S 33 KA 2441/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 33 KA 2441/98
Datum	13.12.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 8/02
Datum	16.07.2003

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 13. Dezember 2001 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. Der KlÃ¤ger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um die Erweiterung des Praxisbudgets des KlÃ¤gers wegen vermehrter Abrechnung der Nr.19 des Einheitlichen BewertungsmaÃstabs (EBM).

Der KlÃ¤ger, der als Frauenarzt in P. zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen ist, erreichte in den Quartalen 4/97 bis 1/98 beim Praxisbudget Quoten von ca. 82 %. Am 4. Juli 1997 beantragte er die Aussetzung bzw. Erweiterung des Praxisbudgets hinsichtlich der EBM-Nr.19 mit der BegrÃ¼ndung, er betreue seit eineinhalb Jahren fachÃ¤rztlich die grÃ¶Ãtenteils kÃ¶rperlich und geistig schwerstbehinderten Insassinnen des nahe gelegenen Pflegeheims F. in S â¦ Er halte dort an zwei bis vier Tagen im Monat eine Sprechstunde ab. Anamnese,

Untersuchung und Therapieplanung seien bei diesem Patientenklientel sehr zeitaufwendig und ohne Zuziehung des Pflegepersonals oftmals nicht mÃ¶glich.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 7. Oktober 1997 ab. FÃ¼r die EBM-Nr.19 sei ein Zusatzbudget nicht vorgesehen. Diese Leistung sei Bestandteil des allgemeinen Praxisbudgets. Wenn ein Arzt speziell in einem Teilbereich (hier EBM-Nr.19) verstÃ¤rkt tÃ¤tig werde, kÃ¶nne er nur weniger andere Leistungen erbringen, sodass das Praxisbudget grundsÃ¤tzlich nicht erweitert werden mÃ¼sse.

Der KlÃ¤ger hat dagegen Widerspruch eingelegt. Mit einem Praxisbudget von 478 Punkten pro Fall kÃ¶nne er sich die aufwendige Betreuung der ca. 400 schwerstbehinderten Bewohnerinnen des Heims in S. auf die Dauer nicht mehr leisten. Er sehe sich gezwungen, diese auf ein notfallmÃ¤Ãiges Minimum herunterzufahren, was bedeuten kÃ¶nne, dass etwa eine routinemÃ¤Ãige Krebsvorsorge bei diesen Patientinnen nicht mehr mÃ¶glich sei. Mit einem umfangreichen Schriftsatz vom 27. August 1998 schilderte er eingehend die Schwierigkeiten, die bei der Behandlung dieser schwerstbehinderten Patientinnen auftreten, sowie den fÃ¼r ihn damit verbundenen Aufwand. Die Anamnese kÃ¶nne nur selten mit den Patientinnen selbst durchgefÃ¼hrt werden; meist sei die Hinzuziehung des Pflegepersonals erforderlich.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19. November 1998 zurÃ¼ck. Die EinfÃ¼hrung der Praxis- und Zusatzbudgets bezwecke eine Begrenzung der medizinisch nicht nachvollziehbaren Mengenausweitung und eine Reduzierung des Leistungsbedarfs. Eine Erweiterung des Budgets bis zur HÃ¶he des in der Vergangenheit abgerechneten Leistungsvolumens sei deshalb in der Regel nicht mÃ¶glich. Im Einzelfall kÃ¶nne zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung erfolgen, wenn es sich dabei um einen Praxisschwerpunkt handle. Allein aus der Betreuung eines Teils der Patientinnen in beschÃ¼tzenden Einrichtungen kÃ¶nne nicht grundsÃ¤tzlich ein Praxisschwerpunkt abgeleitet werden. SicherstellungsgrÃ¼nde fÃ¼r die Erweiterung des Praxisbudgets lÃ¤gen nicht vor. Ein besonderer Versorgungsbedarf sei nicht erkennbar, da die Patientinnen im Pflegeheim des F. auch andere FrauenÃ¤rzte in der Umgebung aufsuchten. AuÃerdem sei ein Praxisschwerpunkt hinsichtlich der EBM-Nr.19 nicht ersichtlich, weil der KlÃ¤ger diese Leistungen nur im geringen Umfang abrechne.

