S 21 KA 2211/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 21 KA 2211/98
Datum	18.08.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 147/99
Datum	16.05.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 18. August 1999 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. Die KlÃ¤gerin hat der Beklagten die auÃergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch der KlÃ¤gerin auf Aussetzung/Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gemÃ¤Ã Kapitel A I Allgemeine Bestimmungen, Teil B Ziffer 4.3 des EBM streitig.

Die KlÃ¤gerin ist als AllgemeinÃ¤rztin in G. niedergelassen und nimmt an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil. Sie ist berechtigt, die Zusatzbezeichnungen "Chirotherapie" und "Naturheilverfahren" zu fÃ¼hren.

Die Beklagte wertete ein Schreiben der KlÃ¤gerin vom 22. Februar 1998, in dem diese geltend gemacht hatte, ihre durch die Praxisbesonderheit "Schmerztherapie" bedingten Leistungen fielen nicht unter die Budgetierung, als Antrag auf

Aussetzung/Erweiterung der Praxis und/oder Zusatzbudgets gemÃ¤Ã A I.B.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM. Mit Bescheid vom 10. Juli 1998 lehnte die Beklagte diesen Antrag ab. Die im EBM enthaltenen Budgets kÃ¶nnten dann erweitert oder ausgesetzt werden, wenn bestimmte KrankheitsfÃ¤lle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellten. Der Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit liege dann vor, wenn bei Teilnehmern an der Schmerztherapie-Vereinbarung der Anteil des Leistungsbedarfs der Nrn. 418 â 450 EBM am Gesamtleistungsbedarf mindestens 30 % betrage. Eine ÃberprÃ¼fung habe ergeben, dass in der Praxis der KlÃ¤gerin die DurchfÃ¼hrung der Schmerztherapie keinen Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstelle. Der Anteil des Leistungsbedarfs der Nrn. 418 bis 450 EBM am Gesamtleistungsbedarf betrage 9,5 %.

Ihren dagegen eingelegten Widerspruch vom 18. Juli 1998 begrÃ¼ndete die KlÃ¤gerin damit, dass es wohl nicht angehe, ihre seit zehn Jahren bestehende Schmerzpraxis nur nach den Nrn. 418 bis 450 zu beurteilen. Dies seien rein "kÃ¶rperliche" schmerzthera- Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten mÃ¼sse sowohl auf der kÃ¶rperlichen, als auch auf der gesprÃ¤chstherapeutischen Ebene hinsichtlich der psychischen Verarbeitung bzw. besseren Umgangs mit chronischen Schmerzen ansetzen. Es mÃ¼sse deshalb auch ihre Leistungsanforderung fÃ¼r die Nrn. 850 und 851 EBM, sowie bei Krisenintervention der Nr.21 EBM berÃ¼cksichtigt werden. Bei BerÃ¼cksichtigung dieser Leistungen liege ihr Leistungsbedarf an schmerztherapeutischen Leistungen weit Ã¼ber 30 % am Gesamtleistungsbedarf.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 1998 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch der KlÃ¤gerin zurÃ¼ck. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I.B.4.3 des EBM kÃ¶nne die zustÃ¤ndige KassenÃ¤rztliche Vereinigung auf Antrag im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis und/oder Zusatzbudgets gewÃ¤hren. Danach kÃ¶nne ein Budget insbesondere dann erweitert oder ausgesetzt werden, wenn die in der "Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" genannten KrankheitsfÃ¤lle oder spezifischen Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellten. Der Vorstand der KVB habe dazu im Einzelfall Kriterien festgelegt und beschlossen. Bei der Schmerztherapie werde eine Erweiterung oder Aussetzung der Praxis- und/ oder Zusatzbudgets dann gewÃ¤hrt, wenn der Anteil der schmerztherapeutischen Leistungen nach den Nrn. 418 bis 450 EBM im Referenzquartal 2/96 mindestens 30 % am Gesamtleistungsbedarf der Praxis (unter BerÃ¼cksichtigung der Wirtschaftlichkeit) betrage. Die schmerztherapeutischen Leistungen wÃ¼rden von einer groÃen Anzahl von Ãrzten erbracht, so dass der pozentuale Anteil am Gesamtleistungsbedarf der Praxis als ermessengerechtes PrÃ¼fkriterium auf 30 % festgelegt worden sei. Im Fall der KlÃ¤gerin betrage der Anteil der genannten Leistungen am Gesamtleistungsbedarf im Quartal 2/96 9,5 % und somit weniger als 30 %.

