Nr. 604 EBM-Ä (Elektrokardiographische Untersuchungen in Ruhe mit mindestens 12 Ableitungen sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes, einschließlich wiederholter Blutdruckmessung). Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung dargelegt, dass ein Kinderkardiologe auch in Überweisungsfällen diese Untersuchungen stets selbst durchführe, und dass in den meisten zu ihm überwiesenen Fällen durch den überweisenden Arzt noch keine Untersuchungen der genannten Art erfolgt seien. Die von der Beklagten vorgelegten Unterlagen belegen, dass es sich gerade bei der Nr. 603 EBM-Ä um eine von dem Kläger in einem Überweisungsfall ganz regelhaft erbrachte Leistung handelt. Im Quartal I/02 hat der Kläger die Leistung nach Nr. 603 EBM-Ä in den 181 Überweisungsfällen 187 x abgerechnet (insgesamt, d.h. einschließlich eigener Patienten, bei 991 Fällen 222x). Dass dies eine für die Überweisungsfälle des Klägers typische Situation ist, belegen auch die von der Beklagten in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Unterlagen betreffend die weiteren unmittelbar streitigen Quartale. Danach erbringt der Kläger die Leistung nach der Nr. 603 EBM-Ä in nahezu jedem Überweisungsfall bzw. in der weit überwiegenden Zahl der Überweisungsfälle. Soweit die Beklagte eine Erweiterung des Praxisbudgets (auch) unter Hinweis darauf abgelehnt hat, dass es sich um eine gruppentypische Leistung handle, ist dies ohne nähere Erläuterung nicht nachvollziehbar und zudem handelt es sich nicht um eine sachgerechte Erwägung. So kann die genannte Annahme aus den in den Verwaltungsakten vorliegenden Anzahlstatistiken nicht abgeleitet werden. Danach wurde die Leistung nach Nr. 603 EBM-Ä z. B. im Quartal II/02 nur von 99 von 149 Praxen (modifizierte Fachgruppe) und von diesen nur zu 1,5 % abgerechnet. In den weiteren streitigen Quartalen betrug die Abrechnungsquote für die Nr. 603 EBM-Ä innerhalb der modifizierten Fachgruppe zwischen 1,5 % und 1,9 %. Sollte die Beklagte mit dem Hinweis auf die Gruppentypik die Kriterien aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach statistischen Durchschnittswerten gemeint haben, wäre hieraus eine Typik, die einen statistischen Vergleich ermöglicht, gerade nicht abzuleiten, da dies u.a. eine ausreichend hohe Abrechnungsquote innerhalb der Vergleichsgruppe voraussetzt. Die Beklagte hat ihre Entscheidung insoweit nicht näher erläutert. Zum anderen ist die Gruppentypik zwar ein zu berücksichtigender Gesichtspunkt, der jedoch nach der Rechtsprechung des BSG einer Budgeterweiterung nicht entgegen steht, wenn der betreffende Arzt eine Leistung im Verhältnis zur Fachgruppe überdurchschnittlich häufig erbringt (vgl. dazu, im Zusammenhang mit einem hohen Überweisungsanteil BSG, Urt. v. 22. März 2006, [a.a.O.](#), juris Rn. 18 m.w.N.). Hier wurde die Leistung nach Nr. 603 EBM-Ä in den streitigen Quartalen von dem Kläger inzwischen 20, 6 % und 27,5 % der Fälle und damit rund 16x so häufig abgerechnet wie im Durchschnitt der modifizierten Fachgruppe. Auch hinsichtlich der in den Überweisungsfällen regelhaft abgerechneten Nr. 78 EBM-Ä kann nicht festgestellt werden, dass es sich um eine gruppentypische Leistung handelt. Die Nr. 78 EBM-Ä wurde ausweislich Bl. 123 der Verwaltungsakte im Quartal II/02 nur von 30 von 149 Praxen überhaupt und von diesen nur in 1,6 % der Fälle abgerechnet, von dem Kläger dagegen in 19,4 % der Fälle. In den weiteren streitigen Quartalen lag die Abrechnungsquote innerhalb der modifizierten Fachgruppe zwischen 1,3% und 2,5 %, bei dem Kläger zwischen 13,5% und 19,7%. Nach der Einlesestatistik für I/02 rechnete er die Gebührenziffer 78 EBM-Ä in 177 der 181 Überweisungsfälle ab, in eigenen Fällen nur 6x, was belegt, dass ein ausführlicher Arztbrief der genannten Art in der kinderärztlichen Praxis – nachvollziehbar – praktisch nur in Überweisungsfällen anfällt, d.h. eindeutig dem Bereich der kardiologischen Tätigkeit des Klägers zuzuordnen ist. Die für die Tätigkeit des Klägers in den Überweisungsfällen ebenfalls typischen Leistungen nach Nrn. 10 und 60 EBM-Ä sind zwar gruppentypisch, insofern als sie von allen Praxen der Fachgruppe abgerechnet werden und dies auch mit hohen Prozentsätzen (II/02 32,6 % Nr. 10, 46,3 % Nr. 60 EBM-Ä). Allerdings rechnet der Kläger (auch) diese Leistungen deutlich häufiger ab als der Durchschnitt der Fachgruppe (im Quartal II/02 Nr. 60 zu 88,7 %, Nr. 10 80,4 %). Zudem ergibt sich auch hinsichtlich dieser Leistungen ein klarer Bezug zu der kinderkardiologischen Tätigkeit des Klägers. So wurde nach der "Einlesestatistik" I/02 (Bl. 190 Verwaltungsakte) in den Überweisungsfällen des Klägers die Nr. 60 EBM-Ä zu nahezu 100%, die Nr. 10 EBM-Ä zu mehr als 100 % abgerechnet. Die in der mündlichen Verhandlung von der Beklagten überreichten Gebührennummernstatistiken belegen ähnliche Zahlenverhältnisse auch für die weiteren Quartale. Damit ist (jedenfalls) der typische Überweisungsfall des Klägers durch die regelhafte Erbringung der genannten Leistungen aus dem Praxisbudget gekennzeichnet. Dabei macht auch die Beklagte nicht geltend, dass es der Erbringung der genannten Leistungen nicht bedurft hätte. Dies liegt auch nicht nahe, denn es ist nachvollziehbar, dass die Überweisung zu einem Kinderkardiologen (zumindest) die Durchführung einer EKG-Untersuchung, die Erhebung eines Ganzkörperstatus, einen ausführlichen Arztbrief und vielfach auch eine Gesprächsleistung im Sinne der Nr. 10 EBM-Ä zur Folge hat.

