-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	13.09.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	16.05.2001

Die Revision der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 13. September 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen. Die KlÃ¤gerin hat die auÃergerichtlichen Kosten der Beklagten auch fÃ¼r das Revisions- verfahren zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Die KlÃ¤gerin nimmt als AllgemeinÃ¤rztin an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil. Sie beantragte im MÃ¤rz 1997 bei der beklagten KassenÃ¤rztlichen Vereinigung (KÃV), fÃ¼r die Zeit ab dem 1. Juli 1996 von verschiedenen Teilbudgets, von denen nur noch das fÃ¼r GesprÃ¤chsleistungen im Streit steht, freigestellt zu werden. Die Teilbudgets waren durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 zum 1. Januar 1996 eingefÃ¼hrt worden (Teilbudget "GesprÃ¤chsleistungen" in Abschnitt A I Nrn 5.6.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen BewertungsmaÃstabs fÃ¼r Ã¤rztliche Leistungen â EBM-Ã). Danach wurde bei bestimmten Arztgruppen, zu denen die AllgemeinÃ¤rzte gehÃ¶rten, die BerechnungsfÃ¤higkeit der von dem Teilbudget "GesprÃ¤chsleistungen" erfaÃten Leistungen auf 220 Punkte je Fall beschrÃ¤nkt.

Zur BegrÃ¼ndung ihres Antrages wies die KlÃ¤gerin auf ihre unterdurchschnittliche Fallzahl (Abweichung vom Fachgruppendurchschnitt um 72,9 % im Quartal III/96 und um 61 % im Quartal IV/96), auf ihren hohen Rentneranteil (FachgruppendurchschnittsÃ¼berschreitung von 17,9 % bzw 15,5 %), auf das hohe Alter und den schlechten Gesundheitszustand ihrer Patienten insgesamt sowie auf deren Angewiesenheit auf GesprÃ¤chs- und Beratungsleistungen hin.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit der BegrÃ¼ndung ab, weder die geringe Fallzahl noch der erhÃ¶hte Rentneranteil rechtfertigten die Annahme eines Versorgungsschwerpunktes bei GesprÃ¤chsleistungen. Im Widerspruchsverfahren blieb die KlÃ¤gerin erfolglos.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen. Es hat die EinfÃ¼hrung der Teilbudgets im EBM-Ã unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts â BSG â (Urteil vom 8. MÃ¤rz 2000 â B 6 KA 16/99 R = BSGE 86, 30, 39 ff = SozR 3-2500 Â§ 83 Nr 1 S 12 ff) fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig gehalten. Ein Anspruch auf Befreiung von dem Teilbudget fÃ¼r GesprÃ¤chsleistungen stehe der KlÃ¤gerin nicht zu. Dieser erfordere, daÃ eine Arztpraxis den Charakter einer Spezialpraxis habe und die Leistungen, auf die sie sich spezialisiert habe, nicht verlagern kÃ¶nne, ohne daÃ dieser Charakter verlorengehe. GesprÃ¤chsleistungen kÃ¶nnten indessen eine Praxis nicht zu einer Spezialpraxis machen (Urteil vom 13. September 2000).