Die dagegen erhobene Klage ging am 18. November 1998 beim Sozialgericht MÃ¼nchen ein. Zu ihrer BegrÃ¼ndung wurde vorgetragen, es sei falsch, dass die

Beklagte nur auf den Leistungsbedarf der Nrn. 418 bis 450 EBM abstelle, dagegen die Nrn. 850 und 851 EBM, auÃerdem die Nr.21 EBM bei Krisenintervention, Ã¼berhaupt nicht berÃ¼cksichtige. Zur schmerztherapeutischen Behandlung gehÃ¶rten nicht nur kÃ¶rperliche schmerztherapeutische MaÃnahmen, sondern in mindestens gleichem MaÃe auÃerdem die gesprÃ¤chstherapeutischen Leistungen. Der ProzessbevollmÃ¤chtigte der KlÃ¤gerin fÃ¼gte seinem Schriftsatz eine Tabelle bei, aus der die Anforderungen der KlÃ¤gerin in den Quartalen 1/96 bis einschlieÃlich 2/97 fÃ¼r die Leistungen nach den Nrn. 418, 419, 422, 430, 431 und 439 EBM sowie fÃ¼r die Nrn. 850 und 851 EBM ersichtlich ist. In den Quartalen 1/96 bis 2/97 betrug diesen Angaben zufolge der Anteil der Leistungsanforderung fÃ¼r die Nrn. 418 bis 450 EBM am Gesamthonorar zwischen 9,5 % (Quartal 2/96) und 20,1 % (Quartal 1/97). Die Honoraranforderung der KlÃ¤gerin fÃ¼r Leistungen nach den Nrn. 850, 851 EBM betrug im Quartal 2/96 10,7 % und im Quartal 1/96 31,8 %, in den Ã¼brigen Quartalen lagen die Werte zwischen 17,1 % und 22,9 %. FÃ¼r diese Leistungen insgesamt lagen die Honoraranforderungen der KlÃ¤gerin zwischen 20,2 % (Quartal 2/96) und 48,4 % Anteil an der Gesamthonoraranforderung. Nach den Feststellungen des KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigten betrug in der Zeit vom 1. Quartal 1996 bis einschlieÃlich 2. Quartal 1997 der Mittelwert 34,65 %. Der Beklagten kÃ¶nne nicht gefolgt werden, dass fÃ¼r die Beurteilung des Praxisschwerpunktes nur das 2. Quartal 1996 als so genanntes Referenzquartal heranzuziehen sei und die anderen Quartale unberÃ¼cksichtigt bleiben mÃ¼ssten. FÃ¼r eine derartige EinschrÃ¤nkung gebe es keinerlei Rechtfertigung. Aus alledem ergebe sich, dass die Beklagte die Aussetzung des Budgets "Schmerztherapie" bewilligen mÃ¼sse. Der KlagebegrÃ¼ndung wurden auch zwei Bescheide des PrÃ¼fungsausschusses Ãrzte, MÃ¼nchen Stadt und Land, vom 8. Mai 1998 und 24. September 1998 beigelegt. Aus diesen Bescheiden ergibt sich, dass der PrÃ¼fungsausschuss die geltend gemachte Praxisbesonderheit "Schmerztherapie" im Rahmen der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung anerkannt hatte und insbesondere im Quartal 2/96 die Honoraranforderung der KlÃ¤gerin fÃ¼r Leistungen nach der Nr.851 EBM als wirtschaftlich ansah. Der KlagebegrÃ¼ndung wurden ebenfalls beigelegt HonorarÃ¼bersichten und HÃ¤ufigkeitsstatistiken der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Quartale 1/96 bis 2/97, aus denen der Ansatz der Nrn. 418 bis 450 und 850, 851 EBM ersichtlich ist.

