

---

-

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

### 1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	30.09.1998

### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	08.03.2000

### 3. Instanz

Datum	16.05.2001
-------	------------

Die Revision des KlÄgers gegen das Urteil des Landessozialgerichts fr das Land Brandenburg vom 8. MÄrz 2000 wird zurckgewiesen. Der KlÄger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten auch fr das Revisionsverfahren zu erstatten. Im brigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Grnde:

I

Die Beteiligten streiten um die Befreiung von einem Teilbudget.

Der KlÄger nimmt als Facharzt fr Innere Medizin an der hausÄrztlichen Versorgung teil. Er beantragte bei der beklagten KassenÄrztlichen Vereinigung (KÄV), ihn von dem â seit dem Quartal III/1996 geltenden â sog Teilbudget fr sonographische Leistungen freizustellen und ihm alle von ihm erbrachten sonographischen Leistungen voll zu vergten. Er fhre die Untersuchungen fr einen Einzugsbereich von insgesamt ca 50.000 Einwohnern durch, zu einem groen Teil auf Äberweisung von Ärzten verschiedenster Fachrichtungen. Die Beklagte lehnte den Antrag ab und wies seinen Widerspruch mit der Begrndung

---

zurück, da er bei ihm im Quartal III/1996 eingetretene Honorarverlust von nur ca 7 % seines Gesamtleistungsvolumens für eine Befreiung nicht ausreichte.

Mit seiner Klage ist der Kläger beim Sozialgericht ohne Erfolg geblieben (Urteil vom 30. September 1998). Das Landessozialgericht (LSG) hat seine Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 8. März 2000). Zur Begründung ist ausgeführt, die Beklagte habe die von ihm begehrte Befreiung vom Teilbudget für sonographische Leistungen zu Recht abgelehnt. Die Voraussetzung, dass diese Leistungen einen Versorgungsschwerpunkt in seiner Praxis bildeten, habe er nicht dargelegt bzw nachgewiesen. Er habe lediglich angegeben, wie hoch seine Einkommenseinbußen und dass sonographische Untersuchungen für ihn nicht mehr wirtschaftlich seien. Abgesehen von der Nichterfüllung der Darlegungslast sei darauf hinzuweisen, dass die von der Beklagten zugrunde gelegten Kriterien für ihr Ermessen nicht zu beanstanden seien und sie es in sachgerechter Art und Weise ausgeübt habe.

Mit seiner Revision rügt der Kläger, das LSG hätte ihn darauf hinweisen müssen, dass ihn die Darlegungslast für das Vorliegen eines Versorgungsschwerpunktes treffe. Dann hätte er seine früheren Ausführungen belegt und vertieft, so dass das LSG möglicherweise weitere Ermittlungen durchgeführt und zu seinen Gunsten entschieden haben würde. Er habe sonographische Untersuchungen vor allem bei ihm überwiesenen Patienten erbracht (600 bis 850 je Quartal). In seinem Einzugsbereich mit ca 50.000 Einwohnern führe weder ein anderer Internist noch der dortige Radiologe Sonographien durch. Die Ausführungen des LSG zur Darlegungs- und Beweislast träfen überdies in der Sache nicht zu. Soweit diese Last bei ihm liege, habe er ihr genügt. Er habe Angaben zur Häufigkeitsstatistik, zum Umfang der Überweisungen und zur Versorgungssituation in seinem Einzugsgebiet gemacht. Hinsichtlich der weiteren Fragen zum Versorgungsschwerpunkt sei der Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Die Ablehnung der Budgetbefreiung sei ferner ermessensfehlerhaft. Nach der Regelung in der Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) komme es vor allem auf die Frage an, ob ein Sicherstellungsbedarf vorliege. Dies sei der Fall, wie der Vergleich der Zahlen der von ihm und der von der Fachgruppe erbrachten sonographischen Leistungen belege. Seine Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 200 bis 325 % sei als Praxisbesonderheit anerkannt. Der Bedarf ergebe sich auch aus dem hohen Überweisungsanteil sowie daraus, dass er schon in seiner früheren Tätigkeit als Krankenhausarzt zur Durchführung sonographischer Untersuchungen ermächtigt worden sei. Wie sachwidrig es wäre, auf das Verhältnis der Punkte im Schwerpunktbereich zur Gesamtpunktzahl abzustellen, zeige sich zB dann, wenn zwei Ärzte in derselben Stadt die Schwerpunktleistungen in gleichem Umfang erbrächten, der eine aber darüber hinaus ein großes, der andere nur ein kleines Leistungsvolumen aufzuweisen habe. Nur diesen, nicht aber auch den ersten vom Teilbudget freizustellen, wäre widersinnig. Schließlich sei zu beanstanden, dass die Beklagte die ihr nach Nr 2.2 der Weiterentwicklungsvereinbarung empfohlenen Maßnahmen zur Gewährleistung der Kostendeckung bei den fraglichen Leistungen nicht getroffen habe. Dies

