-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	23.06.1999

3. Instanz

Datum	06.09.2000

Die Revision des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg vom 23. Juni 1999 wird zurÃ¼ckgewiesen. Der KlÃ¤ger hat der Beklagten ihre auÃ□ergerichtlichen Kosten auch fÃ¼r das Revisionsverfahren zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Der KlÃ¤ger nimmt als AnÃ¤sthesist an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil. Er beantragte im August 1996 bei der beklagten KassenÃ¤rztlichen Vereinigung (KÃ□V) die Freistellung von dem Teilbudget "VerbÃ¤nde, Injektionen, Punktionen und AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie", das durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 zum 1. Juli 1996 eingefÃ¼hrt worden war (Abschnitt A I Nr 5.7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen BewertungsmaÃ□stabs fÃ¼r Ã¤rztliche Leistungen (EBM-Ã□)). Durch dessen Regelung wurde die BerechnungsfÃ¤higkeit der von dem Teilbudget erfaÃ□ten Leistungen bestimmter Arztgruppen, zu denen die AnÃ¤sthesisten gehÃ¶rten, auf 25 Punkte je Fall beschrÃ¤nkt. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte der KlÃ¤ger aus,

schmerztherapeutische Leistungen bildeten einen Versorgungsschwerpunkt seiner Praxis.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit der BegrÃ¼ndung ab, es kÃ¶nne dahingestellt bleiben, ob es sich bei den schmerztherapeutischen Leistungen um einen Versorgungsschwerpunkt in der Praxis des KlÃ¤gers handele. Jedenfalls bestehe insoweit kein Sicherstellungsinteresse. Im Juli 1998 erteilte sie dem KlÃ¤ger die Genehmigung, fÃ¼r bestimmte Krankenkassen an der Vereinbarung Ã¼ber Schmerztherapie teilzunehmen.

Klage und Berufung des KlÃ¤gers sind erfolglos geblieben. Ihm steht nach Auffassung des Landessozialgerichts (LSG) kein Anspruch auf vollstÃ¤ndige bzw teilweise Freistellung vom Teilbudget fÃ¼r "VerbÃ¤nde etc" zu. Die EinfÃ¼hrung von fallzahlabhÃ¤ngigen, arztgruppenbezogenen Teilbudgets sei rechtmÃ¤Ãig. Ihre Zielsetzung habe darin bestanden, das Ã¤rztliche 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 HÃ¤rteregelung nach der Vereinbarung der Partner der BundesmantelvertrÃ¤ge zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 Rechnung zu tragen. Nach Nr 4 dieser Vereinbarung kÃ¶nnten Ausnahmen von den Teilbudgets zugelassen werden, soweit der Arzt einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt nachweise. Diese Voraussetzungen seien in der Praxis des KlÃ¤gers nicht erfÃ¼llt. Er betreibe keine Praxis mit spezieller Ausrichtung. Nach seinem eigenen Vortrag behandele er nur ca 15 % seiner Patienten schmerztherapeutisch. Ganz Ã¼berwiegend erbringe er AnÃ¤sthesien bzw Narkosen bei operativen Eingriffen, die von der Budgetierung nicht erfaÃt seien. Im Ã¼brigen sei nach Satz 2 der PrÃ¤ambel zu Kapitel C EBM-Ã hinsichtlich der schmerztherapeutischen Leistungen eine Ausnahme vom Teilbudget mÃ¶glich, wenn der Arzt die Berechtigung zur Teilnahme an der Vereinbarung Ã¼ber die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten besitze. Das sei bei dem KlÃ¤ger in den von der Teilbudgetierung betroffenen Quartalen III/1996 bis II/1997 noch nicht der Fall gewesen (Urteil vom 23. Juni 1999).

