
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 Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 13. September 2000 wird zur^{1/4}ckgewiesen. Die Klägerin hat die au³ergerichtlichen Kosten der Beklagten auch f^{1/4}r das Revisions- verfahren zu erstatten.

Gr^{1/4}nde:

I

Die Klägerin nimmt als AllgemeinÄrztin an der vertragsÄrztlichen Versorgung teil. Sie beantragte im März 1997 bei der beklagten KassenÄrztlichen Vereinigung (KÄV), f^{1/4}r die Zeit ab dem 1. Juli 1996 von verschiedenen Teilbudgets, von denen nur noch das f^{1/4}r GesprÄchsleistungen im Streit steht, freigestellt zu werden. Die Teilbudgets waren durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 zum 1. Januar 1996 eingef^{1/4}hrt worden (Teilbudget "GesprÄchsleistungen" in Abschnitt A I Nr. 5.6.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs f^{1/4}r Ärztliche Leistungen â EBM-Ä). Danach wurde bei bestimmten Arztgruppen, zu denen die AllgemeinÄrzte geh^{1/4}rteten, die Berechnungs^{1/4}higkeit der von dem Teilbudget "GesprÄchsleistungen" erfa^{1/4}ten Leistungen auf 220 Punkte je Fall beschrÄnkt.

Zur Begründung ihres Antrages wies die Klägerin 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 (Fachgruppendurchschnittsüberschreitung von 17,9 % bzw 15,5 %), auf das hohe Alter und den schlechten Gesundheitszustand ihrer Patienten insgesamt sowie auf deren Angewiesenheit auf Gesprächs- und Beratungsleistungen hin.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit der Begründung ab, weder die geringe Fallzahl noch der erhöhte Rentneranteil rechtfertigten die Annahme eines Versorgungsschwerpunktes bei Gesprächsleistungen. Im Widerspruchsverfahren blieb die Klägerin erfolglos.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen. Es hat die Einführung der Teilbudgets im EBM-Ä unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts â BSG â (Urteil vom 8. März 2000 â [B 6 KA 16/99 R](#) = [BSGE 86, 30](#), 39 ff = [SozR 3-2500 Â§ 83 Nr 1](#) S 12 ff) für rechtmäßig gehalten. Ein Anspruch auf Befreiung von dem Teilbudget für Gesprächsleistungen stehe der Klägerin nicht zu. Dieser erfordere, daß eine Arztpraxis den Charakter einer Spezialpraxis habe und die Leistungen, auf die sie sich spezialisiert habe, nicht verlagern könne, ohne daß dieser Charakter verlorengehe. Gesprächsleistungen könnten indessen eine Praxis nicht zu einer Spezialpraxis machen (Urteil vom 13. September 2000).

Mit ihrer Sprungrevision macht die Klägerin geltend, das angefochtene Urteil beruhe auf einer fehlerhaften Auslegung der Nr 4 der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen (KKn) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) 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 erfülle 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](#)) für einen "Versorgungsschwerpunkt" in der Weiterentwicklungsvereinbarung gefordert habe. Ohne Anwendung der Regelungen über das Teilbudget erziele sie mit den vom Teilbudget erfaßten Gesprächsleistungen 60% des gesamten von ihr abgerechneten Punktzahlvolumens, so daß die vom BSG geforderte Grenze von 20% deutlich überschritten sei. Soweit das BSG angenommen habe, ein Versorgungsschwerpunkt liege nur bei einer für die Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung vor, sei diese Auslegung zu eng. [Art 12 Abs 1 GG](#) schütze auch Allgemeinärzte ohne qualitativen Versorgungsschwerpunkt vor unverhältnismäßigen Eingriffen in ihre Berufsausübungsfreiheit. Deshalb müsse auch eine Budgeterweiterung oder Budgetaussetzung zu Gunsten einer auf Gesprächsleistungen spezialisierten Praxis möglich sein. Richtigerweise sei bei der Auslegung des Begriffs "Versorgungsschwerpunkt" darauf abzustellen, ob eine Praxis in nachvollziehbarer Weise aufgrund besonderer Umstände schwerpunktmäßig gerade die von der Budgetierung betroffenen Leistungen erbringe und sie ohne diese Leistungserbringung wirtschaftlich nicht fortgeführt werden könne. Bei Gesprächsleistungen könne das der Fall sein, wenn in einer Praxis aus medizinisch nachvollziehbaren Gründen im Hinblick auf ganz