Mit ihrer Sprungrevision macht die KlÃ¤gerin geltend, das angefochtene Urteil beruhe auf einer fehlerhaften Auslegung der Nr 4 der Vereinbarung der SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen (KKn) und der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung (KÃBV) zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (im folgenden: Weiterentwicklungsvereinbarung) und verletze sie in ihrem Grundrecht aus Art 12 Abs 1 Grundgesetz (GG). Sie erfÃ¼lle die Voraussetzungen, die das BSG im Urteil vom 6. September 2000 â B 6 KA 40/99 R (BSGE 87, 112 ff = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 26) fÃ¼r einen "Versorgungsschwerpunkt" iS der Weiterentwicklungsvereinbarung gefordert habe. Ohne Anwendung der Regelungen Ã¼ber das Teilbudget erziele sie mit den vom Teilbudget erfaÃten GesprÃ¤chsleistungen 60% des gesamten von ihr abgerechneten Punktzahlvolumens, so daÃ die vom BSG geforderte Grenze von 20% deutlich Ã¼berschritten sei. Soweit das BSG angenommen habe, ein Versorgungsschwerpunkt liege nur bei einer fÃ¼r die Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung vor, sei diese Auslegung zu eng. Art 12 Abs 1 GG schÃ¼tze auch AllgemeinÃ¤rzte ohne qualitativen Versorgungsschwerpunkt vor unverhÃ¤ltnismÃ¤Ãigen Eingriffen in ihre BerufsausÃ¼bungsfreiheit. Deshalb mÃ¼sse auch eine Budgeterweiterung oder Budgetaussetzung zu Gunsten einer auf GesprÃ¤chsleistungen spezialisierten Praxis mÃ¶glich sein. Richtigerweise sei bei der Auslegung des Begriffs "Versorgungsschwerpunkt" darauf abzustellen, ob eine Praxis in nachvollziehbarer Weise aufgrund besonderer UmstÃ¤nde schwerpunktmÃ¤Ãig gerade die von der Budgetierung betroffenen Leistungen erbringe und sie ohne diese Leistungserbringung wirtschaftlich nicht fortgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne. Bei GesprÃ¤chsleistungen kÃ¶nne das der Fall sein, wenn in einer Praxis aus medizinisch nachvollziehbaren GrÃ¼nden im Hinblick auf ganz

besondere PraxisumstÃ¤nde aufwendigere GesprÃ¤chsleistungen erbracht werden mÃ¼Ãten als im Durchschnitt der Fachgruppe. SchlieÃlich bedeute die Anwendung der Bestimmungen Ã¼ber das Teilbudget bei den GesprÃ¤chsleistungen eine wirtschaftliche HÃ¤rte, die sie nicht hinnehmen mÃ¼sse; ihre UmsatzeinbuÃen infolge der Teilbudgetierung seien eklatant.

Die KlÃ¤gerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 13. September 2000 und den Bescheid der Beklagten vom 30. MÃ¤rz 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. September 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats Ã¼ber die Frage einer Ausnahme von dem Teilbudget "GesprÃ¤chsleistungen" erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Das BSG habe in seinen Urteilen zu den Teilbudgets ausdrÃ¼cklich darauf hingewiesen, daÃ das Angebot von Beratungs- und GesprÃ¤chsleistungen keinen Versorgungsschwerpunkt iS einer fÃ¼r die Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung beschreiben kÃ¶nne. Im Ã¼brigen habe das BSG dargelegt, daÃ Versorgungsschwerpunkt immer eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung meine. Diese Voraussetzung kÃ¶nne bei einem Allgemeinarzt im Hinblick auf die DurchfÃ¼hrung von Beratungs- und GesprÃ¤chsleistungen nicht vorliegen. Die Praxis der KlÃ¤gerin weise schlieÃlich kein Behandlungsspektrum auf, das von der Typik ihrer Arztgruppe abweiche.

II

Die Revision der KlÃ¤gerin ist unbegrÃ¼ndet. Das SG hat zutreffend entschieden, daÃ ihr kein Anspruch auf Befreiung vom Teilbudget fÃ¼r GesprÃ¤chsleistungen zusteht.

In der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 1997 waren auf die Honorierung der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen die Regelungen in Abschnitt A I der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ã idF des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 (Beilage zu Heft 26 des Deutschen Ãrzteblattes (DÃ) vom 28. Juni 1996) anzuwenden. Nach Nr 5 aaO EBM-Ã galt ua fÃ¼r die unter Nr 5.6.1 genannten Leistungen (GesprÃ¤chsleistungen nach den Nrn 10, 11, 17, 18, 42, 44 und 851 EBM-Ã) ein fallzahlabhÃ¤ngiges arztgruppenbezogenes Teilbudget. Nach Nr 5.1 aaO EBM-Ã ergab sich die HÃ¶he der jeweiligen rechnerischen Teilbudgets aus dem Produkt der zutreffenden arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl fÃ¼r die im Teilbudget aufgefÃ¼hrten Leistungen und der Zahl der kurativ-ambulanten FÃ¤lle. Nach Absatz 8 der PrÃ¤ambel zu Abschnitt B II EBM-Ã betrug die Fallpunktzahl des Teilbudgets "GesprÃ¤chsleistungen" ua fÃ¼r AllgemeinÃ¤rzte 220 Punkte. Die sich aus dem Produkt von Fallpunktzahl und der Zahl der kurativ-ambulanten FÃ¤lle einer Praxis fÃ¼r das jeweilige Teilbudget ergebende Gesamtpunktzahl bildete fÃ¼r die Honorierung die Obergrenze. Eine vom Arzt angeforderte, darÃ¼ber hinausgehende Punktmenge wurde nicht vergÃ¼tet.

