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 Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 13. Dezember 2001 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger 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 Klägers wegen vermehrter Abrechnung der Nr.19 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM).

Der Kläger, der als Frauenarzt in P. zur vertragsärztlichen 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 Begründung, er betreue seit eineinhalb Jahren fachärztlich die größtenteils körperlich und geistig schwerstbehinderten Insassinnen des nahe gelegenen Pflegeheims F. in S. Er halte dort an zwei bis vier Tagen im Monat eine Sprechstunde ab. Anamnese,

Untersuchung und Therapieplanung seien bei diesem Patientenkollektiv sehr zeitaufwendig und ohne Zuziehung des Pflegepersonals oftmals nicht möglich.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 7. Oktober 1997 ab. Für 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) verstärkt tätig werde, könne er nur weniger andere Leistungen erbringen, sodass das Praxisbudget grundsätzlich nicht erweitert werden müsse.

Der Kläger hat dagegen Widerspruch eingelegt. Mit einem Praxisbudget von 478 Punkten pro Fall könne 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 notfallmäßiges Minimum herunterzufahren, was bedeuten könne, dass etwa eine routinemäßige Krebsvorsorge bei diesen Patientinnen nicht mehr möglich sei. Mit einem umfangreichen Schriftsatz vom 27. August 1998 schilderte er eingehend die Schwierigkeiten, die bei der Behandlung dieser schwerstbehinderten Patientinnen auftreten, sowie den für ihn damit verbundenen Aufwand. Die Anamnese könne nur selten mit den Patientinnen selbst durchgeführt werden; meist sei die Hinzuziehung des Pflegepersonals erforderlich.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19. November 1998 zurück. Die Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets bezwecke eine Begrenzung der medizinisch nicht nachvollziehbaren Mengenausweitung und eine Reduzierung des Leistungsbedarfs. Eine Erweiterung des Budgets bis zur Höhe des in der Vergangenheit abgerechneten Leistungsvolumens sei deshalb in der Regel nicht möglich. Im Einzelfall könne 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 beschützenden Einrichtungen könne nicht grundsätzlich ein Praxisschwerpunkt abgeleitet werden. Sicherstellungsgründe für die Erweiterung des Praxisbudgets lägen nicht vor. Ein besonderer Versorgungsbedarf sei nicht erkennbar, da die Patientinnen im Pflegeheim des F. auch andere Frauenärzte in der Umgebung aufsuchten. Außerdem sei ein Praxisschwerpunkt hinsichtlich der EBM-Nr.19 nicht ersichtlich, weil der Kläger diese Leistungen nur im geringen Umfang abrechne.

Im daran anschließenden Klageverfahren hat der Kläger 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 Einführung der Praxisbudgets nicht wesentlich anders gewesen.

Das Sozialgericht München (SG) hat mit Urteil vom 13. Dezember 2001 die Klage abgewiesen. Es fehle an einer atypischen Praxisausrichtung, die den Schwerpunkt der Praxistätigkeit bilde. Die EBM-Nr.19 sei für Frauenärzte eine Standardleistung. Sie mache beim Kläger nur einen geringen Anteil des

Gesamtleistungsbedarfs aus und komme nur bei wenigen Patientinnen zum Ansatz. Eine Härte im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr.4.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (A I. B 4.3 EBM) sei aus dieser Situation nicht erkennbar. Die Kammer äußerte Bedenken, ob der Leistungsinhalt der EBM-Nr.19 bei der vom Kläger geschilderten Vorgehensweise überhaupt erfüllt sei.

Gegen dieses Urteil legte der Kläger Berufung ein. Zur Begründung ließ er ausführen, die Anknüpfung an einen bestimmten Prozentsatz bei Annahme eines Härtefalls werde dem Grundsatz der Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs im vorliegenden Fall nicht gerecht. Mit der für diese Patientinnen grob unzutreffenden Vergütung könne es sich kein Gynäkologe leisten, diesen Personenkreis zu versorgen, so dass der Versorgungsbedarf nicht gedeckt wäre.

Der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 13. Dezember 2001 sowie des Bescheids vom 7. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. November 1998 zu verurteilen, über den Antrag auf Budgeterweiterung unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie hat auch im Berufungsverfahren ausgeführt, dass die EBM-Nr.19 keinen Schwerpunkt der Praxistätigkeit 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 mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird. Außerdem wurden Häufigkeitsstatistiken und Gesamtübersichten der Quartale 3/97 bis 4/02 und die einschlägigen Behandlungsausweise aus den Quartalen 1/98, 2/00 und 2/02 beigezogen und zum Gegenstand des Verfahrens gemacht.

Entscheidungsgründe:

Die nach [Â§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte, sowie gemäß [Â§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet. Die Beklagte hat den Antrag auf Erweiterung des Praxisbudgets zu Recht abgelehnt.

