_

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Bundesrepublik Deutschland

Sozialgericht Bundessozialgericht

Sachgebiet Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

Kategorie Urteil

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen -

Datum 17.06.1998

2. Instanz

Aktenzeichen -

Datum 23.06.1999

3. Instanz

Datum 06.09.2000

Die Revision des Kl \tilde{A} $^{\mu}$ gers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-W \tilde{A} $^{\mu}$ rttemberg vom 23. Juni 1999 wird zur \tilde{A} $^{\mu}$ ckgewiesen. Der Kl \tilde{A} $^{\mu}$ ger hat der Beklagten ihre au \tilde{A} $^{\mu}$ ergerichtlichen Kosten auch f \tilde{A} $^{\mu}$ r das Revisionsverfahren zu erstatten. Im \tilde{A} $^{\mu}$ brigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

Ī

Der Kläager nimmt als Orthopäade an der vertragsäarztlichen Versorgung teil. Er beantragte im August 1996 bei der beklagten Kassenäarztlichen Vereinigung (Kä\[]V) die Freistellung von dem Teilbudget "Verbäande, Injektionen, Punktionen und Anäasthesien zur Schmerztherapie", das durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 zum 1. Juli 1996 eingefä\[]4hrt worden war (Abschnitt A I Nr 5.7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsma\[]5tabes f\[]5tabes f\[]4r \[]4r \[]arztliche Leistungen (EBM-\[]6]). Durch dessen Regelung wurde die Berechnungsf\[]arbignigheit der von dem Teilbudget erfa\[]6ten Leistungen bestimmter Arztgruppen, zu denen die Orthop\[]6arbignigheit die besondere

Angewiesenheit seiner Praxis auf Verbandsleistungen hin, die eine Folge der Vielzahl der von ihm durchgef \tilde{A}^{1} /hrten ambulanten Operationen sei.

Das Sozialgericht hat den ablehnenden Bescheid der Beklagten sowie deren Widerspruchsbescheid aufgehoben und sie verurteilt, dem KlĤger eine Ausnahme von dem Teilbudget nach Abschnitt A I Nr 5.7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ã□ zu erteilen. Diese Verpflichtung ergebe sich aus Nr 4 der Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Reform des EBM-Ã□ vom 7. August 1996. Die ambulante Operationstätigkeit stelle im Sinne dieser Regelung einen Versorgungsschwerpunkt in der Praxis des Klägers dar, weil sie bereits als Praxisbesonderheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannt sei (Urteil vom 17. Juni 1998).

Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung der Beklagten dieses Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Dem KlÄxger stehe kein Anspruch auf vollständige bzw teilweise Freistellung vom Teilbudget für "Verbände etc" zu. Die Einfļhrung von fallzahlabhĤngigen, arztgruppenbezogenen Teilbudgets sei rechtmäÃ∏ig. Ihre Zielsetzung habe darin bestanden, das ärztliche Behandlungsverhalten zu lenken und zu steuern, indem durch Punktzahlobergrenzen der Anreiz zur vermehrten Leistungserbringung im jeweiligen Leistungsbereich habe reduziert werden sollen. Soweit einzelne Praxen durch die Teilbudgets besonders betroffen seien, sei dem durch die Ausnahme- und HÄxrteregelung nach der Vereinbarung der Partner der BundesmantelvertrÄxge zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 Rechnung zu tragen. Nach Nr 4 dieser Vereinbarung kA¶nnten Ausnahmen von den Teilbudgets zugelassen werden, soweit der Arzt einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt nachweise. Diese Voraussetzungen seien in der Praxis des KlĤgers hinsichtlich der ambulanten Operationen nicht erfļllt, da die Anzahlstatistiken ein fļr OrthopĤden typisches Leistungsspektrum belegten. Der Anteil der Operationsleistungen am Gesamtleistungsvolumen der Praxis betrage rund 20 %; diese Leistungen wýrden ohne EinschrÃxnkung durch die Regelungen über die Teilbudgets vergütet. Die der Teilbudgetierung unterfallenden Verbands- und Injektionsleistungen hätten lediglich für die Nachbetreuung operierter Patienten Bedeutung. Die BeschrĤnkung der Vergļtung dieser Leistungen infolge der Regelungen ýber die Teilbudgetierung verursache nur einen geringen Einkommensausfall, so da̸ eine unvertretbare Härte nicht vorliege (Urteil vom 23. Juni 1999).

Mit seiner Revision rýgt der Kläger einen Verstoà gegen das aus Art 12 Abs 1 Grundgesetz (GG) iVm Art 3 Abs 1 GG abzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Während der Geltung der Teilbudgets seien ihm pro Quartal durchschnittlich lediglich 20,68 % der in das betroffene Teilbudget nach Abschnitt A I Nr 5.7.1 EBM-à fallenden Leistungen vergütet worden. Ihm stehe wegen der groà en Zahl der ambulanten Operationen eine Befreiung von diesem Teilbudget zu. Der Wortlaut der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung lasse erkennen, daà die Merkmale "Grþnde der Sicherstellung" und "Versorgungsschwerpunkt" nicht gleichberechtigt nebeneinanderstehende Voraussetzungen für eine Ausnahme seien. Allein der Nachweis eines

Versorgungsschwerpunkts müsse für die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung ausreichen. Die Regelung in Nr 4 solle in erster Linie der Gefährdung einzelner Praxen und nicht einer Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung insgesamt entgegenwirken.