---

müsse sie durch eine großzügigere Ermessenshandhabung bei Budgetbefreiungen kompensieren. Im übrigen müsse bei Anwendung des Kriteriums "nicht vertretbarer Honorarverlust" berücksichtigt werden, daß seine Honorare für sonographische Leistungen um 30 bis 75 % zurückgegangen seien und daß er, wie nach dem EBM-Ä in vielen Fällen statt der Gebühren-Nr für die sonographische Untersuchung die Nr 1 EBM-Ä in Ansatz gebracht habe (im Quartal III/1996: 152; ä IV/1996: 120; ä I/1997: 206; ä II/1997: 123 Fälle). Diese Fälle seien je mit 570 Punkten den von ihm erbrachten sonographischen Leistungen hinzuzurechnen, wodurch sich dann im Gesamtbild über die Quartale hinweg ein Anteil von mehr als 20 % seines Gesamtleistungsvolumens ergebe.

Der Kläger beantragt,  
die Urteile des Landessozialgerichts für das Land Brandenburg vom 8. März 2000 und des Sozialgerichts Potsdam vom 30. September 1998 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 18. Dezember 1996 in der Gestalt ihres Widerspruchsbescheides vom 9. Mai 1997 zu verurteilen, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Revision des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des LSG im Ergebnis für zutreffend. Nach den nunmehr vorliegenden Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 6. September 2000 könne ein Versorgungsschwerpunkt nur anerkannt werden, wenn mindestens 20 % der von der Praxis insgesamt abgerechneten Gesamtpunktzahl auf die vom Teilbudget erfaßten Leistungen entfielen und wenn sich die Praxis hinsichtlich dieser Leistungen deutlich von der Typik der Praxen der Fachgruppe abhebe. Das vom Kläger für sonographische Untersuchungen geltend gemachte Punktvolumen habe in den Quartalen III/1996 bis II/1997 jeweils nur 16,67 %, 19,34 %, 18,46 % bzw 16,31 % der von ihm abgerechneten Gesamtpunktzahl ausgemacht. Diesen Berechnungen lägen die jeweils angeforderten Punktzahlen und nicht etwa die durch das Budget begrenzten Punktzahl- oder Vergütungsvolumina zugrunde.

Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung vor dem BSG erklärt, daß er die Berechnung der prozentualen Anteile als richtig anerkenne und einverstanden sei, daß das Revisionsgericht sie zugrunde lege. Er halte aber daran fest, daß die ihm nach Nr 1 EBM-Ä vergüteten sonographischen Leistungen hinzuzurechnen seien.

II

Die Revision des Klägers hat keinen Erfolg. Die Vorinstanzen haben im Ergebnis zutreffend entschieden, daß ihm kein Anspruch auf Befreiung vom Teilbudget für Sonographien zusteht.