Mit Urteil vom 18. August 1999 wies das Sozialgericht die Klage ab. Nach der ausdrÃ¼cklichen Regelung im EBM erstrecke sich das bedarfsabhÃ¤ngige Zusatzbudget der Schmerztherapie nur auf die Leistungspositionen 418 bis 450 EBM. Schon deshalb sei die BerÃ¼cksichtigung der Nrn. 850 und 851 EBM â wie dies die KlÃ¤gerin beantrage â in diesem Zusammenhang nicht mÃ¶glich. Dies sei rechtlich nicht zu beanstanden, denn die BeschrÃ¤nkung des Zusatzbudgets auf die Nrn. 418 bis 450 EBM liege im Rahmen der Gestaltungsbefugnis des EBM-Normgebers. Auch die Grenze von 30 % im Referenzquartal sei nicht zu beanstanden. Da der Anteil der zu berÃ¼cksichtigenden Leistungen am Gesamtleistungsbedarf im Quartal 2/96 nur 9,5 % betragen habe, habe die KlÃ¤gerin keinen Anspruch auf weitere, zusÃ¤tzlich zu dem schon zuerkannten Zusatzbudget Erweiterung/Aussetzung des streitbefangenen Budgets "Schmerztherapie". Das Urteil wurde der KlÃ¤gerin am 29. November 1999

zugestellt.

Dagegen lieÃ die KlÃ¤gerin durch ihren ProzessbevollmÃ¤chtigten Berufung einlegen, die am 27. Dezember 1999 beim Bayer. Landessozialgericht einging. Zur BegrÃ¼ndung der Berufung wird vorgetragen, die KlÃ¤gerin habe sich im Jahr 1988 niedergelassen und habe als Praxisbesonderheit die Schmerztherapie. Ihr sei von der Beklagten mit Bescheiden vom 13. Juli 1995 und 30. Juli 1999 die Genehmigung zur DurchfÃ¼hrung von ambulanter Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der Schmerztherapie-Vereinbarung erteilt worden. Am 14. August 1997 habe ihr die Beklagte auch ein bedarfsabhÃ¤ngiges Zusatzbudget nach Punkt A I.B.4.2 des EBM bewilligt. Der PrÃ¼fungsausschuss "Ãrzte MÃ¼nchen Stadt und Land" habe im Rahmen von WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen bezÃ¼glich der Quartale 1/96 und 2/96 ausdrÃ¼cklich die Praxisbesonderheit "Schmerztherapie" anerkannt und die Honorar- anforderung der KlÃ¤gerin insbesondere fÃ¼r die Leistungen nach den Nrn. 60 bzw. 851 EBM als wirtschaftlich angesehen. Es sei nicht richtig, wenn die Beklagte bei der PrÃ¼fung, ob die Schmerztherapie einen Schwerpunkt der klÃ¤gerischen TÃ¤tigkeit darstelle, allein auf den Leistungsbedarf fÃ¼r die Nrn. 418 bis 450 EBM sehe und die Nrn. 850, 851 und 21 EBM nicht berÃ¼cksichtige. Die Auffassung des Sozialgerichtes, dass sich der Antrag nach A I.B.4.3 EBM nur auf die Leistungspositionen 418 bis 450 EBM beziehe, sei nicht richtig. Es treffe zwar zu, dass bei der Anerkennung des Zusatzbudgets nach A I.B.4.2 EBM unter dem Punkt Schmerztherapie nur die Nrn. 418 bis 450 EBM erwÃ¤hnt wÃ¼rden. Dies kÃ¶nne jedoch nicht fÃ¼r den Antrag nach 4.3 gelten. Dieser stelle einen gesonderten und zusÃ¤tzlichen Antrag zur Sicherstellung bei besonderem Versorgungsbedarf dar. Da es gerade um eine Erweiterung des Zusatzbudgets gehe, mÃ¼sse gerade auch eine erweiterte BerÃ¼cksichtigung der Leistungspositionen in Betracht kommen. Aus Â§ 2 der Schmerztherapie-Vereinbarung sei ersichtlich, dass die Schmerztherapie nicht nur AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie vorsehe, sondern auch Ã¼bende Verfahren wie autogenes Training, psychosomatische Grundversorgung, DurchfÃ¼hrung einer Schmerzanalyse und eingehende Beratung des Patienten und gemeinsame Festlegung der Therapieziele. Diese Leistungen kÃ¶nnten aber nur nach den Nrn. 850 ff. EBM bzw. der Nr.21 EBM abgerechnet werden.