Unzutreffend sei die Auffassung des LSG, daÃ□ ein Versorgungsschwerpunkt nur gegeben sei, wenn der Arzt nicht anstelle der in das Teilbudget fallenden Leistungen andere, von der Budgetierung nicht betroffene Leistungen erbringen könne bzw wenn dadurch der

Praxis der Charakter einer Spezialpraxis genommen würde. Eine Verlagerung der Ausrichtung der Praxis auf andere, nicht von Teilbudgets erfa̸te Leistungen sei im Hinblick auf die nur kurzzeitige Geltung der Bestimmungen über die Teilbudgets (1. Juli 1996 bis 30. Juni 1997) ausgeschlossen. Der Wille des Gesetzgebers, die Leistungen des ambulanten Operierens besonders zu fĶrdern, gebiete die individuelle Prüfung, inwieweit die Teilbudgetierung für einen schwerpunktmĤÃ∏ig ambulant operierenden Orthopäden zu einer unzumutbaren HÃxrte führe. Dies habe das LSG verkannt und zudem zur Prüfung eines Versorgungsschwerpunkts einen fehlerhaften Ma̸stab herangezogen. Es hätte berücksichtigen müssen, daÃ∏ er â∏∏ der Kläger â∏∏ die Leistungen des Teilbudgets "Verbände etc" in einem weit überdurchschnittlichen Umfang erbracht habe, ohne unwirtschaftlich zu handeln. Dies sei als Indiz für einen Praxisschwerpunkt zu werten. Dieser liege bereits dann vor, wenn im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung das ambulante arthroskopische Operieren als Praxisbesonderheit anerkannt worden sei. Berýcksichtige man zusÃxtzlich die von ihm abgerechneten Gebührenziffern zwischen den Nrn 205 und 3.220 EBM-Ã∏, die alle im Zusammenhang mit ambulanten Operationen stünden, so mache dies bereits einen Anteil von 37,5 % des Gesamtleistungsvolumens aus.

Der KlĤger beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 23. Juni 1999 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17. Juni 1998 zurückzuweisen, hilfsweise,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 23. Juni 1999 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt, die Revision zurĽckzuweisen.

Die Kriterien "Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung" und "Versorgungsschwerpunkt" seien bei der Entscheidung über die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung kumulativ heranzuziehen. Geboten sei eine restriktive Entscheidungspraxis, da es andernfalls zwangsläufig zu einem weiteren Punktwertverfall komme. Der Anwendungsbereich der Weiterentwicklungsvereinbarung beschränke sich auf Praxen mit spezieller Ausrichtung und solle diesen als Härtefallausgleich dienen. Das Vorliegen eines

Versorgungsschwerpunkts sei anhand des Anteils der budgetierten Leistungen am Gesamtleistungsspektrum der betroffenen Praxis zu prýfen.

Die Beigeladenen beteiligen sich nicht am Revisionsverfahren.

Ш

Die Revision des Kl\(\tilde{A}\)\(\tilde{g}\) gers ist unbegr\(\tilde{A}\)\(\frac{1}{4}\) ndet. Das LSG hat zutreffend entschieden, da\(\tilde{A}\)\(\tilde{l}\) ihm kein Anspruch auf Befreiung vom Teilbudget nach Abschnitt A I Nr 5.7.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-\(\tilde{A}\)\(\tilde{l}\) in der ab 1. Juli 1996 geltenden Fassung zusteht.

In der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 1997 waren auf die Honorierung der vertragsĤrztlichen Leistungen die Regelungen in Abschnitt A I der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-̸ idF des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 (Beilage zu Heft 26 des Deutschen ̸rzteblattes (DÃ∏) vom 28. Juni 1996) anzuwenden. Nach Nr 5 aaO EBM-̸ galt ua für die unter Nr 5.7.1 genannten Leistungen (VerbĤnde, Injektionen, Punktionen und AnĤsthesien zur Schmerztherapie) ein fallzahlabhĤngiges arztgruppenbezogenes Teilbudget. Nach Nr 5.1 aaO EBM-̸ 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-ambulanten FÃxlle. Nach Satz 2 der Präambel zu Kapitel C EBM-Ã∏ betrug die Fallpunktzahl dieses Teilbudgets für Chirurgen, Orthopäden sowie für Ã∏rzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin bzw für Physiotherapie 150 Punkte und für alle übrigen Arztgruppen 25 Punkte. Die sich aus dem Produkt von Fallpunktzahl und der kurativ-ambulanten FÄxlle einer Praxis fļr das jeweilige Teilbudget ergebende Gesamtpunktzahl bildete für die Honorierung die Obergrenze (vgl Satz 1 der Präambel zu Kapitel C EBM-Ã∏). Eine vom Arzt angeforderte darüber hinausgehende Punktemenge wurde nicht vergütet.