Im daran anschlieÃenden Klageverfahren hat der KlÃ¤ger im Wesentlichen sein Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt. Die Beklagte gab an, der Anteil der EBM-Nr.19 an den Gesamtanforderungen habe im Quartal 3/97 bei 1,11 % und in den Quartalen 4/97 und 1/98 bei 1,98 % gelegen. Der Anteil der Patientinnen, bei denen die EBM-Nr.19 zum Ansatz gekommen sei, habe zwischen 1,56 % und 2,63 % der Gesamtfallzahl gelegen. Das sei auch vor der EinfÃ¼hrung der Praxisbudgets nicht wesentlich anders gewesen.

Das Sozialgericht MÃ¼nchen (SG) hat mit Urteil vom 13. Dezember 2001 die Klage abgewiesen. Es fehle an einer atypischen Praxisausrichtung, die den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit bilde. Die EBM-Nr.19 sei fÃ¼r FrauenÃ¤rzte eine Standardleistung. Sie mache beim KlÃ¤ger nur einen geringen Anteil des

Gesamtleistungsbedarfs aus und komme nur bei wenigen Patientinnen zum Ansatz. Eine HÃ¤rte im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr.4.3 des Einheitlichen BewertungsmaÃstabes (A I. B 4.3 EBM) sei aus dieser Situation nicht erkennbar. Die Kammer Ã¤uÃerte Bedenken, ob der Leistungsinhalt der EBM-Nr.19 bei der vom KlÃ¤ger geschilderten Vorgehensweise Ã¼berhaupt erfÃ¼llt sei.

Gegen dieses Urteil legte der KlÃ¤ger Berufung ein. Zur BegrÃ¼ndung lieÃ er ausfÃ¼hren, die AnknÃ¼pfung an einen bestimmten Prozentsatz bei Annahme eines HÃ¤rtefalls werde dem Grundsatz der Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs im vorliegenden Fall nicht gerecht. Mit der fÃ¼r diese Patientinnen grob unzutreffenden VergÃ¼tung kÃ¶nne es sich kein GynÃ¤kologe leisten, diesen Personenkreis zu versorgen, so dass der Versorgungsbedarf nicht gedeckt wÃ¤re.

Der KlÃ¤ger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 13. Dezember 2001 sowie des Bescheids vom 7. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. November 1998 zu verurteilen, Ã¼ber den Antrag auf Budgeterweiterung unter BerÃ¼cksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des KlÃ¤gers zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hat auch im Berufungsverfahren ausgefÃ¼hrt, dass die EBM-Nr.19 keinen Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit im Sinne von A I. B 4.3 EBM bilde.

Dem Senat liegen die Akte der Beklagten, die Akte des SG mit dem Az.: S 33 KA 2441/98 sowie die Berufungsakte mit dem Az.: L 12 KA 8/02 vor, die zum Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gemachten wurden und auf deren Inhalt ergÃ¤nzend Bezug genommen wird. AuÃerdem wurden HÃ¤ufigkeitsstatistiken und GesamtÃ¼bersichten der Quartale 3/97 bis 4/02 und die einschlÃ¤gigen Behandlungsausweise aus den Quartalen 1/98, 2/00 und 2/02 beigezogen und zum Gegenstand des Verfahrens gemacht.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die nach Â§ 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte, sowie gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des KlÃ¤gers ist zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet. Die Beklagte hat den Antrag auf Erweiterung des Praxisbudgets zu Recht abgelehnt.