Der Beklagten sei ein Fehler bei der AusÃ¼bung ihres Ermessens vorzuwerfen. Zur Festlegung des Praxisschwerpunktes werde nur das jeweilige Vorjahresquartal herangezogen fÃ¼r die Bestimmung des Schwellenwertes von 30 %. Wie kann aber ein "Praxisschwerpunkt" nur aus der Referenz eines Quartals schon ersichtlich sein. Auch in einer Arztpraxis gebe es Schwankungen im Leistungsumfang. Daher mÃ¼sse ein lÃ¤ngerer Zeitraum als Grundlage genommen werden. Ein bis zwei Jahre seien aus betriebswirtschaftlichen GrÃ¼nden angemessen. Da die Leistungsanforderung der KlÃ¤gerin fÃ¼r Leistungen nach den Nrn. 418 bis 450, 850, 851 betragen habe, habe die KlÃ¤gerin durchaus ihren Praxisschwerpunkt im Bereich der Schmerztherapie.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 18. August 1999 und den Bescheid der

Beklagten vom 10. Juli 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. Oktober 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, gemÃ¤Ã der Allgemeinen Bestimmung (A I.B.4.3) fÃ¼r die Zeit ab dem Quartal 3/97 die Budgetierung bezÃ¼glich der Nrn. 418 bis 450 und 850, 851 EBM auszusetzen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

In der mÃ¼ndlichen Verhandlung teilte die Beklagtenvertreterin die prozentuale AbrechnungshÃ¤ufigkeit der von der KlÃ¤gerin im Zeitraum Quartal 1/96 bis Quartal 4/00 abgerechneten Nrn. 418 bis 450 EBM mit. Der Durchschnittswert betrage 15,9 %.

In das Verfahren wurde eine Schreiben der Beklagten vom 31. Oktober 2000 aus einem gleichgelagerten Berufungsverfahren eingefÃ¼hrt, das die Grundlage fÃ¼r die Bemessung des 30 Prozent-Anteiles erlÃ¤utert.

Dem Senat liegen die Verwaltungsunterlagen der Beklagten sowie die Klageakte, Az.: S 21 KA 2211/98 und die Berufungsakte, Az.: L 12 KA 147/99, zur Entscheidung vor. Auf deren Inhalt, insbesondere den der vorbereitenden SchriftsÃ¤tze der Beteiligten und die zur Niederschrift erfolgten Feststellungen, wird zur ErgÃ¤nzung des Tatbestandes Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die nach Â§ 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie nach Â§ 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin ist unbegrÃ¼ndet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 10. Juli 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 1998 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat deshalb im Ergebnis zutreffend die Klage abgewiesen.

Rechtsgrundlage fÃ¼r das Begehren der KlÃ¤gerin ist Ziffer 4.3 des Abschnittes A I (Allgemeine Bestimmungen) Teil B des Einheitlichen BewertungsmaÃstabes (EBM) in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung. Danach kann die KassenÃ¤rztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewÃ¤hren.