besondere Praxisumstände aufwendigere Gesprächsleistungen erbracht werden müßten als im Durchschnitt der Fachgruppe. Schließlich bedeute die Anwendung der Bestimmungen über das Teilbudget bei den Gesprächsleistungen eine wirtschaftliche Härte, die sie nicht hinnehmen müsse; ihre Umsatzeinbußen infolge der Teilbudgetierung seien eklatant.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 13. September 2000 und den Bescheid der Beklagten vom 30. März 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. September 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats über die Frage einer Ausnahme von dem Teilbudget "Gesprächsleistungen" erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Das BSG habe in seinen Urteilen zu den Teilbudgets ausdrücklich darauf hingewiesen, daß das Angebot von Beratungs- und Gesprächsleistungen keinen Versorgungsschwerpunkt ist einer für die Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung beschreiben können. Im übrigen habe das BSG dargelegt, daß Versorgungsschwerpunkt immer eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung meine. Diese Voraussetzung können bei einem Allgemeinarzt im Hinblick auf die Durchführung von Beratungs- und Gesprächsleistungen nicht vorliegen. Die Praxis der Klägerin weise schließlich kein Behandlungsspektrum auf, das von der Typik ihrer Arztgruppe abweiche.

II

Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Das SG hat zutreffend entschieden, daß ihr kein Anspruch auf Befreiung vom Teilbudget für Gesprächsleistungen zusteht.

In der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 1997 waren auf die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen die Regelungen in Abschnitt A I der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä idF des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 (Beilage zu Heft 26 des Deutschen Ärzteblattes (DÄB) vom 28. Juni 1996) anzuwenden. Nach Nr 5 aaO EBM-Ä galt ua für die unter Nr 5.6.1 genannten Leistungen (Gesprächsleistungen nach den Nrn 10, 11, 17, 18, 42, 44 und 851 EBM-Ä) ein fallzahlabhängiges arztgruppenbezogenes Teilbudget. Nach Nr 5.1 aaO EBM-Ä ergab sich die Höhe der jeweiligen rechnerischen Teilbudgets aus dem Produkt der zutreffenden arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl für die im Teilbudget aufgeführten Leistungen und der Zahl der kurativ-ambulant Fälle. Nach Absatz 8 der Prämambel zu Abschnitt B II EBM-Ä betrug die Fallpunktzahl des Teilbudgets "Gesprächsleistungen" ua für Allgemeinärzte 220 Punkte. Die sich aus dem Produkt von Fallpunktzahl und der Zahl der kurativ-ambulant Fälle einer Praxis für das jeweilige Teilbudget ergebende Gesamtpunktzahl bildete für die Honorierung die Obergrenze. Eine vom Arzt angeforderte, darüber hinausgehende Punktmenge wurde nicht vergütet.

Die ab dem 1. Juli 1996 geltenden Budgetierungsregelungen im EBM-Ä sind, wie der Senat mit Urteilen vom 8. März 2000 (ua [BSGE 86, 30](#) ff = [SozR 3-2500 ÄS 83 Nr 1](#)) und 6. September 2000 (ua [BSGE 87, 112](#) ff = [SozR 3-2500 ÄS 87 Nr 26](#)) entschieden hat, durch [ÄS 87 Abs 2a](#) Sätze 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)) gedeckt. Bedenken gegen die Ausgestaltung des Teilbudgets für Gesprächsleistungen sowie gegen die Höhe der Fallpunktzahl für die Allgemeinmediziner macht die Klägerin nicht geltend. Solche sind auch nicht ersichtlich.