---

In der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 1997 waren auf die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen die Regelungen in den Allgemeinen Bestimmungen des Kapitel A Abschnitt I 1. des EBM-Ä idF des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 (Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 1996, Ausgabe B, Beilage zum Heft 26 vom 28. Juni 1996) anzuwenden. Nach Nr 5 aaO EBM-Ä (DÄ aaO S 4) galt ua f¼r die in Nr 5.7.2 genannten Leistungen (Sonographische Untersuchungen mit B-Bildverfahren f¼r die Leistungen nach Abschnitt C VII EBM-Ä) ein fallzahlabhængiges arztgruppenbezogenes Teilbudget. Nach Nr 5.1 aaO EBM-Ä ergab sich die H¼he der jeweiligen rechnerischen Teilbudgets aus dem Produkt der festgesetzten arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl f¼r die im Teilbudget aufgef¼hrten Leistungen und der Zahl der kurativ-ambulantem F¼lle. Nach Abs 4 der Pr¼ambel zu Abschnitt C VII EBM-Ä (eingef¼hrt durch DÄ aaO Nr 62) betrug die Fallpunktzahl des Teilbudgets f¼r Internisten 130 Punkte. Die Gesamtpunktzahl des jeweiligen Teilbudgets, die sich f¼r die Praxis aus dem Produkt von Fallpunktzahl und der Zahl der kurativ-ambulantem Behandlungsf¼lle ergab, bildete f¼r die Honorierung die Obergrenze. Eine vom Arzt angeforderte, dar¼ber hinausgehende Punktmenge wurde nicht verg¼tet. Der Bewertungsausschuß hat diese Regelungen, die er zun¼chst lediglich f¼r die Zeit bis zum 31. Dezember 1996 beschlossen hatte (s Nr 5 und 5.7 aaO EBM-Ä), bis zum 30. Juni 1997 verl¼ngert (Beschluss vom 19. November 1996, DÄ 1996, C-2350).

Diese Budgetierungsregelungen sind, wie der Senat mit Urteilen vom 8. M¼rz 2000 (ua [BSGE 86, 30](#), 39 ff = [SozR 3-2500 Â§ 83 Nr 1](#) S 12 ff) und vom 6. September 2000 (ua [BSGE 87, 112](#), 113 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 26](#) S 133) entschieden hat, durch [Â§ 87 Abs 2a Satz 1](#) und 2 F¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)) gedeckt. Bedenken gegen die Ausgestaltung des Teilbudgets f¼r sonographische Untersuchungen sowie gegen die H¼he der Fallpunktzahl f¼r die Internisten macht der Kl¼ger nicht geltend. Solche sind auch nicht ersichtlich. Die Berechnung dieses Budgets auf 130 Punkte erfolgte nach den zugrunde liegenden Vereinbarungen in der Weise, da¼ die Punktzahl, die die Internisten im Jahre 1994 bundesweit f¼r sonographische Untersuchungen abgerechnet hatten, durch die Gesamtfallzahl aller Internisten geteilt wurde (so die Erg¼nzende Vereinbarung zur Reform des EBM-Ä vom 14. September 1995, DÄ 1995, C-1719 (vor 2. und in 2.3)). Ein solches Verfahren, das ein weitgehend konstantes Leistungsverhalten der betroffenen Ärzte unterstellt und die so errechneten Punktzahlen auf die aktuellen Verh¼ltnisse transformiert, ist nicht zu beanstanden, wie der Senat bereits mehrfach ausgef¼hrt hat (vgl Senatsurteil vom 8. M¼rz 2000 â¼ B 6 KA 8/99 R â¼ S 17, unver¼ffentlicht, mit Bezugnahme auf BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 16](#) S 66 ff; s ferner BSG [SozR aaO Nr 15](#) S 61). Im Ergebnis ber¼cksichtigt das Budget eine durchschnittliche H¼ufigkeit, n¼mlich auf zwei bis vier Patienten eine Sonographie, die nach der Nr 376 ff mit 200 bis 520 Punkten bewertet ist. Bedenken, da¼ dies unangemessen wenig sein k¼nnte, sind weder vorgetragen noch erkennbar.

Erg¼nzend zu den dargestellten Regelungen im Abschnitt A I 1. EBM-Ä f¼r dieses Teilbudget sind f¼r Leistungen auf Åberweisung noch weitere Vorschriften

---

von Bedeutung.