Dass hinsichtlich der bei dem Kläger in einem typischen Überweisungsfall abgerechneten Leistungsziffern noch ein besonderer Versorgungsbedarf innerhalb des Praxisbudgets verbleibt, wird auch durch folgende Betrachtung verdeutlicht: Geht man davon aus, dass der Kläger neben den über das Zusatzbudget abgedeckten speziellen kardiologischen Leistungen in einem Überweisungsfall, wie dargelegt, im Grundsatz jeweils die Nrn. 603, 60, 78, 10 mindestens 1x abrechnet, so ergibt sich eine aus dem Praxisbudget abzudeckende Fallpunktzahl von 1050, während die FPZ für Kinderärzte nach dem EBM, wie dargelegt 675, regional 630, beträgt. Auch diese Betrachtung zeigt, dass trotz des Zusatzbudgets Kinderkardiologie bei dem Kläger in einem durchschnittlichen Überweisungsfall ein durch das Praxisbudget nicht gedeckter Punktebedarf verbleibt. Damit übersteigt der durchschnittliche Punktebedarf des Klägers in den Überweisungsfällen die FPZ des Praxisbudgets, so dass auch dieses vom BSG als Maßstab für eine Erweiterung des Praxisbudgets herangezogene Kriterium erfüllt ist.

Ob und in welcher Höhe aufgrund der Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung des Praxisbudgets gewährt wird, ist nach dem Wortlaut der Nr. 4.3 a.a.O. in das Ermessen der Beklagten gestellt. Bei der Neubescheidung wird die Beklagte nach dem oben Gesagten davon auszugehen haben, dass der Kläger einen besonderen Versorgungsbedarf sicherstellt, der durch das gewährte und

erweiterte Zusatzbudget nicht abgedeckt ist, weil der besondere Versorgungsbedarf, den der Kläger abdeckt, neben den speziellen durch das Zusatzbudget erfassten Leistungsziffern auch durch Leistungsziffern gekennzeichnet ist, die in das Praxisbudget fallen, mit dem Praxisbudget des Kinderarztes jedoch bei einem entsprechend hohen Anteil an kinderkardiologischen Überweisungsfällen wie bei dem Kläger nicht abgedeckt werden kann. Nach genauerer Ermittlung des ungedeckten Versorgungsbedarfs wird anhand der aufgezeigten Maßstäbe über die Erweiterung des Praxisbudgets zu befinden sein.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 und Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2](#) SGG liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2010-01-21