B 6 KA 37/99 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
-
Datum
-
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
23.06.1999
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 37/99 R
Datum
06.09.2000
Kategorie
Urteil
Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 23. Juni 1999 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat der Beklagten ihre außergerichtlichen Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Der Kläger nimmt als Anästhesist an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er beantragte im August 1996 bei der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) die Freistellung von dem Teilbudget "Verbände, Injektionen, Punktionen und Anästhesien zur Schmerztherapie", das durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 zum 1. Juli 1996 eingeführt worden war (Abschnitt A I Nr 5.7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä)). Durch dessen Regelung wurde die Berechnungsfähigkeit der von dem Teilbudget erfaßten Leistungen bestimmter Arztgruppen, zu denen die Anästhesisten gehörten, auf 25 Punkte je Fall beschränkt. Zur Begründung führte der Kläger aus, schmerztherapeutische Leistungen bildeten einen Versorgungsschwerpunkt seiner Praxis.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit der Begründung ab, es könne dahingestellt bleiben, ob es sich bei den schmerztherapeutischen Leistungen um einen Versorgungsschwerpunkt in der Praxis des Klägers handele. Jedenfalls bestehe insoweit kein Sicherstellungsinteresse. Im Juli 1998 erteilte sie dem Kläger die Genehmigung, für bestimmte Krankenkassen an der Vereinbarung über Schmerztherapie teilzunehmen.

Klage und Berufung des Klägers sind erfolglos geblieben. Ihm steht nach Auffassung des Landessozialgerichts (LSG) kein Anspruch auf vollständige bzw teilweise Freistellung vom Teilbudget für "Verbände etc" zu. Die Einführung von fallzahlabhängigen, arztgruppenbezogenen Teilbudgets sei rechtmäßig. 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 Härteregelung nach der Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 Rechnung zu tragen. Nach Nr 4 dieser Vereinbarung könnten Ausnahmen von den Teilbudgets zugelassen werden, soweit der Arzt einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt nachweise. Diese Voraussetzungen seien in der Praxis des Klägers nicht erfüllt. Er betreibe keine Praxis mit spezieller Ausrichtung. Nach seinem eigenen Vortrag behandele er nur ca 15 % seiner Patienten schmerztherapeutisch. Ganz überwiegend erbringe er Anästhesien bzw Narkosen bei operativen Eingriffen, die von der Budgetierung nicht erfaßt seien. Im übrigen sei nach Satz 2 der Präambel zu Kapitel C EBM-Ä hinsichtlich der schmerztherapeutischen Leistungen eine Ausnahme vom Teilbudget möglich, wenn der Arzt die Berechtigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten besitze. Das sei bei dem Kläger 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 rügt der Kläger einen Verstoß 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 Orthopäden und Chirurgen für Leistungen aus dem Teilbudget "Verbände etc" 150 Punkte je Fall und Anästhesisten 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 Orthopäden in größerem Umfang an, auch wenn in diesen Praxen schwerpunktmäßig keine schmerztherapeutische Leistungen erbracht würden. Demgegenüber bilde in einer größeren Anzahl anästhesistischer Praxen die

schmerztherapeutische Behandlung den eindeutigen Versorgungsschwerpunkt. Bei einer Fallpunktzahl von 25 Punkten sei die Behandlung chronischer Schmerzpatienten durch einen Anästhesisten nicht annähernd kostendeckend möglich. Wenn diese Erwägungen nicht bereits dazu führten, daß die Ausgestaltung des Teilbudgets im Hinblick auf die Arztgruppe der Anästhesisten unwirksam sei, müsse ihm - dem Kläger - für schmerztherapeutische Anästhesien zumindest eine Freistellung vom Budget gewährt werden.