Mit Wirkung ab 1. Juli 1997 sind in Buchst.A I Teil B Allgemeine Bestimmungen EBM Praxis- und Zusatzbudgets eingefÃ¼hrt worden. Diese haben die vom 1. Juli 1996 bis 30. Juni 1997 geltenden Teilbudgets abgelÃ¶st (vgl. hierzu die Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 8. MÃ¤rz 2000, Az.: B 6 KA 8/99 R und B 6 KA 16/99 R , SozR 3-2500 Â§ 83 Nr.1 S.12 A, sowie Entscheidungen vom 6. September 2000, Az.: B 6 KA 37/99 R, B 6 KA 40/99 R, SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.26, und B 6 KA 41/99 R sowie Entscheidung des Senats vom 13. Oktober 1999, Az.: L 12 KA 54/98). Nach Buchst.A I Teil B Nr.1 Allgemeine Bestimmungen EBM unterliegen ab 1. Juli 1997 die

im Einheitlichen BewertungsmaÃstab enthaltenen Ã¤rztlichen Leistungen nach MaÃgabe dieser Bestimmungen je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal fÃ¼r die nach Nr.1.5 aufgefÃ¼hrten Arztgruppen einer fallzahlabhÃ¤ngigen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfÃ¤hig. Die HÃ¶he des Budgets ergibt sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der FÃ¤lle gemÃ¤Ã Nr.1.4.

Nach Buchst.A I Teil B Nr.4 werden u.a. fÃ¼r die in Nr.4.1 aufgefÃ¼hrten Leistungsbereiche Zusatzbudgets gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die gebietsbezogenen Zusatzbudgets nach Nr.4.1, wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung fÃ¼hrt. Die "Schmerztherapie" fÃ¤llt nicht unter die unter 4.1 aufgefÃ¼hrten Leistungsbereiche. GemÃ¤Ã Buchst.A I Teil B Nr.4.2 EBM kann die KassenÃ¤rztliche Vereinigung aber auf Antrag des Arztes die unter 4.2 aufgefÃ¼hrten Zusatzbudgets zuerkennen, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf besteht. Die Beklagte hat auf der Grundlage dieser Bestimmung der KlÃ¤gerin das Zusatzbudget "Schmerztherapie" zuerkannt, das die Leistungspositionen 418 bis 450 EBM enthÃ¤lt.

DarÃ¼ber hinaus kann gemÃ¤Ã Buchst.A I Teil B Nr.4.3 EBM die KassenÃ¤rztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewÃ¤hren. Die Partner der BundesmantelvertrÃ¤ge haben die Ziffer 4.3 in der Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (Deutsches ÃrzteblattÃ 1997 A-403 f) dahingehend ausgelegt, dass die KassenÃ¤rztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen kann, wenn nachfolgend genannte KrankheitsfÃ¤lle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellen: Betreuung von HIV-Patienten, onkologische Erkrankungen, Diabetes, Mukoviszidose, Schmerztherapie (Teilnehmer an der Schmerztherapie-Vereinbarung), kontinuierliche Patientenbetreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen, erheblich Ã¼ber dem Arztgruppendurchschnitt liegender Ãberweisungsanteil.

Im vorliegenden Fall kann dahingestellt bleiben, ob, aufgrund der Wortwahl "kann" die GewÃ¤hrung einer Erweiterung der Praxis und/oder Zusatzbudgets im Ermessen der Beklagten steht, oder ob ein Anspruch auf Erweiterung besteht, wenn die tatbestandlichen Voraussetzungen vorliegen (so LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 17. November 1999, Az.: L 5 KA 440/99 â noch nicht rechtskrÃ¤ftig; vgl. dazu auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zur Befreiung von den im Zeitraum 3/96 bis 2/97 geltenden Teilbudgets: Urteile vom 6. September 2000, Az.: B 6 KA 40/99 R, SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.26, B 6 KA 41/99 R und B 6 KA 37/99 R), denn hier sind die tatbestandlichen Voraussetzungen schon nicht gegeben.