Mit seiner Revision rÃ¼gt der KlÃ¤ger einen VerstoÃ gegen das aus Art 12 Abs 1 Grundgesetz (GG) iVm Art 3 Abs 1 GG abzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb ua OrthopÃ¤den und Chirurgen fÃ¼r Leistungen aus dem Teilbudget "VerbÃ¤nde etc" 150 Punkte je Fall und AnÃ¤sthesisten wie alle weiteren Arztgruppen nur 25 Punkte zugestanden worden seien. Die Zusammenfassung sehr heterogener Leistungen in einem Teilbudget lasse die Regelung als ungeeignet erscheinen. Verbands- und Injektionsleistungen fielen bei Chirurgen und OrthopÃ¤den in grÃ¶Ãerem Umfang an, auch wenn in diesen Praxen schwerpunktmÃ¤Ãig keine schmerztherapeutische Leistungen erbracht wÃ¼rden. DemgegenÃ¼ber bilde in einer grÃ¶Ãeren Anzahl anÃ¤sthesistischer Praxen die schmerztherapeutische Behandlung den eindeutigen Versorgungsschwerpunkt. Bei einer Fallpunktzahl von 25 Punkten sei die Behandlung chronischer Schmerzpatienten durch einen AnÃ¤sthesisten nicht

annÃ¤hernd kostendeckend mÃ¶glich. Wenn diese ErwÃ¤gungen nicht bereits dazu fÃ¼hrten, daÃ□ die Ausgestaltung des Teilbudgets im Hinblick auf die Arztgruppe der AnÃ¤sthesisten unwirksam sei, mÃ¼sse ihm â□□ dem KlÃ¤ger â□□ fÃ¼r schmerztherapeutische AnÃ¤sthesien zumindest eine Freistellung vom Budget gewÃ¤hrt werden.

Der KlÃ¤ger beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg vom 23. Juni 1999 und des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23. Dezember 1998 sowie den Bescheid der Beklagten vom 23. September 1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. September 1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm â□□ dem KlÃ¤ger â□□ die beantragte Ausnahmegenehmigung fÃ¼r das Teilbudget der Leistungen nach Kapitel C I bis C III und D I EBM zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Der BewertungsausschuÃ□ habe die Fallpunktzahlen fÃ¼r das hier betroffene Teilbudget aufgrund der tatsÃ¤chlichen Leistungsanforderungen der einzelnen Arztgruppen festgelegt. Einer weiteren Differenzierung innerhalb der Teilbudgets habe es im Hinblick auf die PraktikabilitÃ¤t der Regelung nicht bedurft. AnÃ¤sthesisten hÃ¤tten AusgleichsmÃ¶glichkeiten innerhalb ihres Leistungsspektrums zur VerfÃ¼gung gestanden. Unter Sicherstellungsaspekten sei eine Freistellung des KlÃ¤gers vom Teilbudget "VerbÃ¤nde etc" nicht erforderlich, da er AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie stets in geringerem Umfang als der Durchschnitt seiner Arztgruppe abgerechnet habe.

II

Die Revision des KlÃ¤gers ist unbegrÃ¼ndet. Das LSG hat zutreffend entschieden, daÃ□ ihm kein Anspruch auf Befreiung vom Teilbudget nach Abschnitt A I Nr 5.7.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ã□ in der ab 1. Juli 1996 geltenden Fassung zusteht.

In der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juli 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 Heft 26 des Deutschen Ã□rzteblattes (DÃ□) vom 28. Juni 1996) anzuwenden. Nach Nr 5 aaO EBM-Ã□ galt ua fÃ¼r die unter Nr 5.7.1 genannten Leistungen (VerbÃ¤nde, Injektionen, Punktionen und AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie) 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 Satz 2 der PrÃ¤ambel zu Kapitel C EBM-Ã□ betrug die Fallpunktzahl dieses Teilbudgets fÃ¼r Chirurgen und OrthopÃ¤den sowie fÃ¼r Ã□rzte fÃ¼r Physikalische und Rehabilitative Medizin bzw fÃ¼r Physiotherapie 150 Punkte und fÃ¼r alle Ã¼brigen Arztgruppen, auch fÃ¼r AnÃ¤sthesisten, 25 Punkte. Die sich aus dem