Der Kläger beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg 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 - dem Kläger - die beantragte Ausnahmegenehmigung für das Teilbudget der Leistungen nach Kapitel C I bis C III und D I EBM zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Der Bewertungsausschuß habe die Fallpunktzahlen für das hier betroffene Teilbudget aufgrund der tatsächlichen Leistungsanforderungen der einzelnen Arztgruppen festgelegt. Einer weiteren Differenzierung innerhalb der Teilbudgets habe es im Hinblick auf die Praktikabilität der Regelung nicht bedurft. Anästhesisten hätten Ausgleichsmöglichkeiten innerhalb ihres Leistungsspektrums zur Verfügung gestanden. Unter Sicherstellungsaspekten sei eine Freistellung des Klägers vom Teilbudget "Verbände etc" nicht erforderlich, da er Anästhesien zur Schmerztherapie stets in geringerem Umfang als der Durchschnitt seiner Arztgruppe abgerechnet habe.

II

Die Revision des Klägers ist unbegründet. Das LSG hat zutreffend entschieden, daß ihm kein Anspruch auf Befreiung vom Teilbudget nach Abschnitt A I Nr 5.7.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä 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 vertragsärztlichen Leistungen die Regelungen in Abschnitt A I der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä idF des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 (Beilage Heft 26 des Deutschen Ärzteblattes (DÄ) vom 28. Juni 1996) anzuwenden. Nach Nr 5 aaO EBM-Ä galt ua für die unter Nr 5.7.1 genannten Leistungen (Verbände, Injektionen, Punktionen und Anästhesien zur Schmerztherapie) 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-ambulanten Fälle. Nach Satz 2 der Präambel zu Kapitel C EBM-Ä betrug die Fallpunktzahl dieses Teilbudgets für Chirurgen und Orthopäden sowie für Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin bzw für Physiotherapie 150 Punkte und für alle übrigen Arztgruppen, auch für Anästhesisten, 25 Punkte. Die sich aus dem Produkt von Fallpunktzahl und der kurativ-ambulanten Fälle einer Praxis für das jeweilige Teilbudget ergebende Gesamtpunktzahl bildete für die Honorierung die Obergrenze (vgl Satz 1 der Präambel zu Kapitel C EBM-Ä). Eine vom Arzt angeforderte darüber hinausgehende Punktemenge wurde nicht vergütet. Vertragsärzte, die von der zuständigen KÄV die Berechtigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten erhalten hatten, unterlagen der Begrenzung der Gesamtpunktzahl für die Leistungen der Abschnitte C I, C II, C III und D I nicht (Präambel zu Kapitel C EBM-Ä Satz 3).

Die ab dem 1. Juli 1996 geltenden Budgetierungsregelungen im EBM-Ä sind, wie der Senat mit Urteilen vom 8. März 2000 (B 6 KA 8/99 R und B 6 KA 16/99 R, letzteres zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen) entschieden hat, durch § 87 Abs 2a Sätze 1 und 2 Fünftes 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-Ä sowie die Festsetzung der Fallpunktzahl für die Arztgruppe der Anästhesisten in Höhe von 25 Punkten sind nicht begründet. Durch die inhaltliche Ausgestaltung des Teilbudgets für Verbände, Injektionen, Punktionen und Anästhesien zur Schmerztherapie hat der Bewertungsausschuß den allgemeinen Gleichheitssatz (Art 3 Abs 1 GG) und die Berufsausübungsfreiheit der Vertragsärzte (Art 12 Abs 1 GG) nicht verletzt (zu diesen verfassungsrechtlichen Schranken im Rahmen der Honorierung vertragsärztlicher Leistungen vgl BSGE 73, 131, 138 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 26; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 24 S 168). Unter dem Blickwinkel notwendiger Typisierung und Pauschalierung läßt sich im Hinblick auf die mit der Einführung der Teilbudgets verfolgten gewichtigen Gemeinwohlbelange ein Verfassungsverstoß nicht feststellen. Eine weitere Differenzierung innerhalb des Teilbudgets Nr 5.7.1 aaO EBM-Ä war im Hinblick auf die von vornherein zeitlich begrenzte Geltungsdauer dieser Regelung nicht geboten. Nach ständiger Rechtsprechung des Senats ist der Bewertungsausschuß als zur strikten Beachtung des Gleichbehandlungsgebotes verpflichteter Normgeber berechtigt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität einer Regelung zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalieren. Er verfügt über einen Regelungsspielraum, den die Gerichte nicht daraufhin überprüfen können, ob die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden wurde (Senatsurteil vom 8. März 2000 - B 6 KA 8/99 R -). Ein Verfassungsverstoß 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, daß ihre Berücksichtigung 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 § 85 Nr 29 S 219; BSGE 83, 218, 220 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 S 109). Hinzu kommt, daß dem Normgeber bei der Neuregelung komplexer Materien unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zusteht, weil sich häufig bei Erlaß der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen und deshalb auch grobere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden müssen (vgl BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 16 S 66).