Die ab dem 1. Juli 1996 geltenden Budgetierungsregelungen im EBM- $\tilde{\mathbb{A}}$ sind, wie der Senat mit Urteilen vom 8. M $\tilde{\mathbb{A}}$ z2000 ($\underline{\mathbb{B}}$ 6 KA 8/99 R und $\underline{\mathbb{B}}$ 6 KA 16/99 R, letzteres zur Ver $\tilde{\mathbb{A}}$ fffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen) entschieden hat, durch $\hat{\mathbb{A}}$ 87 Abs 2a S $\tilde{\mathbb{A}}$ xtze 1 und 2 F $\tilde{\mathbb{A}}$ 1/4nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 ($\underline{\mathbb{B}}$ GBI I 2266) gedeckt. Bedenken gegen die Ausgestaltung des Teilbudgets f $\tilde{\mathbb{A}}$ 1/4r Verb $\tilde{\mathbb{A}}$ xnde etc sowie gegen die H $\tilde{\mathbb{A}}$ 1/4nhe der Fallpunktzahl f $\tilde{\mathbb{A}}$ 1/4r die Orthop $\tilde{\mathbb{A}}$ xden macht der KI $\tilde{\mathbb{A}}$ xger nicht geltend. Solche sind auch nicht ersichtlich (vgl dazu $\hat{\mathbb{A}}$ im Hinblick auf HNO-Leistungen $\hat{\mathbb{A}}$ Senatsurteil vom 8. M $\tilde{\mathbb{A}}$ xrz 2000 $\hat{\mathbb{A}}$ 1 B 6 KA 8/99 R -).

Die Beklagte hat den Antrag des Klägers auf Befreiung vom Teilbudget nach Abschnitt A I Nr 5.7.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ã□ zu Recht auf der Grundlage der Nr 4 der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztli-

chen Bundesvereinigung ($K\tilde{A} \square BV$) zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 ($D\tilde{A} \square A-2815$ f; im folgenden: Weiterentwicklungsvereinbarung)

beurteilt. Danach sind die Kà Ven berechtigt, aus Grü nden der Sicherstellung der vertragsà xrztlichen Versorgung im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbà xnden auf Antrag des Arztes im Einzelfall Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach den folgenden Nummern des Punktes 5 der Allgemeinen Bestimmungen A I EBM-à â entsprechend dem Bewertungsausschuà beschluà vom 13. Juni 1996 â cuzulassen, soweit der Arzt einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt fà 4 seine Praxis nachweist: ua Nr 5.7.1 (Verbà xnde, Injektionen, Punktionen und Anà xsthesien zur Schmerztherapie). In der Protokollnotiz zu dieser Regelung ist bestimmt: "â das Einvernehmen zwischen der Kà v und den Verbà xnden der Krankenkassen ist auch dann hergestellt, wenn eine à bereinstimmung darà 4 ber erzielt wird, auf welche Sachverhalte sich eine Ausnahmeregelung beziehen soll. Dabei kann auch fà 4 andere als in Abschnitt 4 genannte Sachverhalte eine solche Ausnahmeregelung erfolgen (DÃ 1996, A 2816).

Bei solchen Vereinbarungen zur Umsetzung und Anwendung des EBM-̸ handelt es sich, wie der Senat bereits entschieden hat (BSG SozR 3-2500 ŧ 72 Nr 8 S 17 f und SozR 3-2500 § 72 Nr 11 S 29), nicht um Ã∏nderungen des EBM-Ã∏ auf der Grundlage des <u>§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V</u>. Sie betreffen nicht den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und auch nicht ihr wertmĤÄ∏iges, in Punkten ausgedrýcktes VerhÃxltnis zueinander, was festzulegen dem Bewertungsausschu̸ vorbehalten ist. Sie geben vielmehr den KÃ∏Ven ein Instrument an die Hand, anhand dessen diese eigenverantwortlich Ausnahmen von bestimmten Regelungen des EBM-̸ zulassen können. Damit werden durch Vereinbarung der K̸BV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen iS der §Â§ 72 Abs 2, 82 Abs 1 Satz 1 SGB V Regelungen zur GewĤhrleistung einer ausreichenden, zweckmäÃ∏igen und wirtschaftlichen Versorgung unter Berücksichtigung medizinischer Erkenntnisse als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge festgelegt (BSG SozR 3-2500 § 72 Nr 8 S 18 f sowie SozR 3-2500 § 72 Nr 11 S 29). Es handelt sich um Verträge mit normativer Wirkung, die auch am Vertragsschluà nicht beteiligte Dritte binden (BSG aaO). Dies kommt auch im Wortlaut der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 zum Ausdruck, weil ausdrücklich bestimmt ist, diese Vereinbarung sei als Anlage Bestandteil der Bundesmantelverträge.