Produkt von Fallpunktzahl und der kurativ-ambulanten FÃ¤lle einer Praxis fÃ¼r das jeweilige Teilbudget ergebende Gesamtpunktzahl bildete fÃ¼r die Honorierung die Obergrenze (vgl Satz 1 der PrÃ¤ambel zu Kapitel C EBM-Ã). Eine vom Arzt angeforderte darÃ¼ber hinausgehende Punktemenge wurde nicht vergÃ¼tet. VertragsÃ¤rzte, die von der zustÃ¤ndigen KÃV die Berechtigung zur Teilnahme an der Vereinbarung Ã¼ber die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten erhalten hatten, unterlagen der Begrenzung der Gesamtpunktzahl fÃ¼r die Leistungen der Abschnitte C I, C II, C III und D I nicht (PrÃ¤ambel zu Kapitel C EBM-Ã Satz 3).

Die ab dem 1. Juli 1996 geltenden Budgetierungsregelungen im EBM-Ã sind, wie der Senat mit Urteilen vom 8. MÃ¤rz 2000 (B 6 KA 8/99 R und B 6 KA 16/99 R, letzteres zur VerÃ¶ffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen) entschieden hat, durch Â§ 87 Abs 2a SÃ¤tze 1 und 2 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) gedeckt.

Die Bedenken der Revision gegen die Ausgestaltung des Teilbudgets nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ã sowie die Festsetzung der Fallpunktzahl fÃ¼r die Arztgruppe der AnÃ¤sthesisten in HÃ¶he von 25 Punkten sind nicht begrÃ¼ndet. Durch die inhaltliche Ausgestaltung des Teilbudgets fÃ¼r VerbÃ¤nde, Injektionen, Punktionen und AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie hat der BewertungsausschuÃ den allgemeinen Gleichheitssatz (Art 3 Abs 1 GG) und die BerufsausÃ¼bungsfreiheit der VertragsÃ¤rzte (Art 12 Abs 1 GG) nicht verletzt (zu diesen verfassungsrechtlichen Schranken im Rahmen der Honorierung vertragsÃ¤rztlicher Leistungen vgl BSGE 73, 131, 138 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 4 S 26; BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 24 S 168). Unter dem Blickwinkel notwendiger Typisierung und Pauschalierung lÃ¤Ãt sich im Hinblick auf die mit der EinfÃ¼hrung der Teilbudgets verfolgten gewichtigen Gemeinwohlbelange ein VerfassungsverstoÃ nicht feststellen. Eine weitere Differenzierung innerhalb des Teilbudgets Nr 5.7.1 aaO EBM-Ã war im Hinblick auf die von vornherein zeitlich begrenzte Geltungsdauer dieser Regelung nicht geboten. Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Senats ist der BewertungsausschuÃ als zur strikten Beachtung des Gleichbehandlungsgebotes verpflichteter Normgeber berechtigt, im Interesse der Ãberschaubarkeit und PraktikabilitÃ¤t einer Regelung zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalieren. Er verfÃ¼gt Ã¼ber einen Regelungsspielraum, den die Gerichte nicht daraufhin Ã¼berprÃ¼fen kÃ¶nnen, ob die zweckmÃ¤Ãigste, vernÃ¼nftigste und gerechteste LÃ¶sung gefunden wurde (Senatsurteil vom 8. MÃ¤rz 2000 â B 6 KA 8/99 R -). Ein VerfassungsverstoÃ unter dem Blickwinkel des Art 3 Abs 1 GG liegt erst vor, wenn die Ungleichbehandlung in dem jeweils in Betracht kommenden Zusammenhang so bedeutsam ist, daÃ ihre BerÃ¼cksichtigung nach einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise geboten erscheint bzw wenn die Ungleichheit nach Art und Gewicht der vorhandenen Unterschiede sachlich nicht mehr gerechtfertigt ist (vgl BSGE 83, 205, 212 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29 S 219; BSGE 83, 218, 220 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21 S 109). Hinzu kommt, daÃ dem Normgeber bei der Neuregelung komplexer Materien unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zusteht, weil sich hÃ¤ufig bei ErlaÃ der maÃgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten Ã¼bersehen lassen und

deshalb auch grobere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunÃ¤chst hingenommen werden mÃ¼ssen (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 16 S 66).