So ist im selben Abschnitt die Bestimmung Nr 5.2 enthalten, die bei Leistungen auf  $\ddot{A}$ berweisung nÄhere Bestimmungen fÄ¼r die Berechnung trifft, ob die Teilbudgets eingehalten oder Äberschritten werden (s DÄ 1996, Ausgabe B, Beilage zu Heft 26 vom 28. Juni 1996, S 4, mit Änderung vom 26. Juni 1996, DÄ 1996, C-1354). Danach sind von der Berechnung solche kurativ-ambulantem FÄlle ausgenommen, in denen ausschlieÄlich die budgetierte Leistung auf Äberweisung sowie auÄerdem allenfalls weitere definierte und ebenfalls budgetierte Auftragsleistungen oder sog Nebenleistungen nach Nr 4 aaO EBM-Ä erbracht und berechnet worden sind. Mithin werden die FÄlle, in denen der Vertragsarzt nur die im Äberweisungsauftrag aufgefÄhrte sonographische Leistung (sowie ggf weitere in dem Auftrag definierte budgetierte Leistungen und sog Nebenleistungen) erbrachte und nicht noch zusÄtzlich weitere kurative Ärztliche Leistungen durchfÄhrte Ä er also nicht als maÄgeblicher Behandler tÄtig wurde -, bei der Berechnung, ob die Teilbudgets eingehalten oder Äberschritten sind, nicht berÄcksichtigt.

Weiterhin ist fÄ¼r ÄberweisungsauftrÄge im Kapitel B Allgemeine Bestimmungen Nr 3 EBM-Ä geregelt, daÄ der Arzt grundsÄtzlich anstelle der Auftragsleistung Ä auÄer bei einer Probeuntersuchung Ä die OrdinationsgebÄhr nach Nr 1 als alleinige Leistung im Behandlungsfall abrechnen kann. Diese Art der Abrechnung gewÄhrt dem Arzt, daÄ er, ohne daÄ es auf die AusschÄpfung seines Budgets ankommt, fÄ¼r seine Leistung eine zusÄtzliche VergÄtung erhÄlt.

Die Kriterien, nach denen eine vollstÄndige oder teilweise Befreiung von einem Teilbudget erteilt wird, sind in Nr 4 der Vereinbarung der SpitzenverbÄnde der Krankenkassen (KKn) und der KassenÄrztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) zur Weiterentwicklung der Reform des EBM-Ä vom 7. August 1996 (Weiterentwicklungsvereinbarung) konkretisiert worden. Danach sind die KÄVen berechtigt, aus GrÄnden der Sicherstellung der vertragsÄrztlichen Versorgung im Einvernehmen mit den KKn-VerbÄnden auf Antrag eines Arztes im Einzelfall Ausnahmen von den Teilbudgets nach Abschnitt A I 1. Nr 5 EBM-Ä zuzulassen, soweit der Arzt einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt seiner Praxis nachweist (s DÄ 1996, A-2815 f = C-1986 f). 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 darÄber erzielt wird, auf welche Sachverhalte sich eine Ausnahmeregelung beziehen soll. Dabei kann auch fÄ¼r andere als in Abschnitt 4 genannte Sachverhalte eine solche Ausnahmeregelung erfolgen" (DÄ 1996, A-2816 = C-1987).

In seinen Urteilen vom 6. September 2000 (ua [BSGE 87, 112](#) = [SozR 3-2500 Ä§ 87 Nr 26](#)) hat der Senat im einzelnen dargelegt, daÄ die Regelung der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung mit hÄherrangigem Recht in Einklang steht, sie nicht nur objektiv-rechtlichen Charakter hat, sondern auch ein subjektives Recht des betroffenen Arztes auf vollstÄndige oder teilweise Befreiung von den begrenzenden Wirkungen eines Teilbudgets bei Vorliegen der in der Norm

---

geregelten Voraussetzungen enthält, und daß schließlich der KAV kein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkter zugänglicher Beurteilungsspielraum zukommt. Dies bedarf hier keiner näheren Begründung, zumal die Beteiligten insoweit keine abweichende Rechtsansicht vertreten.

Der für eine Befreiung 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 Teilbudget erfaßten Leistungsbereichs deutlich von der Typik der 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 auf einen als Versorgungsschwerpunkt geltend gemachten Leistungsbereich ein Anteil von zumindest 20 % der von der Praxis insgesamt abgerechneten Gesamtpunktzahl entfallen. 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 Fachgebiets bedeutet, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, werden die Teilbudgets nach Abschnitt A I 1. Nr 5 EBM im Regelfall nicht damit zusammentreffen. Vielmehr muß sich die Praxis durch eine atypische Ausrichtung oder Spezialisierung deutlich von der Typik der Praxen der Arztgruppe abheben (Senatsurteile vom 6. September 2000, ua [BSGE 87, 112](#), 116 ff = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 26](#) S 136 ff). An dieser Auffassung hält der Senat fest (vgl dazu auch das Urteil vom heutigen Tag â [B 6 KA 69/00 R](#) â mit weiteren Ausführungen).