Der Senat hat bereits mit Urteilen vom 26. Juli 2000, Az.: L 12 KA 136/99, vom 7. Februar 2001, Az.: L 12 KA 60/99, und vom 21. MÃ¤rz 2001, Az.: L 12 KA 99/99, entschieden, dass die tatbestandliche Voraussetzung "zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" im Sinne der vorgenannten Regelung des EBM als

Ausnahmevorschrift eng auszulegen ist und zwar ihrem Sinn und Zweck entsprechend als HÃ¤rtefallregelung. Einzelne Ãrzte der Arztgruppe mit einem speziellen Leistungsspektrum, das den Schwerpunkt der Praxis bildet, und die deshalb durch die Budgetierung besonders betroffen werden, kÃ¶nnen durch ein zusÃ¤tzliches bedarfsabhÃ¤ngiges Praxis- und/oder Zusatzbudget einen Ausgleich erhalten, der verhindert, dass sie in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Ãber die Nrn.4.1 und 4.2 des Abschnittes A I Teil B des EBM hinaus soll die Regelung der Nr.4.3 einer atypischen, aber vesorgungsgerechten Ausrichtung einer Arztpraxis Rechnung tragen. Nach Ziffer 4 der "Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" (vgl. DÃ 1997, A 403 f.) kann eine KassenÃ¤rztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen, wenn eine der genannten KrankheitsfÃ¤lle oder spezifischen Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellen (s.o.). Entsprechend dem Charakter dieser Vereinbarung als Interpretation haben die Vertragspartner beispielhaft Fallgruppen bestimmter spezifischer Schwerpunktsetzungen genannt, bei denen im Einzelfall ein konkret nachgewiesener besonderer Versorgungsbedarf angenommen werden kann. Dazu gehÃ¶rt auch die Schmerztherapie, sofern diese den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellt.

Im vorliegenden Fall hat die KlÃ¤gerin ihren Antrag auf Erweiterung bzw. Aussetzung der Praxis und/oder Zusatzbudgets darauf gestÃ¼tzt, dass die Schmerztherapie den Schwerpunkt ihrer PraxistÃ¤tigkeit darstellt. Die Beklagte hat in zutreffender Auslegung und Anwendung der vorgenannten vertraglichen Bestimmungen diesen Antrag abgelehnt.

Dabei kann es der Senat im vorliegenden Fall auch offen lassen, ob es sich bei den vom Vorstand festgelegten Kriterien um weitere norminterpretierende Verwaltungsvorschriften oder bereits um die Anwendung der vorgenannten Bestimmungen auf den konkreten Fall handelt, also um eine Tatsachenermittlung und -feststellung und deren Subsumtion unter den im vorgenannten Sinn ausgelegten Normsetzungsvertrag mit dem Ziel einer gleichmÃ¤Ãigen Rechtsanwendung.

Die tatsÃ¤chliche Feststellung, dass im konkreten Fall die Schmerztherapie den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellt, fordert zunÃ¤chst in qualitativer Hinsicht, dass die KlÃ¤gerin berechtigt ist, Versicherte im Rahmen der mit den Ersatzkassen geschlossenen Vereinbarung in der Fassung vom 1. Juli 1997 Ã¼ber die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung (Schmerztherapie-Vereinbarung) zu behandeln. Diese Voraussetzungen liegen unstreitig vor, die KlÃ¤gerin besitzt eine entsprechende Genehmigung (Bescheide der Beklagten vom 13. Juli 1995 und 30. Juli 1999).

Die Schmerztherapie muss den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellen, dies fordert in quantitativer Hinsicht, dass die auf der Schmerztherapie beruhenden Honoraranforderungen einen wesentlichen Teil der Gesamthonoraranforderung des Arztes ausmachen. Das Bundessozialgericht hat bereits in seinen Urteilen vom 6.