Bei Anwendung dieser PrÃ¼fungsmaÃstÃ¤be ist die Einbeziehung der schmerztherapeutischen AnÃ¤sthesien in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ã nicht zu beanstanden. Der BewertungsausschuÃ hat sich bei der Festlegung der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl fÃ¼r die einzelnen Arztgruppen an den tatsÃ¤chlichen Leistungsanforderungen in der Vergangenheit orientiert. Wenn die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl ua fÃ¼r Chirurgen und OrthopÃ¤den sowie fÃ¼r Ãrzte fÃ¼r Physikalische Medizin auf 150 und fÃ¼r die Ã¼brigen Arztgruppen auf lediglich 25 Punkte festgelegt worden ist, spiegelt das das Leistungsverhalten dieser Arztgruppen unter EinschluÃ der schmerztherapeutischen TÃ¤tigkeit der AnÃ¤sthesisten in der Vergangenheit wider. Es ist nicht ersichtlich, daÃ die Gruppe der AnÃ¤sthesisten vom BewertungsausschuÃ bewuÃt benachteiligt worden wÃ¤re und sich der AusschuÃ bei der Ausgestaltung des Teilbudgets rechtsmiÃbrÃ¤uchlich von sachfremden ErwÃ¤gungen hÃ¤tte leiten lassen (s hierzu â im Hinblick auf HNO-Leistungen â Senatsurteil vom 8. MÃ¤rz 2000 (B 6 KA 8/99 R)). Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, daÃ der BewertungsausschuÃ nicht Ã¼bersehen hat, daÃ die Einbeziehung der anÃ¤sthesistischen Schmerztherapieleistungen in das Teilbudget fÃ¼r diejenigen AnÃ¤sthesisten unzumutbar sein kann, bei denen die schmerztherapeutische Behandlung einen TÃ¤tigkeitsschwerpunkt bildet, die also nicht nur gelegentlich neben der anÃ¤sthesistischen TÃ¤tigkeit bei Operationen schmerztherapeutische Leistungen erbringen. Dem wird durch Satz 3 der PrÃ¤ambel zu Kapitel C Rechnung getragen, wonach diejenigen Ãrzte, die von der zustÃ¤ndigen KÃV die Berechtigung zur Teilnahme an der Vereinbarung Ã¼ber die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten erhalten haben, von vornherein von der Anwendung des Teilbudgets nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ã ausgenommen sind. Bei der auch insoweit gebotenen typisierenden Betrachtungsweise hat der BewertungsausschuÃ davon ausgehen dÃ¼rfen, daÃ damit die Ã¼berwiegend schmerztherapeutisch tÃ¤tigen AnÃ¤sthesisten erfaÃt sind. Ein VerstoÃ gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz lÃ¤Ãt sich schon im Hinblick auf die MÃ¶glichkeit der Befreiung vom Teilbudget nicht damit begrÃ¼nden, daÃ der BewertungsausschuÃ keine Sonderregelung fÃ¼r diejenigen AnÃ¤sthesisten getroffen hat, die schwerpunktmÃ¤Ãig schmerztherapeutisch tÃ¤tig sind, ohne sich an der Schmerztherapie-Vereinbarung zu beteiligen.

Die Beklagte hat den Antrag des KlÃ¤gers 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 SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen und der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung (KÃBV) zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (DÃ A-2815 f; im folgenden: Weiterentwicklungsvereinbarung) beurteilt. Danach sind die KÃVen berechtigt, aus GrÃ¼nden der Sicherstellung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung im Einvernehmen mit den KrankenkassenverbÃ¤nden auf Antrag des Arztes im Einzelfall Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach den folgenden Nummern des Punktes 5 der Allgemeinen Bestimmungen A I EBM-Ã â entsprechend dem BewertungsausschuÃ-Beschluss vom 13. Juni 1996 â zuzulassen, soweit der Arzt

einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt fÃ¼r seine Praxis nachweist: ua Nr 5.7.1 (VerbÃ¤nde, Injektionen, Punktionen und AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie). In der Protokollnotiz zu dieser Regelung ist bestimmt: "Das Einvernehmen zwischen der KÃ□V und den VerbÃ¤nden der Krankenkassen ist auch dann hergestellt, wenn eine Ã□bereinstimmung 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).