Durch die Weiterentwicklungsvereinbarung wird den KÃ\u00e4\u00bler die Befugnis Â\u00e4\u00bler bertragen, in Ausf\u00e4\u00e4\u00e4llung unbestimmter Rechtsbegriffe Ausnahmen von der Teilbudgetierung zu machen. Hierbei handelt es sich nicht um eine unzul\u00e4\u00e4sssige Delegation der Rechtssetzungs-

kompetenz an den Rechtsanwender (zur entsprechenden Befugnis des Bewertungsausschusses vgl <u>BSGE 84, 247</u>, 251 = <u>SozR 3-2500 § 135 Nr 11</u> S 52). Allerdings darf der Gebrauch eines unbestimmten Rechtsbegriffs nicht dazu fýhren, daÃ \Box der Rechtsanwender einen Entscheidungsspielraum erhÃxlt, wie er nur dem Normsetzer selbst zusteht (<u>BSGE 84, 247, 251 = SozR 3-2500 § 135 Nr 11</u> S 52). Der Normgeber muÃ \Box vielmehr die wesentlichen Bestimmungen in der Norm selbst treffen und darf lediglich die Konkretisierung von Einzelheiten anderen Stellen ýberlassen (BSG aaO). Diesen Anforderungen genýdt die Regelung in Nr

4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996.

Der Regelung kommt nicht nur objektiv-rechtlicher Charakter zu, sondern sie begründet 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. Das ergibt sich bereits daraus, da̸ die Voraussetzungen der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung nicht von Amts wegen geprļft werden und ihre Umsetzung nicht in das Belieben der Gesamtvertragspartner gestellt ist. Notwendig ist vielmehr stets ein Antrag eines einzelnen Arztes, und die Entscheidung kann immer nur bezogen auf eine einzelne Praxis getroffen werden. Die Sicherstellung der vertragsĤrztlichen Versorgung ist â∏ was im einzelnen noch darzulegen ist â∏ nur ein entscheidungserheblicher Gesichtspunkt. Der andere betrifft die individuelle Sphäre des einzelnen Arztes, soweit nämlich an einen "Versorgungsschwerpunkt" in seiner Praxis angeknüpft wird. Diese auf die einzelne Praxis zugeschnittene Konstruktion der Weiterentwicklungsvereinbarung, mit der Ausnahmen von der im EBM-̸ geregelten Teilbudgetierung ermöglicht werden, geht in ihren Wirkungen über einen bloÃ∏en Rechtsreflex zugunsten der betroffenen Ã∏rzte deutlich hinaus. Dafür spricht insbesondere die Entstehungsgeschichte der Bestimmungen über die Teilbudgets, die der Senat bereits in den Urteilen vom 8. März 2000 (B 6 KA 8/99 R, B 6 KA 16/99 R) im einzelnen dargestellt hat. Mit der Korrektur des erst zum 1. Januar 1996 grundlegend neu gestalteten EBM-̸ bereits zum 1. Juli 1996 hat der Bewertungsausschu̸ auf die in der Umsetzung der EBM-Ã∏ 1996 zu Tage getretenen Mià stà nde reagiert und insbesondere umgehend wirkende Ma̸nahmen zur Begrenzung der Menge der abgerechneten Leistungen getroffen. Die für einen Ã∏bergangszeitraum vorgeschriebene Einführung von Teilbudgets diente dem Ziel der Mengenbegrenzung, sollte jedem Arzt in bestimmten Leistungsbereichen eine verlĤÄ∏liche Kalkulationsgrundlage geben und dazu beitragen, einzelne Arztgruppen bzw auch eine gro̸e Zahl von Ã∏rzten vor ernsthaften wirtschaftlichen Schwierigkeiten als Folge eines ungebremsten Punktwertverfalls zu bewahren (Senatsurteile vom 8. MÃxrz 2000, aaO). Die unter gro̸em Zeitdruck zustande gekommenen Vorschriften über die Teilbud gets beinhalteten aber ihrerseits auch zunĤchst nicht vollstĤndig überschaubare Vergröberungen und kalkulierten durchaus das Auftreten neuer HÃxrten in einzelnen FÃxllen ein. Dem Ziel, gerade diese Wirkungen abzumildern, dient Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996. Zu Recht hat das LSG dementsprechend ausgefÄ1/4hrt, die Weiterentwicklungsvereinbarung sei in bezug auf die Grundrechte einzelner ̸rzte (auch) Ausdruck des Grundsatzes der VerhältnismäÃ∏igkeit.

Im Einklang mit dieser rechtlichen Beurteilung der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung steht auch der Inhalt der ihr sachlich teilweise entsprechenden Nachfolge-Regelungen in Nr 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ã□ in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung. Danach können die KÃ□Ven auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren.