September 2000 zur Befreiung von den zum 1. Juli 1996 eingefÃ¼hrten Teilbudgets entschieden (Az.: B 6 KA 37/99 R, 40/99 R, SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.26, und 41/99 R), ein Schwerpunkt erfordere, dass die zu beurteilende TÃ¤tigkeit quantitativ in Relation zur Fachgruppe und zur eigenen GesamtpraxistÃ¤tigkeit des Arztes gesetzt wird und dabei merklich ins Gewicht fÃ¤llt. Die Beklagte hat in dem den Beteiligten ausgehÃ¤ndigten Schreiben vom 31. Oktober 2000 ausgefÃ¼hrt, dass Grundlage fÃ¼r die Bemessung des 30 %-Anteils als Voraussetzung fÃ¼r die Bejahung des Vorliegens des Schwerpunktes Schmerztherapie fÃ¼r den Vorstand der Beklagten die Auswertung des Leistungsbedarfs derjenigen Ãrzte sei, die an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnahmen. Der durchschnittliche Anteil der schmerztherapeutischen Leistungen nach den Nrn. 418 bis 450 EBM am Gesamtleistungsvolumen habe bei diesen Ãrzten im Quartal 2/96 13,37 % betragen. Dieser Anteil werde nach der Berechnung in Anlage 4 zum EBM bereits mit dem Zusatzbudget nach Nr.4.2 berÃ¼cksichtigt. GemÃ¤Ã Nr.4 der Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 sei Voraussetzung fÃ¼r die Zubilligung eines Zusatzbudgets gemÃ¤Ã Nr.4.3, dass der Schwerpunkt der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit (und nicht ein Schwerpunkt von mehreren, wie dies noch in Nr.4 der Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Reform des Einheitlichen BewertungsmaÃstabes vom 7. August 1996 zur Voraussetzung fÃ¼r die Ausnahme von einem Teilbudget gemacht worden sei) in dem betreffenden Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeitsbereich liege. Nr.4 der Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 stelle folglich ganz besondere Voraussetzungen auf, so dass nicht jede Schwerpunktbildung bei der Zuerkennung eines Zusatzbudgets nach Nr.4.3 BerÃ¼cksichtigung finden kÃ¶nne. Nach diesen Vorgaben sei es unter BerÃ¼cksichtigung der dargestellten AbrechnungsverhÃ¤ltnisse bei den Ãrzten, die an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnahmen, gerechtfertigt, dass der Vorstand einen schmerztherapeutischen Versorgungsschwerpunkt erst bei einem Versorgungsanteil von mindestens 30 % anerkenne. Diese Rechtsauffassung der Beklagten ist zutreffend. Es ist zwar richtig, dass, wie die KlÃ¤gerin ausfÃ¼hrt, sich die DurchfÃ¼hrung von Schmerztherapie im Rahmen der Schmerztherapie-Vereinbarung nicht auf die Erbringung von Leistungen nach Kapitel D I des EBM (Nrn. 415 bis 450) beschrÃ¤nkt, sondern darÃ¼ber hinaus auch â in nicht unerheblichem Umfang â psychosomatischen Leistungen nach den Nrn. 850, 851 EBM erbracht werden mÃ¼ssen. Wie aus den von der KlÃ¤gerin vorgelegten HÃ¤ufigkeitsstatistiken fÃ¼r die Quartale 1/96 bis 2/97 ersichtlich ist, handle es sich bei den Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 EBM aber nicht um fachgruppenuntypische Leistungen, da diese Leistungen in allen Quartalen, insbesondere die Leistung nach der Nr.851 EBM, die auch von der KlÃ¤gerin besonders hÃ¤ufig abgerechnet wird, von mehr als 50 % der Fachgruppe der AllgemeinÃ¤rzte abgerechnet werden, unabhÃ¤ngig davon, ob sie an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnehmen. Dass in der Arztgruppe der KlÃ¤gerin die Teilnehmer an der Schmerztherapie-Vereinbarung nur im geringen Umfang vertreten sind, ergibt sich daraus, dass die Leistungen nach den Nrn. 418 bis 450 EBM nur von einem sehr geringen Teil der Ãrzte erbracht werden (zwischen 1,38 und 10,15 %). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, wenn der Vorstand der Beklagten bei der Beurteilung, ob die Schmerztherapie einen Praxisschwerpunkt darstellt, allein auf die Leistungen nach den Nrn. 418 bis 450 EBM abstellt. Diese