Bei solchen Vereinbarungen zur Umsetzung und Anwendung des EBM-Ã□ handelt es sich, wie der Senat bereits entschieden hat (BSG SozR 3-2500 Â§ 72 Nr 8 S 17 f und SozR 3-2500 Â§ 72 Nr 11 S 29), nicht um Ã□nderungen des EBM-Ã□ auf der Grundlage des Â§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V. Sie betreffen nicht den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und auch nicht ihr wertmÃ¤Ã□iges, in Punkten ausgedrÃ¼cktes VerhÃ¤ltnis zueinander, was festzulegen dem BewertungsausschuÃ□ vorbehalten ist. Sie geben vielmehr den KÃ□Ven ein Instrument an die Hand, anhand dessen diese eigenverantwortlich Ausnahmen von bestimmten Regelungen des EBM-Ã□ zulassen kÃ¶nnen. Damit werden durch Vereinbarung der KÃ□BV mit den SpitzenverbÃ¤nden der Krankenkassen iS der Â§Â§ 72 Abs 2, 82 Abs 1 Satz 1 SGB V Regelungen zur GewÃ¤hrleistung einer ausreichenden, zweckmÃ¤Ã□igen und wirtschaftlichen Versorgung unter BerÃ¼cksichtigung medizinischer Erkenntnisse als allgemeiner Inhalt der GesamtvertrÃ¤ge festgelegt (BSG SozR 3-2500 Â§ 72 Nr 8 S 18 f sowie SozR 3-2500 Â§ 72 Nr 11 S 30). Es handelt sich um VertrÃ¤ge mit normativer Wirkung, die auch am VertragsschluÃ□ nicht beteiligte Dritte binden (BSG aaO). Dies kommt auch im Wortlaut der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 zum Ausdruck. In ihr ist bestimmt, daÃ□ die Vereinbarung als Anlage Bestandteil der BundesmantelvertrÃ¤ge ist.

Durch die Weiterentwicklungsvereinbarung wird den KÃ□Ven die Befugnis Ã¼bertragen, in AusfÃ¼llung unbestimmter Rechtsbegriffe Ausnahmen von der Teilbudgetierung zu machen. Hierbei handelt es sich nicht um eine unzulÃ¤ssige Delegation der Rechtssetzungskompetenz an den Rechtsanwender (zur entsprechenden Befugnis des Bewertungsausschusses, derartige Rechtsbegriffe zu verwenden, vgl BSGE 84, 247, 251 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 11 S 52). Allerdings darf der Gebrauch eines unbestimmten Rechtsbegriffs nicht dazu fÃ¼hren, daÃ□ der Rechtsanwender einen Entscheidungsspielraum erhÃ¤lt, wie er nur dem Normgeber selbst zusteht (BSGE 84, 247, 251 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 11 S 52). Dieser muÃ□ vielmehr die wesentlichen Bestimmungen in der Norm selbst treffen und darf lediglich die Konkretisierung von Einzelheiten anderen Stellen Ã¼berlassen (BSG aaO). Diesen Anforderungen genÃ¼gt die Regelung in Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996.

Der Regelung kommt nicht nur objektiv-rechtlicher Charakter zu, sondern sie begrÃ¼ndet 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. Das ergibt sich bereits daraus, daÃ□ die Voraussetzungen der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung

nicht von Amts wegen geprÃ¼ft 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 vertragsÃ¤rztlichen Versorgung ist â□□ was im Senatsurteil vom heutigen Tag (B 6 KA 40/99 R) nÃ¤her dargelegt worden ist â□□ nur ein entscheidungserheblicher Gesichtspunkt. Der andere betrifft die individuelle SphÃ¤re des einzelnen Arztes, soweit nÃ¤mlich an einen "Versorgungsschwerpunkt" in seiner Praxis angeknÃ¼pft wird. Diese auf die einzelne Praxis zugeschnittene Konstruktion der Weiterentwicklungsvereinbarung, mit der Ausnahmen von der im EBM-Ã□ geregelten Teilbudgetierung ermÃ¶glicht werden, geht in ihren Wirkungen Ã¼ber einen bloÃ□en Rechtsreflex zugunsten der betroffenen Ã□rzte deutlich hinaus. DafÃ¼r spricht insbesondere die Entstehungsgeschichte der Bestimmungen Ã¼ber die Teilbudgets, die der Senat bereits in den Urteilen vom 8. MÃ¤rz 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-Ã□ bereits zum 1. Juli 1996 hat der BewertungsausschuÃ□ auf die in der Umsetzung der EBM-Ã□ 1996 zu Tage getretenen MiÃ□stÃ¤nde reagiert und insbesondere umgehend wirkende MaÃ□nahmen zur Begrenzung der Menge der abgerechneten Leistungen getroffen. Die fÃ¼r einen Ã□bergangszeitraum vorgeschriebene EinfÃ¼hrung von Teilbudgets diente dem Ziel der Mengenbegrenzung, sollte jedem Arzt in bestimmten Leistungsbereichen eine verlÃ¤Ã□liche Kalkulationsgrundlage geben und dazu beitragen, einzelne Arztgruppen bzw auch eine groÃ□e Zahl von Ã□rzten vor ernsthaften wirtschaftlichen Schwierigkeiten als Folge eines ungebremsten Punktwertverfalls zu bewahren (Senatsurteile vom 8. MÃ¤rz 2000, aaO). Die unter groÃ□em Zeitdruck zustande gekommenen Vorschriften Ã¼ber die Teilbudgets beinhalteten aber ihrerseits auch zunÃ¤chst nicht vollstÃ¤ndig Ã¼berschaubare VergrÃ¶berungen und kalkulierten durchaus das Auftreten neuer HÃ¤rten in einzelnen FÃ¤llen ein. Dem Ziel, gerade diese Wirkungen abzumildern, dient Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996. Zu Recht hat das LSG dementsprechend ausgefÃ¼hrt, die Weiterentwicklungsvereinbarung sei in bezug auf die Grundrechte einzelner Ã□rzte (auch) Ausdruck des Grundsatzes der VerhÃ¤ltnismÃ¤Ã□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 kÃ¶nnen die KÃ□Ven auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewÃ¤hren.

Bei der PrÃ¼fung, ob eine Praxis in einem von der Teilbudgetierung erfaÃ□ten Leistungsbereich einen "Versorgungsschwerpunkt" im Sinne der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung aufweist, steht der KÃ□V ein â□□ der gerichtlichen NachprÃ¼fung nur eingeschrÃ¤nkt zugÃ¤nglicher â□□ Beurteilungsspielraum nicht zu. Einen solchen billigt der Senat in stÃ¤ndiger Rechtsprechung den Zulassungsgremien bei der Entscheidung Ã¼ber die ErmÃ¤chtigung von

KrankenhausÃ¤rzten und Ã¼ber die Zulassung von Ãrzten wegen eines Sonderbedarfs zu (BSGE 73, 25, 29 = SozR 3-2500 Â§ 116 Nr 4 S 29; BSG SozR 3-2500 Â§ 101 Nr 1 S 4 f; zuletzt BSG, Urteil vom 28. Juni 2000 â B 6 KA 35/99 R -, zur VerÃ¶ffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Auch bei der Entscheidung der KÃV, zur Sicherstellung der vertragsÃ¤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 Â§ 75 Nr 7 S 28 f). FÃ¼r diese Entscheidungen sind die Bewertung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung in einem regionalen Bereich sowie die Feststellung von quantitativen und/oder qualitativen Versorgungsdefiziten von maÃgeblicher Bedeutung. Dabei ist eine Vielzahl von Faktoren zu berÃ¼cksichtigen (zB Anzahl und Leistungsangebot der niedergelassenen und ermÃ¤chtigten Ãrzte, BevÃ¶lkerungs- und MobilitÃ¤tsstruktur, Umfang und rÃ¤umliche Verteilung der Nachfrage aufgrund der vorhandenen Verkehrsverbindungen), die fÃ¼r sich und in ihrer AbhÃ¤ngigkeit untereinander weitgehend unbestimmt sind. Die Beantwortung der hier zu beurteilenden Frage, ob nÃ¤mlich eine einzelne Praxis einen Versorgungsschwerpunkt aufweist, hÃ¤ngt dagegen von ermittel- und feststellbaren UmstÃ¤nden wie der Struktur des Leistungsangebots dieser Praxis, der Analyse der Abrechnungen in der Vergangenheit sowie einem Vergleich mit den entsprechenden Daten anderer Praxen ab. Ein Erkenntnis- oder EinschÃ¤tzungsvorrang der KÃV, der eine RÃ¼cknahme der gerichtlichen Kontrolle der Rechtsanwendung legitimieren kÃ¶nnte, besteht insoweit nicht.