Die Beklagte hat den Antrag der Klägerin auf Befreiung vom Teilbudget nach Abschnitt A I Nr 5.6.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä zu Recht auf der Grundlage der Nr 4 der Vereinbarung der Spitzenverbände der KKn und der KÄV zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (DÄ 1996, A-2815 f) beurteilt. Danach sind die KÄVn berechtigt, aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Einvernehmen mit den KKn-Verbänden auf Antrag des Arztes im Einzelfall Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach den folgenden Nrn des Punktes 5 der Allgemeinen Bestimmungen A I EBM-Ä entsprechend dem Bewertungsausschussbeschluss vom 13. Juni 1996 zuzulassen, soweit der Arzt einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt für seine Praxis nachweist: ua "Nr 5.6.1 Gesprächsleistungen nur für die Leistung nach Nr 851 EBM". In der Protokollnotiz zu dieser Regelung ist bestimmt: "Das Einvernehmen zwischen der KÄV und den Verbänden der Krankenkassen ist auch dann hergestellt, wenn eine Äbereinstimmung darüber erzielt wird, auf welche Sachverhalte sich eine Ausnahmeregelung beziehen soll. Dabei kann auch für andere als in Abschnitt 4 genannte Sachverhalte eine solche Ausnahmeregelung erfolgen" (DÄ 1996, A 2816).

In seinen Urteilen vom 6. September 2000 (ua [B 6 KA 40/99 R](#) = [BSGE 87, 112](#) ff = [SozR 3-2500 ÄS 87 Nr 26](#)) hat der Senat im einzelnen dargelegt, daß die Regelung der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung mit höherrangigem Recht in Einklang steht, sie nicht nur objektiv-rechtlichen Charakter hat, sondern auch ein subjektives Recht des betroffenen Arztes auf vollständige oder teilweise Freistellung von den begrenzenden Wirkungen eines Teilbudgets bei Vorliegen der in der Norm geregelten Voraussetzungen enthält, und daß schließlich der KÄV bei der Entscheidung über das Vorliegen eines "Versorgungsschwerpunktes" kein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkter zugänglicher Beurteilungsspielraum zukommt. Dies bedarf hier keiner näheren Begründung, zumal die Beteiligten insoweit keine abweichenden Rechtsauffassungen vertreten.

Der für eine Ausnahmeerteilung von der Teilbudgetierung erforderliche "Versorgungsschwerpunkt" iS der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung muß sich im Verhältnis zur jeweiligen Fachgruppe ergeben. Die einzelnen Arztgruppen weisen einen sehr unterschiedlichen Bedarf (auch) hinsichtlich der von den Teilbudgets erfaßten Leistungen auf. Wenn die für die einzelne Arztgruppe festgesetzte Fallpunktzahl typischerweise den Bedarf von Ärzten dieser Gruppe hinsichtlich der im Teilbudget zusammengefaßten Leistungen decken soll, besteht

Anlaß für Ausnahmen von vornherein nur, wenn sich eine einzelne Praxis hinsichtlich des vom Teilbudgets erfaßten 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 Schluß auf eine Schwerpunktsetzung bzw. Spezialisierung in diesem Leistungsbereich zuläßt. Da nicht jede vom Durchschnitt der Arztgruppe abweichende Punktzahlanforderung in einem bestimmten Leistungsbereich einen "Versorgungsschwerpunkt" begründen kann, muß deshalb auf einen als Versorgungsschwerpunkt geltend gemachten Leistungsbereich ein Anteil von zumindest 20 % der von der Praxis insgesamt abgerechneten Gesamtpunktzahl entfallen. Anlaß für die Freistellung von einem Teilbudget besteht weiterhin nur, wenn die für diesen Versorgungsschwerpunkt typischen Leistungen gerade von dem Teilbudget erfaßt werden, von dem der betroffene Arzt eine Freistellung erreichen will. Dabei dürfen "Versorgungsschwerpunkt" und die von der Budgetierung erfaßten 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, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, werden die Teilbudgets nach Abschnitt A I Nr 5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Regelmäßig kaum mit Versorgungsschwerpunkten in diesem Sinne zusammentreffen. Das Angebot von Beratungs- und Gesprächsleistungen jedenfalls beschreibt keinen Versorgungsschwerpunkt ist einer für 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 hält der Senat auch gegenüber den Angriffen der Revision fest.