Der Bewertungsausschuss hat mit BeschlÃ¼ssen vom 19. November 1996 und 11. MÃ¤rz 1997 in den Allgemeinen Bestimmungen A I. B EBM auf der Grundlage des Â§ 87 Abs.2 Satz 1 i.V.m. Abs.2a Satz 1, 2 und 8 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) in der Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 â BGBl.I S.1520 â mit Wirkung vom 1. Juli 1997 ein System von Praxis- und Zusatzbudgets eingefÃ¼hrt (DÃBl.1997, A S.864 ff.). Danach unterliegen die im EBM enthaltenen Ã¤rztlichen Leistungen nach MaÃgabe nÃ¤herer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal fÃ¼r die in A I. B Nr.1.5 EBM genannten Arztgruppen einer

fallzahlabhÃ¤ngigen Budgetierung (A I. B 1. EBM). Das betrifft auch die Fachgruppe der FrauenÃ¤rzte, der der KlÃ¤ger angehÃ¶rt. Diese Budgetregelungen sind so ausgestaltet, dass fÃ¼r die betroffenen Arztgruppen drei verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden. Der GroÃteil der Leistungen (ca. 70 %, "GrÃ¼ner Bereich") fÃ¤llt in das (allgemeine) Praxisbudget. Dabei handelt es sich um das Behandlungsspektrum, das von der jeweiligen Arztgruppe typischerweise abgedeckt wird. Daneben sind bestimmte Ã¤rztliche Leistungspositionen einzelnen arztgruppenspezifischen Zusatzbudgets ("Gelber Bereich") zugewiesen (Nr.1.3 und Nr.4 a.a.O.), die ca. 10 % des Leistungsspektrums ausmachen. Ein noch verbleibender Leistungsbereich (etwa 20 %) bleibt unbudgetiert ("Roter Bereich"). Einige nur auf Ãberweisung in Anspruch genommene oder hoch spezialisierte Arztgruppen sind von der Budgetierung gÃ¤nzlich unberÃ¼hrt. Gegen diese bereits in der GebÃ¼hrenordnung enthaltenen Budgets bestehen nach der inzwischen gefestigten hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung keine rechtlichen Bedenken (Urteile des Bundessozialgericht â BSG â vom 8. MÃ¤rz 2000, SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.23; vom 16. Mai 2001, SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.30 und Nr.31). Auch der erkennende Senat hat die Budgetregelungen des Teil B der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in stÃ¤ndiger Rechtsprechung fÃ¼r rechtens erachtet (Urteile vom 16. Mai 2001, Az.: L 12 KA 147/99; vom 13. MÃ¤rz 2002, Az.: L 12 KA 124/00 und Az.: L 12 KA 14/01; vom 10. Oktober 2001, Az.: L 12 KA 87/00; vom 10. April 2002, Az.: L 12 KA 53/00; vom 10. April 2002, Az.: L 12 KA 145/00; vom 26. Juni 2002, Az.: L 12 KA 92/01; vom 26. MÃ¤rz 2003, Az.: L 12 KA 35/02; vom 19. MÃ¤rz 2003, Az.: L 12 KA 164/01 und L 123 KA 185/01). Nach A I. B 4.3 EBM 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.