Bei der Prüfung, ob eine Praxis in einem von der Teilbudgetierung erfaÃ∏ten Leistungsbereich einen "Versorgungsschwerpunkt" im Sinne der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung aufweist, steht der K̸V ein â∏∏ der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher â∏ Beurteilungsspielraum nicht zu. Einen solchen billigt der Senat in stĤndiger Rechtsprechung den Zulassungsgremien bei der Entscheidung über die Ermächtigung von Krankenhausärzten und über die Zulassung von Ã∏rzten wegen eines Sonderbedarfs zu (<u>BSGE 73, 25, 29 = SozR 3-2500 § 116 Nr 4</u> S 29; BSG <u>SozR</u> 3-2500 § 101 Nr 1 S 4 f; zuletzt BSG, Urteil vom 28. Juni 2000 â∏ B 6 KA 35/99 R -, zur VerĶffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Auch bei der Entscheidung der KÃ_{\(\begin{align} \pi \), zur Sicherstellung der vertragsÃ\(\mathbf{z}\)rztlichen Versorgung in einem} bestimmten Ort oder Ortsteil den Betrieb einer Zweitpraxis zu genehmigen, hat diese einen Beurteilungsspielraum (BSGE 77, 188, 191 = SozR 3-2500 § 75 Nr 7 S 28 f). Für diese Entscheidungen sind die Bewertung der vertragsärztlichen Versorgung in einem regionalen Bereich sowie die Feststellung von guantitativen und/oder qualitativen Versorgungsdefiziten von maà geblicher Bedeutung. Dabei ist eine Vielzahl von Faktoren zu berĽcksichtigen (zB Anzahl und Leistungsangebot der niedergelassenen und ermĤchtigten Ã∏rzte, Bevölkerungsund MobilitÃxtsstruktur, Umfang und rÃxumliche Verteilung der Nachfrage aufgrund der vorhandenen Verkehrsverbindungen), die für sich und in ihrer Abhängigkeit untereinander weitgehend unbestimmt sind. Die Beantwortung der hier zu beurteilenden Frage, ob nämlich eine einzelne Praxis einen Versorgungsschwerpunkt aufweist, hĤngt dagegen von ermittel- und feststellbaren Umständen wie der Struktur des Leistungsangebots dieser Praxis, der Analyse der Abrech-

nungen in der Vergangenheit sowie einem Vergleich mit den entsprechenden Daten anderer Praxen ab. Ein Erkenntnis- oder Einsch \tilde{A} xtzungsvorrang der K \tilde{A} \parallel V, der eine R \tilde{A} 1 4cknahme der gerichtlichen Kontrolle der Rechtsanwendung legitimieren k \tilde{A} 1 nnte, besteht insoweit nicht.

Das Vorliegen eines Versorgungsschwerpunktes einer Praxis mu̸ sich im VerhÃxltnis zur jeweiligen Fachgruppe ergeben; denn die einzelnen Arztgruppen weisen einen sehr unterschiedlichen Bedarf (auch) hinsichtlich der von den Teilbudgets erfa̸ten Leistungen auf. Das läÃ∏t schon die nach Arztgruppen differenzierende Fallpunktzahl für die vom jeweiligen Teilbudget erfaÃ⊓ten Leistungen erkennen. Da̸ diese für Verbände, Injektionen uä auf 150 Punkte (Orthopäden, Chirurgen ua) bzw 25 Punkte (alle übrigen Arztgruppen) festgesetzt worden ist, verdeutlicht, da̸ typischerweise der Bedarf einer orthopädischen Praxis an diesen budgetierten Leistungen sechs mal so hoch veranschlagt wird wie derjenige von allgemeinÄxrztlichen und internistischen Praxen. Wenn danach die für die einzelne Arztgruppe festgesetzte Fallpunktzahl typischerweise den Bedarf von ̸rzten dieser Gruppe hinsichtlich der für die im Teilbudget zusammengefa̸ten Leistungen grundsätzlich decken soll, besteht Anla̸ für Ausnahmen von der Budgetierung auf der Grundlage der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung von vornherein nur, wenn sich eine einzelne Praxis hinsichtlich des von dem Teilbudget erfa̸ten Leistungsbereichs deutlich von der Typik der Praxen ihrer Fachgruppe abhebt. Das kann in etwa der Fall sein, wenn in

einer Praxis vermehrt bestimmte Leistungen erbracht und abgerechnet worden sind und dies den Schluà auf eine Schwerpunktsetzung bzw Spezialisierung in diesem Leistungsbereich zulÃxÃt.

Allerdings kann nicht jede vom Durchschnitt der Arztgruppe abweichende Punktzahlanforderung in einem bestimmten Leistungsbereich einen "Versorgungsschwerpunkt" im Sinne der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung begründen. Die Festsetzung der Teilbudgets erfolgt bewuü typisierend und generalisierend, und die damit verfolgten Regelungszwecke würden verfehlt, wenn jeder geringfügigen Abweichung des Abrechnungsverhaltens einer Arztpraxis von den rechnerischen Durchschnittswerten ihrer Arztgruppe durch Ausnahmeregelungen Rechnung getragen werden müÃ☐te. Grundsätzlich muÃ☐ deshalb auf einen als Versorgungsschwerpunkt geltend gemachten Leistungsbereich ein Anteil von zumindest 20 % der von der Praxis insgesamt abgerechneten Gesamtpunktzahl entfallen. AnlaÃ☐ für die Freistellung von einem Teilbudget besteht weiterhin nur, wenn die fþr diesen Versorgungsschwerpunkt typischen Leistungen gerade von dem Teilbudget erfaÃ☐t werden, von dem der betroffene Arzt eine â☐ vollständige oder teilweise â☐ Freistellung erreichen will. Dabei dþrfen "Versorgungsschwerpunkt" und die von der Budgetierung erfaÃ☐ten