Die ab dem 1. Juli 1996 geltenden Budgetierungsregelungen im EBM-Ã sind, wie der Senat mit Urteilen vom 8. MÃ¤rz 2000 (ua BSGE 86, 30 ff = SozR 3-2500 Â§ 83 Nr 1) und 6. September 2000 (ua BSGE 87, 112 ff = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 26) entschieden hat, durch Â§ 87 Abs 2a SÃ¤tze 1 und 2 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) gedeckt. Bedenken gegen die Ausgestaltung des Teilbudgets fÃ¼r GesprÃ¤chsleistungen sowie gegen die HÃ¶he der Fallpunktzahl fÃ¼r die Allgemeinmediziner macht die KlÃ¤gerin nicht geltend. Solche sind auch nicht ersichtlich.

Die Beklagte hat den Antrag der KlÃ¤gerin auf Befreiung vom Teilbudget nach Abschnitt A I Nr 5.6.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ã zu Recht auf der Grundlage der Nr 4 der Vereinbarung der SpitzenverbÃ¤nde der KKn und der KÃBV zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (DÃ 1996, A-2815 f) beurteilt. Danach sind die KÃVn berechtigt, aus GrÃ¼nden der Sicherstellung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung im Einvernehmen mit den KKn-VerbÃ¤nden auf Antrag des Arztes im Einzelfall Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach den folgenden Nrn des Punktes 5 der Allgemeinen Bestimmungen A I EBM-Ã â entsprechend dem BewertungsausschuÃbeschluÃ vom 13. Juni 1996 â zuzulassen, soweit der Arzt einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt fÃ¼r seine Praxis nachweist: ua "Nr 5.6.1 â GesprÃ¤chsleistungen â nur fÃ¼r die Leistung nach Nr 851 EBM". In der Protokollnotiz zu dieser Regelung ist bestimmt: "Das Einvernehmen zwischen der KÃV und den VerbÃ¤nden der Krankenkassen ist auch dann hergestellt, wenn eine Ãbereinstimmung darÃ¼ber erzielt wird, auf welche Sachverhalte sich eine Ausnahmeregelung beziehen soll. Dabei kann auch fÃ¼r andere als in Abschnitt 4 genannte Sachverhalte eine solche Ausnahmeregelung erfolgen" (DÃ 1996, A 2816).

In seinen Urteilen vom 6. September 2000 (ua B 6 KA 40/99 R â BSGE 87, 112 ff = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 26) hat der Senat im einzelnen dargelegt, daÃ die Regelung der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung mit hÃ¶herrangigem Recht in Einklang steht, sie nicht nur objektiv-rechtlichen Charakter hat, sondern auch ein subjektives Recht des betroffenen Arztes auf vollstÃ¤ndige oder teilweise Freistellung von den begrenzenden Wirkungen eines Teilbudgets bei Vorliegen der in der Norm geregelten Voraussetzungen enthÃ¤lt, und daÃ schlieÃlich der KÃV bei der Entscheidung Ã¼ber das Vorliegen eines "Versorgungsschwerpunktes" kein der gerichtlichen NachprÃ¼fung nur eingeschrÃ¤nkt zugÃ¤nglicher Beurteilungsspielraum zukommt. Dies bedarf hier keiner nÃ¤heren BegrÃ¼ndung, zumal die Beteiligten insoweit keine abweichenden Rechtsauffassungen vertreten.