Das Vorliegen eines Versorgungsschwerpunktes einer Praxis muÃ sich im VerhÃ¤ltnis zur jeweiligen Fachgruppe ergeben; denn die einzelnen Arztgruppen weisen einen sehr unterschiedlichen Bedarf (auch) hinsichtlich der von den Teilbudgets erfaÃten Leistungen auf. Das lÃ¤Ãt schon die nach Arztgruppen differenzierende Fallpunktzahl fÃ¼r die vom jeweiligen Teilbudget erfaÃten Leistungen erkennen. DaÃ diese fÃ¼r VerbÃ¤nde, Injektionen uÃ¤ auf 150 Punkte (OrthopÃ¤den, Chirurgen ua) bzw 25 Punkte (alle Ã¼brigen Arztgruppen) festgesetzt worden ist, verdeutlicht, daÃ typischerweise der Bedarf einer orthopÃ¤dischen Praxis an diesen budgetierten Leistungen sechsmal so hoch veranschlagt wird wie derjenige von allgemeinÃ¤rztlichen und internistischen Praxen. Wenn danach die fÃ¼r die einzelne Arztgruppe festgesetzte Fallpunktzahl den Bedarf von Ãrzten dieser Gruppe hinsichtlich der fÃ¼r die im Teilbudget zusammengefaÃten Leistungen grundsÃ¤tzlich decken soll, besteht AnlaÃ fÃ¼r 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 erfaÃten 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 SchluÃ auf eine Schwerpunktsetzung bzw Spezialisierung in diesem Leistungsbereich zulÃ¤Ãt.

Allerdings kann nicht jede vom Durchschnitt der Arztgruppe abweichende Punktzahlanforderung in einem bestimmten Leistungsbereich einen "Versorgungsschwerpunkt" im Sinne der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung begrÃ¼nden. Die Festsetzung der Teilbudgets erfolgt bewuÃt typisierend und

generalisierend, und die damit verfolgten Regelungszwecke wÃ¼rden verfehlt, wenn jeder geringfÃ¼gigen Abweichung des Abrechnungsverhaltens einer Arztpraxis von den rechnerischen Durchschnittswerten ihrer Arztgruppe durch Ausnahmeregelungen Rechnung getragen werden mÃ¼Ãte. GrundsÃ¤tzlich 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 â vollstÃ¤ndige oder teilweise â Freistellung erreichen will. Dabei dÃ¼rfen "Versorgungsschwerpunkt" und die von der Budgetierung erfaÃten Leistungen nicht gleichgesetzt werden. Da sich der Begriff "Versorgungsschwerpunkt" immer auf eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebiets bezieht, 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, von physikalisch-medizinischen Leistungen, von VerbÃ¤nden und Injektionen und von Ultraschalluntersuchungen (vgl Abschnitt A I Nrn 5.6.1, 5.7.3, 5.7.1, 5.7.2 aaO EBM-Ã) beschreibt keinen Versorgungsschwerpunkt im Sinne einer fÃ¼r die Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung.