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 meint, für das der Arzt zur vertragsÄxrztlichen Versorgung zugelassen ist, werden die Teilbudgets nach Abschnitt A I Nr 5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-̸ regelmäÃ∏ig kaum mit Versorgungsschwerpunkten in diesem Sinne zusammentreffen. Das Angebot von Beratungs- und GesprĤchsleistungen, von physikalisch-medizinischen Leistungen von VerbĤnden und Injektionen und von Ultraschalluntersuchungen (vgl Abschnitt A I Nrn 5.6.1, 5.7.3, 5.7.2, 5.7.1 aaO EBM- \tilde{A} |) beschreibt keinen Versorgungsschwerpunkt im Sinne einer fýr die Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung. Eine Ausnahme ist insoweit wohl nur für einen Anästhesisten denkbar, der schwerpunktmäÃ∏ig schmerztherapeutische Leistungen erbringt. Wenn insoweit eine Abweichung von der Typik der Arztgruppe gegeben ist, fallen die im Zusammenhang mit dem Schwerpunkt "Schmerztherapie" erbrachten AnÃxsthesieleistungen vollstÃxndig in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-̸ (vgl dazu Senatsurteil vom heutigen Tag â∏∏ <u>B 6 KA 37/99 R</u> -).

Gleichwohl sind Fälle denkbar, in denen eine Arztpraxis einen Versorgungsschwerpunkt im Sinne einer nichtfachgruppentypischen Praxisausrichtung bzw Spezialisierung aufweist, wobei die im Rahmen dieses speziellen Praxisschwerpunkts erbrachten ärztlichen Leistungen von der Teilbudgetierung zwar nicht unmittelbar erfaÃ□t sind, in denen aber in engem medizinischen Zusammenhang mit diesen Leistungen in gröÃ□erem Umfang Begleitleistungen erbracht werden (müssen), die ihrerseits Bestandteil eines Teilbudgets sind. So kann es sich etwa im Falle des Klägers verhalten, soweit in dessen Praxis tatsächlich die ambulant durchgeführten arthroskopischen Operationen einen Versorgungsschwerpunkt bilden. Die Operations- und die bei

ihnen anfallenden Anästhesieleistungen selbst sind in dem hier zu beurteilenden Zeitraum zwischen dem 1. Juli 1996 und dem 30. Juni 1997 nicht Gegenstand von Teilbudgets im EBM-Ã□ gewesen. Soweit jedoch im Zusammenhang mit den ambulanten Arthroskopien vermehrt Begleitleistungen wie Verbände und Injektionen erbracht werden mÃ⅓ssen, die ihrerseits Gegenstand des Teilbudgets nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ã□ sind, kann die Angewiesenheit der Praxis des Klägers auf die vermehrte Erbringung dieser Begleitleistungen vergleichbar intensiv sein wie diejenige auf die Erbringung von Leistungen, die unmittelbar Bestandteil des Versorgungsschwerpunktes sind. Wenn tatsächlich die ambulante operative Tätigkeit eines Orthopäden einen signifikant höheren Leistungsbedarf an Verbänden und Injektionen als im Durchschnitt der Fachgruppe zur Folge haben sollte, kann die Anwendung der Budgetierungsregelungen auf diese Verbands- und Injektionsleistungen die gleiche Wirkung wie

eine Budgetierung der eigentlichen Operationsleistungen haben. Dies wiederum $k\tilde{A}\P$ nnte zur Folge haben, da \tilde{A} die Erbringung der Leistungen des ambulanten Operierens aus wirtschaftlichen $Gr\tilde{A}^{1}$ nden so unattraktiv wird, da \tilde{A} insoweit die Sicherstellung der vertrags \tilde{A} zrztlichen Versorgung ber \tilde{A}^{1} hrt sein $k\tilde{A}\P$ nnte.

Diese in besonders gelagerten Konstellationen gebotene Gleichstellung der in ein Teilbudget fallenden Leistungen eines Versorgungsschwerpunkts mit den budgetierten Begleitleistungen zu einem von der Budgetierung nicht unmittelbar betroffenen Versorgungsschwerpunkt hat indessen zur Konsequenz, da̸ eine Ausnahme nach Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung nur in Betracht kommt, wenn die den Leistungen im eigentlichen Versorgungsschwerpunkt zuzuordnenden Begleitleistungen ihrerseits mindestens 20 % der angeforderten Gesamtpunktzahl der Praxis ausmachen. Es wÃxre nicht zu rechtfertigen, für einen Versorgungsschwerpunkt einen Anteil von 20 % am Gesamtleistungsvolumen zu fordern, für die nur im Hinblick auf diesen Versorgungsschwerpunkt von der Budgetierung auszunehmenden Begleitleistungen dagegen eine niedrigere Grenze ausreichen zu lassen. Eine Ausnahme von dem 20 %-Anteil kann nur in FAxllen zugelassen werden, in denen einer Leistung aus dem Versorgungsschwerpunkt eine normativ zwingend vorgegebene Zahl von Begleitleistungen zugeordnet ist, in denen also die Leistung des Versorgungsschwerpunkts nicht ohne eine bestimmte Zahl von Begleitleistungen, die in ein Teilbudget fallen, erbracht werden kann (vgl zu dieser Konstellation Senatsurteil vom heutigen Tag â∏ B 6 KA 41/99 R -).