Leistungen sind typische Leistungen der Schmerztherapie (Ãberschrift des Kapitels D I EBM "AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie") und werden auch von jedem Arzt, der an der Schmerztherapie teilnimmt, erbracht. Wenn im Durchschnitt der Ãrzte, die an der Schmerztherapie teilnehmen, der Anteil der schmerztherapeutischen Leistungen nach den Nrn. 418 bis 450 EBM am Gesamtleistungsvolumen 13,37 % betrÃ¤gt, so ist es zulÃ¤ssig, von einem Anteil von 30 % fÃ¼r die Erbringung dieser Leistungen auszugehen, um feststellen zu kÃ¶nnen, dass die schmerztherapeutische TÃ¤tigkeit den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellt. Der durchschnittliche Anteil der schmerztherapeutischen Leistungen wird bei der VergÃ¼tung der Leistungen bereits mit dem Zusatzbudget nach 4.2 berÃ¼cksichtigt, so auch im Fall der KlÃ¤gerin. WÃ¼rde man alle im Rahmen der Schmerztherapie erbrachten Leistungen berÃ¼cksichtigen wollen, um festzustellen, ob die Schmerztherapie den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellt, so wÃ¤re es nicht gerechtfertigt, einen Schwerpunkt "Schmerztherapie" zu bejahen, wenn der Anteil fÃ¼r alle im Rahmen der Schmerztherapie erbrachten Leistungen bereits 30 % Ã¼bersteigt. Da die Leistungen nach den Nrn. 850, 851 EBM â anders als die Leistungen nach den Nrn. 418 bis 450 EBM â nicht nur im Rahmen der Schmerztherapie erbracht werden, ist es nicht zulÃ¤ssig, alle Leistungen nach den Nrn. 850, 851 EBM bei der Feststellung des Praxisschwerpunktes zu berÃ¼cksichtigen und sich insgesamt auf einen Anteil von 30 % der Gesamthonoraranforderung zu beschrÃ¤nken. Betrachtet man die von der KlÃ¤gerin vorgelegte Aufstellung Ã¼ber ihre Honoraranforderungen fÃ¼r die Quartale 1/96 bis 2/97, so ist es unschÃ¤dlich, dass die Beklagte sich auf das Quartal 2/96 beschrÃ¤nkt hat. Der Anteil der Honoraranforderungen der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Nrn. 418 bis 450 EBM betrug in den Quartalen 1/96 bis 4/00 durchschnittlich 15,9 % an den Gesamthonoraranforderungen der KlÃ¤gerin (mindestens 6,3 % in 2/97 und hÃ¶chstens 27,9 % in 3/99). Er entspricht damit in etwa dem Durchschnittsanteil an der Gesamthonoraranforderung bei den Ãrzten, die an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnehmen. Damit lÃ¤sst sich nicht begrÃ¼nden, dass die Schmerztherapie der Praxisschwerpunkt der KlÃ¤gerin ist.

Die Berufung der KlÃ¤gerin ist deshalb unbegrÃ¼ndet.

Die Entscheidung Ã¼ber die Kosten gemÃ¤Ã Â§ 193 SGG beruht auf der ErwÃ¤gung, dass die Berufung der KlÃ¤gerin erfolglos bleibt.

GrÃ¼nde fÃ¼r eine Zulassung der Revision gemÃ¤Ã Â§ 160 Abs.2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 25.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024