FÃ¼r AnÃ¤sthesisten, die schwerpunktmÃ¤Ãig schmerztherapeutische Leistungen erbringen, gilt allerdings etwas anderes. Wenn diese im Unterschied zur typischen Praxisausrichtung der Arztgruppe ihren Praxisschwerpunkt bei den schmerztherapeutischen Behandlungen und nicht bei der Verabreichung von AnÃ¤sthesien in Zusammenhang mit Narkosen fÃ¼r ambulante Operationen haben, fallen die fÃ¼r den Praxisschwerpunkt "Schmerztherapie" erforderlichen AnÃ¤sthesieleistungen vollstÃ¤ndig in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ã. Wenn ein AnÃ¤sthesist mit AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie 20 % seiner Gesamtpunktzahl erreicht, kann ein Versorgungsschwerpunkt iS der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung gegeben sein, der unter weiteren Voraussetzungen (vgl dazu Senatsurteil vom heutigen Tag â B 6 KA 40/99 R -) eine Freistellung vom Teilbudget nach Nr 5.7.1 EBM-Ã aaO zu rechtfertigen vermag. Der KlÃ¤ger hat jedoch zum hier maÃgeblichen Zeitpunkt (3. Quartal 1996) mit den vom Teilbudget erfaÃten schmerztherapeutischen Leistungen nicht annÃ¤hernd 20 % seiner gegenÃ¼ber der Beklagten abgerechneten Fallpunktzahl erreicht. Im Ã¼brigen ist er nach den Feststellungen des LSG im geringeren Umfang schmerztherapeutisch tÃ¤tig, als dies fÃ¼r den Durchschnitt seiner Arztgruppe zutrifft. Auch dieser Gesichtspunkt steht der Annahme eines "Versorgungsschwerpunkts" im Sinne der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung entgegen.

Das LSG hat fÃ¼r den Senat bindend (vgl Â§ 163 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) festgestellt, daÃ der Vortrag des KlÃ¤gers, er behandele ungefÃ¤hr 15 % seiner

Patienten schmerztherapeutisch, allenfalls fÃ¼r das Quartal III/1996 zutreffend sein kÃ¶nne, wÃ¤hrend der Prozentsatz in den folgenden Quartalen eher zurÃ¼ckgegangen sei. Der KlÃ¤ger sei durch die Budgetierung der Injektionen, Punktionen und AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie nur in einem Teilbereich seiner PraxisfÃ¼hrung betroffen. Er habe im Quartal III/1996 die Nr 273 EBM-Ã (Infusionen) in 25 % der BehandlungsfÃ¤lle abgerechnet, die fÃ¼r die Schmerztherapie typischen Leistungen nach Abschnitt D I EBM-Ã, also die Nrn 415, 439, 443 und 450 EBM-Ã, lediglich in 9 %, 3 %, 19 %, 3 % und 14 % der BehandlungsfÃ¤lle angesetzt. AnÃ¤sthesien bzw Narkosen bei operativen Eingriffen aus Abschnitt D II EBM-Ã habe der KlÃ¤ger danach erheblich hÃ¤ufiger als AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie abgerechnet. In den Quartalen, in denen die Teilbudgetierung nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ã gegolten hat, ist der Anteil der auf AnÃ¤sthesien und Injektionen zur Schmerztherapie entfallenden Punkte am Gesamtpunktzahlvolumen von ca 8,4 % im Quartal III/1996 auf ca 3 % im Quartal II/1997 zurÃ¼ckgegangen, wie sich aus den vom LSG ausgewerteten, von der Beklagten zu den sozialgerichtlichen Akten gereichten Anzahlstatistiken des KlÃ¤gers ergibt. Damit steht fest, daÃ die schmerztherapeutische anÃ¤sthesistische Behandlung jedenfalls zum hier maÃgeblichen Zeitpunkt keinen Versorgungsschwerpunkt in der Praxis des KlÃ¤gers gebildet hat. Ob die Teilbudgetierung fÃ¼r sich genommen zur Folge hat, daÃ nur zwischen 10 % und 25 % der vom KlÃ¤ger fÃ¼r schmerztherapeutische AnÃ¤sthesien und Injektionen abgerechneten Punkte honoriert worden sind, ist unter dem Gesichtspunkt der ErmÃ¶glichung der WeiterfÃ¼hrung einer spezialisierten Praxis ohne Bedeutung. Allein daran ist die Entscheidung nach Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung auszurichten.

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

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024