Sind die dargestellten Voraussetzungen få $\frac{1}{4}$ r einen Versorgungsschwerpunkt im Sinne der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung erfå $\frac{1}{4}$ Ilt, muå $\frac{1}{6}$ es weiterhin im Interesse der Sicherstellung der vertragså $\frac{1}{4}$ rztlichen Versorgung in der jeweiligen Arztgruppe liegen, da $\frac{1}{6}$ die Leistungen, die zu dem Versorgungsschwerpunkt gehä $\frac{1}{6}$ ren und ihn prä $\frac{1}{6}$ gen, sowie die damit verbundenen Begleitleistungen weiterhin erbracht werden kä $\frac{1}{6}$ nnen. Dies ist jedoch nicht von seiten der Kä $\frac{1}{6}$ V in dem Sinne positiv festzustellen, da $\frac{1}{6}$ etwa in jedem einzelnen Fall einer beantragten Freistellung von einem Teilbudget geprä $\frac{1}{4}$ ft werden mä $\frac{1}{4}$ ä $\frac{1}{6}$ te, ob die Sicherstellung der vertragsä $\frac{1}{6}$ rztlichen Versorgung im betroffenen Leistungsbereich auch dann noch gewä $\frac{1}{6}$ nre, wenn der jeweils antragstellende Arzt die entsprechenden Leistungen nicht mehr erbringt. Ein solches Vorgehen ist von der

Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung nicht gefordert und auch nicht praktisch umsetzbar. Wenn in einem Planungsbereich mehrere OrthopĤden ambulante Operationen erbringen und dies im Hinblick auf die Teilbudgetierung bestimmter Begleitleistungen mĶglicherweise ohne Aussetzung dieses Teilbudgets in Zukunft nicht mehr tĤten, kĶnnte bei isolierter Betrachtungs-

weise das Ausscheiden jedes einzelnen Arztes aus diesem Leistungsbereich mit der Begründung hingenommen werden, es stünden noch die anderen Ã∏rzte zur Erbringung dieser Leistungen bereit, die über ausreichende KapazitÃxten verfýgen würden. Dem Sicherstellungsaspekt kommt vielmehr nur insofern Bedeutung zu, da̸ Ã∏rzte die Befreiung von einem Teilbudget nicht unter Hinweis auf ein spezialisiertes Leistungsangebot erreichen können, das für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung etwa unter medizinischen Gesichtspunkten generell nicht sinnvoll ist. Ansonsten bietet das Tatbestandsmerkmal der Sicherstellung der vertragsÄxrztlichen Versorgung iS der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung der K̸V keine Handhabe, durch die Versagung von Teilbudget-Aussetzungen spezifische Praxisausrichtungen mit dem Hinweis darauf zu blockieren, da̸ hinsichtlich des fachgruppenuntypischen spezifischen Leistungsangebots einer Praxis bereits Ã\(\text{Derkapazit}\tilde{A}\)xten bestehen, die auf eine fragwürdige Mengenentwicklung hindeuten. Die von vornherein nur für einen sehr kurzen Zeitraum eingeführten Teilbudgets können ihrer Natur nach kein Mittel zu einer langfristig angelegten Steuerung der Versorgungsstruktur und zur Verlagerung von Behandlungsschwerpunkten sein.

Schlie̸lich besteht kein Anspruch auf Befreiung von einem Teilbudget auf der Grundlage der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung, wenn die Anwendung der Bestimmungen über das Teilbudget konkret für die betroffene Praxis nicht zu einer wirtschaftlichen HĤrte fļhrt. Zu dieser gesonderten Prļfung besteht einerseits deshalb AnlaÃ\, weil die Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung nach Ausgestaltung und Zielsetzung explizit eine Regelung zur Vermeidung von HÄxrten infolge einer schematisierenden und typisierenden Regelung darstellt, die in EinzelfÄxllen zu nicht vorhersehbaren Auswirkungen fļhren kann. Andererseits bedarf es der Prüfung, ob eine HÃxrte gegeben ist, weil die mit der Teilbudgetierung einzelner Leistungsbereiche in erster Linie beabsichtigte Mengensteuerung zur unmittelbaren Folge hat, da̸ der Punktwert sowohl für die vom Teilbudget erfa̸ten wie für die übrigen vertragsärztlichen Leistungen höher ist, als er sein wýrde, wenn die Leistungen, die Bestandteil des Teilbudgets sind, ohne mengenbegrenzende Regelungen von der K̸V vergütet werden müÃ∏ten. Allerdings ist eine genaue Prüfung, ob diese Situation eingetreten ist, erst nach Abschlu̸ eines Abrechnungsvierteljahres möglich. Bei â∏ unterstellt â∏ gleichbleibendem Punktzahlvolumen ist nämlich das Honorar, das der Arzt unter Anwendung der Bestimmungen ýber die Teilbudgets tatsÃxchlich erhalten hat, mit demjenigen zu vergleichen, das er fiktiv erhalten hÃxtte, wenn zwar alle von ihm angeforderten Punkte honoriert worden wÃxren, der Punktwert jedoch im Hinblick auf die insgesamt von der K̸V zu honorierenden Punkte entsprechend niedriger ausgefallen wäre. Die Entscheidung der KÃ∏V nach Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung mu̸ jedoch sinnvollerweise dem jeweiligen Abrechnungszeitraum vorangehen, auch um dem