Der fÃ¼r eine Ausnahmeerteilung von der Teilbudgetierung erforderliche "Versorgungsschwerpunkt" iS der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung muÃ sich im VerhÃ¤ltnis zur jeweiligen Fachgruppe ergeben. Die einzelnen Arztgruppen weisen einen sehr unterschiedlichen Bedarf (auch) hinsichtlich der von den Teilbudgets erfaÃten Leistungen auf. Wenn die fÃ¼r die einzelne Arztgruppe festgesetzte Fallpunktzahl typischerweise den Bedarf von Ãrzten dieser Gruppe hinsichtlich der im Teilbudget zusammengefaÃten Leistungen decken soll, besteht

AnlaÃ fÃ¼r Ausnahmen von vornherein nur, wenn sich eine einzelne Praxis hinsichtlich des vom Teilbudgets erfaÃten Leistungsbereichs deutlich von der Typik ihrer Fachgruppe abhebt. Das kann etwa der Fall sein, wenn in einer Praxis vermehrt bestimmte Leistungen erbracht und abgerechnet werden, und dies den SchluÃ auf eine Schwerpunktsetzung bzw Spezialisierung in diesem Leistungsbereich zulÃ¤Ãt. Da nicht jede vom Durchschnitt der Arztgruppe abweichende Punktzahlanforderung in einem bestimmten Leistungsbereich einen "Versorgungsschwerpunkt" begrÃ¼nden kann, muÃ deshalb auf einen als Versorgungsschwerpunkt geltend gemachten Leistungsbereich ein Anteil von zumindest 20 % der von der Praxis insgesamt abgerechneten Gesamtpunktzahl entfallen. AnlaÃ fÃ¼r die Freistellung von einem Teilbudget besteht weiterhin nur, wenn die fÃ¼r diesen Versorgungsschwerpunkt typischen Leistungen gerade von dem Teilbudget erfaÃt werden, von dem der betroffene Arzt eine Freistellung erreichen will. Dabei dÃ¼rfen "Versorgungsschwerpunkt" und die von der Budgetierung erfaÃten Leistungen nicht gleichgesetzt werden. Da "Versorgungsschwerpunkt" immer eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebietes meint, fÃ¼r das der Arzt zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen ist, werden die Teilbudgets nach Abschnitt A I Nr 5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ã regelmÃ¤Ãig kaum mit Versorgungsschwerpunkten in diesem Sinne zusammentreffen. Das Angebot von Beratungs- und GesprÃ¤chsleistungen jedenfalls beschreibt keinen Versorgungsschwerpunkt iS einer fÃ¼r die Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung (Senatsurteile vom 6. September 2000 â ua B 6 KA 40/99 R = BSGE 87, 112, 116 ff = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 26 S 136 ff). An dieser Auffassung hÃ¤lt der Senat auch gegenÃ¼ber den Angriffen der Revision fest.

ZunÃ¤chst trifft die Auffassung der KlÃ¤gerin nicht zu, die vom Senat vorgenommene Auslegung des Tatbestandsmerkmals "Versorgungsschwerpunkt" lasse die Ausnahmeregelung der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung hinsichtlich des Teilbudgets 5.6.1 EBM-Ã (GesprÃ¤chsleistungen) leerlaufen. In Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung ist eine Ausnahme von dem Teilbudget "GesprÃ¤chsleistungen" nicht generell, sondern ausdrÃ¼cklich nur fÃ¼r die Leistung nach Nr 851 EBM-Ã (verbale Intervention bei psychosomatischen KrankheitszustÃ¤nden unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, je Sitzung [Dauer mindestens 15 Minuten]) vorgesehen, die mit 450 Punkten bewertet ist. Bei ihr handelt es sich um eine spezielle Behandlungsleistung des Arztes. Das ergibt sich schon daraus, daÃ nach Abschnitt G I Nr 5 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen Ã¼ber die DurchfÃ¼hrung der Psychotherapie in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien) in der bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Fassung die Teilnahme eines Arztes an der psychosomatischen Grundversorgung, deren Leistungen in Abschnitt G III EBM-Ã verzeichnet sind, mehrjÃ¤hrige Erfahrung in selbstÃ¤ndiger Ã¤rztlicher TÃ¤tigkeit, Kenntnisse in der Theorie einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre und reflektierte Erfahrung Ã¼ber die therapeutische Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung voraussetzt. Die AusfÃ¼hrung und Abrechnung dieser Leistung bedarf einer entsprechenden Genehmigung der KÃV (Â§ 2 Abs 6 der