Zunächst trifft die Auffassung der Klägerin 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- (Gesprächsleistungen) leerlaufen. In Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung ist eine Ausnahme von dem Teilbudget "Gesprächsleistungen" nicht generell, sondern ausdrücklich nur für die Leistung nach Nr 851 EBM- (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen 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, daß nach Abschnitt G I Nr 5 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen 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- verzeichnet sind, mehrjährige Erfahrung in selbständiger ärztlicher Tätigkeit, Kenntnisse in der Theorie einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre und reflektierte Erfahrung über die therapeutische Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung voraussetzt. Die Ausführung und Abrechnung dieser Leistung bedarf einer entsprechenden Genehmigung der KÄV (Â§ 2 Abs 6 der

Psychotherapie-Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der KKn und der KÄBV in der damals geltenden Fassung). Damit kommt die Erbringung der Nr 851 EBM-Ä nur f¼r psychosomatisch ausgerichtete Ärzte verschiedener Facharztgruppen in Betracht. Gerade f¼r sie hat die Befreiungsmöglichkeit vom Teilbudget f¼r Gesprächsleistungen â allein bezogen auf Leistungen nach Nr 851 EBM-Ä â Bedeutung.

Während die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl f¼r das Teilbudget "Gesprächsleistungen" f¼r AllgemeinÄrzte, praktische Ärzte, hausärztliche Internisten, hausärztliche KinderÄrzte, Psychiater und Ärzte f¼r psychotherapeutische Medizin 220 Punkte und f¼r NervenÄrzte, Neurologen und Neurochirurgen 60 Punkte betr½gt, bel½uft sie sich f¼r die ¼brigen Arztgruppen auf nur 30 Punkte (Abschnitt B II EBM-Ä, Abs 8 der PrÄambel). Das bedeutet, daß etwa Gynäkologen, HNO-Ärzte oder Urologen, die eine (auch) psychosomatisch ausgerichtete Praxis f¼hren, rein rechnerisch ihr gesamtes Teilbudget f¼r Gesprächsleistungen f¼r 15 Patienten "verbraucht" haben, wenn sie eine einzige Leistung nach Nr 851 EBM-Ä erbringen. In derartigen Fällen erweist sich die Möglichkeit einer Freistellung vom Teilbudget f¼r Gesprächsleistungen â bezogen auf die Nr 851 EBM-Ä â als sinnvoll, weil andernfalls die betroffenen Ärzte einen psychosomatischen Behandlungsschwerpunkt unter strikter Anwendung des Teilbudgets kaum fortf¼hren könnten.

Der Umstand, daß es keinen Versorgungsschwerpunkt "Gesprächsleistungen" geben kann, schließt weiter nicht schlechthin aus, daß auch allgemeinärztliche Praxen einen Versorgungsschwerpunkt hinsichtlich der psychosomatischen Leistungen nach Nr 851 EBM-Ä aufweisen können, sofern die AllgemeinÄrzte die erforderlichen Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen.

Der nach den Angaben der KlÄgerin ¼berdurchschnittlich hohe Anteil von Gesprächs- und Beratungsleistungen an ihrem Gesamthonorar beruht schließlich nicht auf einer Spezialisierung auf diese Leistungen, sondern darauf, daß sie offenbar zahlreiche andere, insbesondere diagnostische Leistungen, die Bestandteil der hausärztlichen Versorgung sind, nicht oder nicht mehr erbringt. Das deutet auf ein eingeschränktes Behandlungsspektrum hin; die KlÄgerin hat diesen Aspekt im Klageverfahren selbst angesprochen, wenn sie ausgef¼hrt hat, sie sei in gewissem Umfang "mit ihren Patienten alt geworden". Eine solche Praxisausrichtung kann nicht zur Folge haben, daß die weitgehende Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf Gesprächs- und Beratungsleistungen als Spezialisierung mit der Folge gewertet wird, daß insoweit ein arztgruppenuntypischer "Versorgungsschwerpunkt" vorliegt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [ÄS 193 Abs 1 und 4 SGG](#).

Zuletzt verändert am: 20.12.2024