Arzt Klarheit darüber zu verschaffen, welches Punktzahlvolumen ihm in dem von der Teilbudgetierung betroffenen Leistungsbereich insgesamt zur Verfügung steht. Deswegen ist in diesem Stadium nur eine prognostische Schätzung möglich, ob die Teilbudgetierung der betroffenen Leistungen aus dem Versorgungsschwerpunkt bzw der damit in engem Zusammenhang stehenden Begleitleistungen bei ansonsten unveränderten Leistungsbedingungen in der Praxis eine deutliche UmsatzeinbuÃ□e mit sich bringen wird, die auch durch die generelle Stabilisierung des Punktwerts voraussichtlich nicht annähernd aufgefangen werden kann. LäÃ□t sich hierzu in dem Zeitpunkt, in dem die KÃ□V Ã⅓ber den Antrag des Arztes zu entscheiden hat, keine plausible Schätzung treffen, ist dem Begehren des Arztes zumindest durch eine teilweise Freistellung vom Teilbudget zu entsprechen, weil die bestehenden Prognoseunsicherheiten nicht allein zu seinen Lasten gehen dÃ⅓rfen.

Nach diesen GrundsÄxtzen hat das Berufungsgericht die Entscheidung der Beklagten, dem Kl\(\tilde{A}\)\(\tilde{g}\)er keine Ausnahme von dem Budget f\(\tilde{A}^1\)\(\tilde{f}\)r Verb\(\tilde{A}\)\(\tilde{m}\)nde, Injektionen und Punktionen zu gewähren, zu Recht bestäxtigt. Angesichts der Abrechnungsergebnisse in der Praxis des KlĤgers in dem Zeitpunkt vor dem 3. Quartal 1996 kann von einem Versorgungsschwerpunkt "ambulantes Operieren", insbesondere im Hinblick auf arthroskopische Leistungen, ausgegangen werden. Diese Leistungen sind jedoch von der Teilbudgetierung nicht erfa̸t. Ob â∏ wie der Kläger geltend macht â□□ zahlreiche der in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-à fallenden Leistungen, insbesondere Verbà nde und Injektionen, tatsÃxchlich medizinisch zwingend im Zusammenhang mit ambulanten Arthroskopien vermehrt erbracht werden müssen, läÃ∏t der Senat offen. Zweifel sind insoweit deshalb angebracht, weil der besondere Mehrbedarf vor allem an aufwendigen VerbĤnden im AnschluÄ∏ an arthoskopische Operationen nicht ohne weiteres plausibel erscheint. Darauf kommt es jedoch nicht entscheidend an, denn die in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-̸ fallenden Verbands- und Injektionsleistungen erreichen, soweit sie als Begleitleistungen zu den ambulanten Operationen anzusehen sind, nicht die maÄngebliche Grenze von 20 % der Gesamtpunktzahlanforderung des KlĤgers.

Nicht alle in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-à fallenden Leistungen können als Begleitleistungen zu den den Versorgungsschwerpunkt bildenden ambulanten Operationsleistungen gewertet werden. Verbands- und Injektionsleistungen werden in jeder orthopà kdischen Praxis erbracht und fallen (auch) unabhà kngig von ambulanten Operationen an. Eine nà khere Abgrenzung ist hier deshalb nicht erforderlich, weil sich aus den von der Beklagten zu den sozialgerichtlichen Akten gereichten und vom LSG in Bezug genommenen Leistungsà kbersichten ergibt, daà der Klà kger fà kr alle Leistungen aus dem Teilbudget "Verbà knde, Injektionen â l' in den Quartalen III/1996 bis II/1997 zwischen 111.000 und

132.000 Punkte pro Quartal abgerechnet hat. Bei einem Gesamtpunktzahlvolumen zwischen 2.387.000 und 3.242.000 Punkten pro Quartal beläuft sich der Anteil der von der Budgetierung erfaà ten Verbands- und Injektionsleistungen auf Werte zwischen 4,09 und 4,74 %. Da der Kläger sein Leistungsverhalten nach eigenen

Angaben ab dem dritten Quartal 1996 (Einführung des Teilbudgets) nicht geändert hat, sind diese Zahlen auch für den Zeitraum vor der Teilbudgetierung aussagekräftig. Damit kann ausgeschlossen werden, daÃ☐ die Verbands- und Injektionsleistungen, auch soweit sie als Begleitleistungen zu den ambulanten Operationen zu werten sein sollten, in dem Sinne zu einem Versorgungsschwerpunkt der Praxis des Klägers gehören, daÃ☐ sie wie die eigentlichen Schwerpunktleistungen behandelt werden mÃ⅓ssen. Ob die Teilbudgetierung für sich genommen zur Folge hat, daÃ☐ nur 20 % der vom Kläger für Verbände und Injektionen abgerechneten Punkte honoriert worden sind, ist unter dem Gesichtspunkt der Ermöglichung der Weiterführung einer spezialisierten Praxis ohne Bedeutung. Allein daran ist die Entscheidung nach Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung auszurichten.

Die Kostenentscheidung beruht auf <u>ŧ 193 Abs 1</u> und 4 Sozialgerichtsgesetz.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024