Nach diesen Maßstäben hat die Beklagte den Antrag des Klägers auf Befreiung vom Teilbudget nach Abschnitt A I 1. Nr 5.7.2 EBM zu Recht abgelehnt. Die vollständige oder teilweise Befreiung von dem Teilbudget für sonographische Untersuchungen scheitert schon daran, daß die von ihm erbrachten sonographischen Untersuchungen mit B-Bildverfahren nicht einen Anteil von 20 % der von ihm abgerechneten Gesamtpunktzahl ergaben. Einer Erörterung der weiteren Voraussetzungen, nämlich ob seine Praxis überhaupt eine atypische Praxisausrichtung oder Spezialisierung aufwies, die sich deutlich von der Typik der Praxen der Arztgruppe abhob, und ob die HonorareinbuÙe bei ihm überhaupt das Ausmaß erreichte, das für die Budgetfreistellung erforderlich ist, bedarf es daher nicht.

Das vom Kläger für sonographische Untersuchungen geltend gemachte

---

Punktvolumen betrug in den Quartalen III/1996 bis II/1997 jeweils weniger als 20 % nämlich nur 16,67 %, 19,34 %, 18,46 % bzw 16,31 % der von ihm abgerechneten Gesamtpunktzahl.

Gegen dieses Berechnungsergebnis wendet der Kläger zwar ein, es müsse deshalb von einem Anteil von mehr als 20 % ausgegangen werden, weil diejenigen sonographischen Untersuchungen mitberücksichtigt werden müssten, für die er gemäß Kapitel B Allgemeine Bestimmungen Nr 3 EBM die Ordinationsgebühr nach Nr 1 EBM geltend machte und erhielt (im Quartal III/1996 in 152, in IV/1996 in 120, in I/1997 in 206 und in II/1997 in 123 Fällen). Damit hat er indessen keinen Erfolg. Denn soweit er eine Vergütung nach einer anderen Gebühren-Nr erhielt mag diese auch einen geringeren Punktbetrag ausweisen -, konnte sich die Begrenzung durch das Budget nicht auswirken und hat die Budgetierung nicht zu einer budgetbedingten Honorareinbuße geführt. Dies kann somit kein Ergebnis nach einer Befreiung vom Budget begründen.

Im übrigen dürfte es auch, ohne dass dies wie ausgeführt abschließender Erörterung bedarf, an dem Erfordernis einer atypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung fehlen.

Insoweit greift die Argumentation des Klägers nicht durch, dass sich aus dem hohen Überweisungsanteil eine Atypik ergebe. Denn die Überweisungsfälle, in denen sich der Arzt auf die Durchführung der im Überweisungsauftrag genannten Leistungen konzentriert und beschränkt, werden gemäß Abschnitt A I 1. Nr 5.2 EBM bei der Berechnung, ob die Teilbudgets eingehalten oder überschritten sind, nicht berücksichtigt. Nur wenn er selbst weitere Behandlungsleistungen erbringt, wird die sonographische Leistung angerechnet und kann zur Überschreitung der Budgetgrenze führen bzw beitragen. In solchen Fällen tritt der Charakter als Überweisungsfall in den Hintergrund, so dass insoweit von einer atypischen, durch Überweisungen geprägten Praxisausrichtung oder Spezialisierung keine Rede sein kann und die Zuordnung der Leistung zum Budget berechtigt ist.

Schließlich greift auch die vom Kläger erhobene Verfahrensrüge nicht durch. Die Klageabweisung kann nicht darauf beruhen, dass das LSG, wie er geltend macht, ihn nicht auf seine weittragende Auffassung von der ihn treffenden Darlegungslast hingewiesen und er dadurch keine Gelegenheit gehabt habe, sein früheres Vorbringen zum Versorgungsschwerpunkt zu wiederholen und zu vertiefen. Denn eine Befreiung vom Budget für sonographische Leistungen hätte er ohnehin nicht erhalten können, weil wie dargelegt der Anteil von 20 % seines Gesamtleistungsvolumens nicht erreicht ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1](#) und 4 Sozialgerichtsgesetz.

Erstellt am: 28.08.2003

---

Zuletzt verändert am: 20.12.2024