Der KlÃ¤ger begehrt eine Budgeterweiterung bezÃ¼glich der EBM-Nr.19, da er diese Leistung wegen Betreuung der Bewohnerinnen des Behindertenheims des F. in S. vermehrt erbringe. Die EBM-Nr.19 betrifft die Erhebung der Fremdanamnese, ggf. bei mehreren Personen, Ã¼ber einen psychisch, hirnorganisch oder krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestÃ¶rten Kranken (z.B. Taubheit, Sprachverlust) und/oder Unterweisung und FÃ¼hrung der entsprechenden Bezugsperson(en), einmal im Behandlungsfall â¦ 500 Punkte. Anders als etwa fÃ¼r die kontinuierliche haus- oder nervenÃ¤rztliche, psychiatrische oder neurologische Betreuung eines Demenzkranken, mehrfach behinderten Kindes oder Jugendlichen, andauernd betreuungsbedÃ¼rftigen geistig Behinderten oder kontinuierlich betreuungsbedÃ¼rftigen chronisch psychotischen Patienten bei Versorgung in beschÃ¼tzenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal (EBM-Nr.15), fÃ¼r die unter A I. B 4.2 ein bedarfsabhÃ¤ngiges Zusatzbudget auf besonderen Antrag zuerkannt werden kann, ist eine solche MÃ¶glichkeit bezÃ¼glich der EBM-Nr.19 nicht vorgesehen. Das bedeutet, dass die EBM-Nr.19 unter das allgemeine Praxisbudget gemÃ¤Ã A I. B 1.2 i.V.m. Nr.1.5 EBM fÃ¤llt. Im vorliegenden Fall kÃ¤me demnach nur eine Erweiterung des allgemeinen Praxisbudgets Ã¼ber die bereits oben genannte Bestimmung A I. B 4.3 EBM in Betracht. Deren Voraussetzungen sind indessen nicht erfÃ¼llt. Nach A I. B 4.3 EBM 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. Dazu haben die Parteien des Bundesmantelvertrags in der Vereinbarung zur EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (DÃ□Bl.94, Heft 7 vom 14. Februar 1997, S.A-403) unter Nr.4 festgestellt, die Regelung A I. B 4.3 EBM werde dahingehend ausgelegt, dass eine Budgeterweiterung oder -aussetzung insbesondere dann erfolgen kÃ¶nne, wenn nachfolgend genannte KrankheitsfÃ¤lle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit darstellten: â□□ Betreuung von HIV-Patienten â□□ onkologische Erkrankungen â□□ Diabetes â□□ Mukoviszidose â□□ Schmerztherapie (Teilnehmer an der Schmerztherapievereinba rung) â□□ kontinuierliche Patientenbetreuung in beschÃ¼tzenden Einrich tungen â□□ erheblich Ã¼ber dem Arztgruppendurchschnitt liegender Ã□berwei sungsanteil.