Psychotherapie-Vereinbarungen zwischen den SpitzenverbÃ¤nden der KKn und der KÃBV in der damals geltenden Fassung). Damit kommt die Erbringung der Nr 851 EBM-Ã nur fÃ¼r psychosomatisch ausgerichtete Ãrzte verschiedener Facharztgruppen in Betracht. Gerade fÃ¼r sie hat die BefreiungsmÃ¶glichkeit vom Teilbudget fÃ¼r GesprÃ¤chsleistungen â allein bezogen auf Leistungen nach Nr 851 EBM-Ã â Bedeutung.

WÃ¤hrend die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl fÃ¼r das Teilbudget "GesprÃ¤chsleistungen" fÃ¼r AllgemeinÃ¤rzte, praktische Ãrzte, hausÃ¤rztliche Internisten, hausÃ¤rztliche KinderÃ¤rzte, Psychiater und Ãrzte fÃ¼r psychotherapeutische Medizin 220 Punkte und fÃ¼r NervenÃ¤rzte, Neurologen und Neurochirurgen 60 Punkte betrÃ¤gt, belÃ¤uft sie sich fÃ¼r die Ã¼brigen Arztgruppen auf nur 30 Punkte (Abschnitt B II EBM-Ã, Abs 8 der PrÃ¤ambel). Das bedeutet, daÃ etwa GynÃ¤kologen, HNO-Ãrzte oder Urologen, die eine (auch) psychosomatisch ausgerichtete Praxis fÃ¼hren, rein rechnerisch ihr gesamtes Teilbudget fÃ¼r GesprÃ¤chsleistungen fÃ¼r 15 Patienten "verbraucht" haben, wenn sie eine einzige Leistung nach Nr 851 EBM-Ã erbringen. In derartigen FÃ¤llen erweist sich die MÃ¶glichkeit einer Freistellung vom Teilbudget fÃ¼r GesprÃ¤chsleistungen â bezogen auf die Nr 851 EBM-Ã â als sinnvoll, weil andernfalls die betroffenen Ãrzte einen psychosomatischen Behandlungsschwerpunkt unter strikter Anwendung des Teilbudgets kaum fortfÃ¼hren kÃ¶nnten.

Der Umstand, daÃ es keinen Versorgungsschwerpunkt "GesprÃ¤chsleistungen" geben kann, schlieÃt weiter nicht schlechthin aus, daÃ auch allgemeinÃ¤rztliche Praxen einen Versorgungsschwerpunkt hinsichtlich der psychosomatischen Leistungen nach Nr 851 EBM-Ã aufweisen kÃ¶nnen, sofern die AllgemeinÃ¤rzte die erforderlichen Abrechnungsvoraussetzungen erfÃ¼llen.

Der nach den Angaben der KlÃ¤gerin Ã¼berdurchschnittlich hohe Anteil von GesprÃ¤chs- und Beratungsleistungen an ihrem Gesamthonorar beruht schlieÃlich nicht auf einer Spezialisierung auf diese Leistungen, sondern darauf, daÃ sie offenbar zahlreiche andere, insbesondere diagnostische Leistungen, die Bestandteil der hausÃ¤rztlichen Versorgung sind, nicht oder nicht mehr erbringt. Das deutet auf ein eingeschrÃ¤nktes Behandlungsspektrum hin; die KlÃ¤gerin hat diesen Aspekt im Klageverfahren selbst angesprochen, wenn sie ausgefÃ¼hrt hat, sie sei in gewissem Umfang "mit ihren Patienten alt geworden". Eine solche Praxisausrichtung kann nicht zur Folge haben, daÃ die weitgehende BeschrÃ¤nkung der Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeit auf GesprÃ¤chs- und Beratungsleistungen als Spezialisierung mit der Folge gewertet wird, daÃ insoweit ein arztgruppenuntypischer "Versorgungsschwerpunkt" vorliegt.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024