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschlüssen vom 19. November 1996 und 11. März 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 Fünftes Buch (SGB V) in der Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S.1520) mit Wirkung vom 1. Juli 1997 ein System von Praxis- und Zusatzbudgets eingeführt (DÄBl.1997, A S.864 ff.). Danach unterliegen die im EBM enthaltenen ärztlichen Leistungen nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal für die in A I. B Nr.1.5 EBM genannten Arztgruppen einer

fallzahlabhängigen Budgetierung (A I. B 1. EBM). Das betrifft auch die Fachgruppe der Frauenärzte, der der KIÄrger angehört. Diese Budgetregelungen sind so ausgestaltet, dass für die betroffenen Arztgruppen drei verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden. Der Großteil der Leistungen (ca. 70 %, "Grüner Bereich") fällt in das (allgemeine) Praxisbudget. Dabei handelt es sich um das Behandlungsspektrum, das von der jeweiligen Arztgruppe typischerweise abgedeckt wird. Daneben sind bestimmte ärztliche 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 Überweisung in Anspruch genommene oder hoch spezialisierte Arztgruppen sind von der Budgetierung gänzlich unberührt. Gegen diese bereits in der Gebührenordnung enthaltenen Budgets bestehen nach der inzwischen gefestigten höchstgerichtlichen Rechtsprechung keine rechtlichen Bedenken (Urteile des Bundessozialgericht – BSG – vom 8. März 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 ständiger Rechtsprechung für rechtens erachtet (Urteile vom 16. Mai 2001, Az.: [L 12 KA 147/99](#); vom 13. März 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. März 2003, Az.: [L 12 KA 35/02](#); vom 19. März 2003, Az.: [L 12 KA 164/01](#) und L 123 KA 185/01). Nach A I. B 4.3 EBM kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren.

Der KIÄrger begehrt eine Budgeterweiterung bezüglich 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, über einen psychisch, hirnrnorganisch oder krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Kranken (z.B. Taubheit, Sprachverlust) und/oder Unterweisung und Führung der entsprechenden Bezugsperson(en), einmal im Behandlungsfall – 500 Punkte. Anders als etwa für die kontinuierliche haus- oder nervenärztliche, psychiatrische oder neurologische Betreuung eines Demenzkranken, mehrfach behinderten Kindes oder Jugendlichen, andauernd betreuungsbedürftigen geistig Behinderten oder kontinuierlich betreuungsbedürftigen chronisch psychotischen Patienten bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal (EBM-Nr.15), für die unter A I. B 4.2 ein bedarfsabhängiges Zusatzbudget auf besonderen Antrag zuerkannt werden kann, ist eine solche Möglichkeit bezüglich der EBM-Nr.19 nicht vorgesehen. Das bedeutet, dass die EBM-Nr.19 unter das allgemeine Praxisbudget gemäß A I. B 1.2 i.V.m. Nr.1.5 EBM fällt. Im vorliegenden Fall käme demnach nur eine Erweiterung des allgemeinen Praxisbudgets über die bereits oben genannte Bestimmung A I. B 4.3 EBM in Betracht. Deren Voraussetzungen sind indessen nicht erfüllt. Nach A I. B 4.3 EBM kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der

Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewährt. Dazu haben die Parteien des Bundesmantelvertrags in der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (DÄBl.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 könne, wenn nachfolgend genannte Krankheitsfälle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellten: â Betreuung von HIV-Patienten â onkologische Erkrankungen â Diabetes â Mukoviszidose â Schmerztherapie (Teilnehmer an der Schmerztherapievereinbarung) â kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen â erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil.

Im vorliegenden Fall stützt der Kläger 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 müsse. Zwar könnte der in der Einführungsvereinbarung beispielhaft genannte Fall der "kontinuierlichen Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen" erfüllt sein, doch stellt diese Leistung nicht den Schwerpunkt der Praxistätigkeit dar. Bei der Prüfung, ob eine Budgeterweiterung über A I. B 4.3 EBM i.V.m. der Ziffer 4 der Einführungsvereinbarung (DÄBl.1997, S.A-403) gewährt werden kann, ist zu bedenken, dass es sich hierbei um eine eng auszulegende Ausnahmvorschrift zu den grundsätzlich geltenden Budgetierungsregelungen handelt (vgl. Urteil des Senats vom 7. Februar 2001, Az.: [L 12 KA 60/99](#); vom 19. März 2003, Az.: [L 12 KA 185/01](#)). Das BSG ([SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.31](#)) hat die Erweiterung eines qualifikationsabhängigen 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 abhängig gemacht. Zwar ging es in diesem Urteil um die Erweiterung eines Zusatzbudgets, doch gilt der Leitsatz auch für die Erweiterung bzw. Aussetzung des allgemeinen Praxisbudgets, wie sich ausdrücklich aus dem Beschluss des BSG vom 2. Juli 2001 (Az.: B 6 KA 104/01 B) ergibt. Diese Kriterien sind im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Bei der EBM-Nr.19 handelt es sich nicht um eine für Gynäkologen untypische Leistung. Vielmehr wird diese im Zeitraum vom 3/97 bis 4/02 (soweit dem Senat Gesamtübersichten vorliegen) von etwa 27 bis 40 % (zumeist gut 30 %) der Fachgruppenärzte ebenfalls erbracht. Der Kläger rechnet diese Leistung allerdings in einem deutlich höheren Umfang ab. Die EBM-Nr.19 stellt beim Kläger auch nicht einen besonderen Behandlungsschwerpunkt dar. Vielmehr liegt der Anteil der für 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. März 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. Schließlich weist die Praxis des Klägers 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 frauenärztlichen Praxis.

Damit sind die Voraussetzungen für die Erweiterung des Praxisbudgets im Hinblick auf die EBM-Nr.19 gemäß A I. B 4.3 EBM nicht erfüllt, sodass die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben kann. Dabei erkennt der Senat die Verdienste des Klägers um die Betreuung dieser besonders schwer geschädigten Patientinnen an. Er hält es auch durchaus nachvollziehbar, dass der Kläger in diesen Fällen mit den der Budgetberechnung 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](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich, zumal die Budgetregelung des EBM zum 1. Juli 2003 außer Kraft getreten ist.

Erstellt am: 14.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024