Im vorliegenden Fall stÃ¼tzt der KlÃ¤ger seinen Antrag auf die Betreuung der schwerstbehinderten Bewohnerinnen des Heims des F. in S. , bei denen auf Grund ihrer zumeist geistigen Behinderung die Hinzuziehung des Pflegepersonals bei der Anamneseerhebung und der Behandlung bzw. Therapieplanung erforderlich sei und damit die Leistung nach EBM-Nr.19 vermehrt erbracht werden mÃ¼sse. Zwar kÃ¶nnte der in der EinfÃ¼hrungsvereinbarung beispielhaft genannte Fall der "kontinuierlichen Patientenbetreuung in beschÃ¼tzenden Einrichtungen" erfÃ¼llt sein, doch stellt diese Leistung nicht den Schwerpunkt der PraxistÃ¤tigkeit dar. Bei der PrÃ¼fung, ob eine Budgeterweiterung Ã¼ber A I. B 4.3 EBM i.V.m. der Ziffer 4 der EinfÃ¼hrungsvereinbarung (DÃ□Bl.1997, S.A-403) gewÃ¤hrt werden kann, ist zu bedenken, dass es sich hierbei um eine eng auszulegende Ausnahmevorschrift zu den grundsÃ¤tzlich geltenden Budgetierungsregelungen handelt (vgl. Urteil des Senats vom 7. Februar 2001, Az.: L 12 KA 60/99; vom 19. MÃ¤rz 2003, Az.: L 12 KA 185/01). Das BSG (SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.31) hat die Erweiterung eines qualifikationsabhÃ¤ngigen Zusatzbudgets von einer nachhaltig von der Typik der Arztgruppe abweichenden Praxisausrichtung, einem besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw. der Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebiets abhÃ¤ngig gemacht. Zwar ging es in diesem Urteil um die Erweiterung eines Zusatzbudgets, doch gilt der Leitsatz auch fÃ¼r die Erweiterung bzw. Aussetzung des allgemeinen Praxisbudgets, wie sich ausdrÃ¼cklich aus dem Beschluss des BSG vom 2. Juli 2001 (Az.: B 6 KA 104/01 B) ergibt. Diese Kriterien sind im vorliegenden Fall nicht erfÃ¼llt. Bei der EBM-Nr.19 handelt es sich nicht um eine fÃ¼r GynÃ¤kologen untypische Leistung. Vielmehr wird diese im Zeitraum vom 3/97 bis 4/02 (soweit dem Senat GesamtÃ¼bersichten vorliegen) von etwa 27 bis 40 % (zumeist gut 30 %) der FachgruppenÃ¤rzte ebenfalls erbracht. Der KlÃ¤ger rechnet diese Leistung allerdings in einem deutlich hÃ¶heren Umfang ab. Die EBM-Nr.19 stellt beim KlÃ¤ger auch nicht einen besonderen Behandlungsschwerpunkt dar. Vielmehr liegt der Anteil der fÃ¼r Leistungen nach EBM-Nr.19 abgerechneten Punkte am Gesamtpunktezahlvolumen im Zeitraum von 3/97 bis 4/02 zwischen 1,11 und 4,06 %. Es kann dahingestellt bleiben, ob ein Praxisschwerpunkt erst bei einem Anteil von etwa 20 % angenommen werden kann, wie es das BSG in seiner Rechtsprechung zu den ab 3/96 geltenden Teilbudgets hinsichtlich des Kriteriums des "Versorgungsschwerpunkts" getan hat (SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.26). Der erkennende Senat hat in seinem Urteil vom 19. MÃ¤rz 2003 (Az.: L 12 KA 164/01), bei dem es um eine vermehrte Abrechnung der EBM-Nr.14 ging, bei einem Anteil von 13,9 %

am insgesamt angeforderten Punktevolumen einen Praxisschwerpunkt verneint. Im vorliegenden Fall liegt der Anteil weit darunter. SchlieÃlich weist die Praxis des KlÃ¤gers auch keine besondere Spezialisierung auf im Sinne einer Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebiets. Vielmehr zeigt die Praxis insgesamt das typische Leistungsspektrum einer frauenÃ¤rztlichen Praxis.

Damit sind die Voraussetzungen fÃ¼r die Erweiterung des Praxisbudgets im Hinblick auf die EBM-Nr.19 gemÃ¤Ã A I. B 4.3 EBM nicht erfÃ¼llt, sodass die Berufung des KlÃ¤gers keinen Erfolg haben kann. Dabei erkennt der Senat die Verdienste des KlÃ¤gers um die Betreuung dieser besonders schwer geschÃ¤digten Patientinnen an. Er hÃ¤lt es auch fÃ¼r durchaus nachvollziehbar, dass der KlÃ¤ger in diesen FÃ¤llen mit den der Budgetberechung zu Grunde liegenden Fallpunktzahlen nicht auskommt. Zu bedenken ist jedoch, dass das Budget nicht einzelfallbezogen festgesetzt wird. Vielmehr steht jedem Arzt ein Gesamtbudget, das sich aus dem durchschnittlichen Abrechnungsvolumen pro Fall seiner Arztgruppe einerseits ergibt und zum anderen aus seiner konkreten Fallzahl. Es liegt in der Natur der Sache, dass nicht jeder einzelne Behandlungsfall mit dem durchschnittlichen Fallwert ausreichend behandelt werden kann (vgl. dazu BSG, Az.: B 6 KA 34/97 R und B 6 KA 55/97 R).

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs.4 Satz 2 SGG in der hier noch anzuwendenden Fassung des Art.15 Nr.2 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl.I S.2266).

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich, zumal die Budgetregelung des EBM zum 1. Juli 2003 auÃer Kraft getreten ist.

Erstellt am: 14.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024