Bei Anwendung dieser Prüfungsmaßstäbe ist die Einbeziehung der schmerztherapeutischen Anästhesien in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ä nicht zu beanstanden. Der Bewertungsausschuß hat sich bei der Festlegung der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl für die einzelnen Arztgruppen an den tatsächlichen Leistungsanforderungen in der Vergangenheit orientiert. Wenn die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl ua für Chirurgen und Orthopäden sowie für Ärzte für Physikalische Medizin auf 150 und für die übrigen Arztgruppen auf lediglich 25 Punkte festgelegt worden ist, spiegelt das das Leistungsverhalten dieser Arztgruppen unter Einschluß der schmerztherapeutischen Tätigkeit der Anästhesisten in der Vergangenheit wider. Es ist nicht ersichtlich, daß die Gruppe der Anästhesisten vom Bewertungsausschuß bewußt benachteiligt worden wäre und sich der Ausschuß bei der Ausgestaltung des Teilbudgets

rechtsmißbräuchlich von sachfremden Erwägungen hätte leiten lassen (s hierzu - im Hinblick auf HNO-Leistungen - Senatsurteil vom 8. März 2000 (B 6 KA 8/99 R)). Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, daß der Bewertungsausschuß nicht übersehen hat, daß die Einbeziehung der anästhesistischen Schmerztherapieleistungen in das Teilbudget für diejenigen Anästhesisten unzumutbar sein kann, bei denen die schmerztherapeutische Behandlung einen Tätigkeitsschwerpunkt bildet, die also nicht nur gelegentlich neben der anästhesistischen Tätigkeit bei Operationen schmerztherapeutische Leistungen erbringen. Dem wird durch Satz 3 der Präambel zu Kapitel C Rechnung getragen, wonach diejenigen Ärzte, die von der zuständigen KÄV die Berechtigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten erhalten haben, von vornherein von der Anwendung des Teilbudgets nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ä ausgenommen sind. Bei der auch insoweit gebotenen typisierenden Betrachtungsweise hat der Bewertungsausschuß davon ausgehen dürfen, daß damit die überwiegend schmerztherapeutisch tätigen Anästhesisten erfaßt sind. Ein Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz läßt sich schon im Hinblick auf die Möglichkeit der Befreiung vom Teilbudget nicht damit begründen, daß der Bewertungsausschuß keine Sonderregelung für diejenigen Anästhesisten getroffen hat, die schwerpunktmäßig schmerztherapeutisch tätig sind, ohne sich an der Schmerztherapie-Vereinbarung zu beteiligen.

Die Beklagte hat den Antrag des Klägers auf Befreiung vom Teilbudget nach Abschnitt A I Nr 5.7.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä zu Recht auf der Grundlage der Nr 4 der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (DÄ A-2815 f; im folgenden: Weiterentwicklungsvereinbarung) beurteilt. Danach sind die KÄVen berechtigt, aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden auf Antrag des Arztes im Einzelfall Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach den folgenden Nummern des Punktes 5 der Allgemeinen Bestimmungen A I EBM-Ä - entsprechend dem Bewertungsausschuß-Beschluss vom 13. Juni 1996 - zuzulassen, soweit der Arzt einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt für seine Praxis nachweist: ua Nr 5.7.1 (Verbände, Injektionen, Punktionen und Anästhesien zur Schmerztherapie). In der Protokollnotiz zu dieser Regelung ist bestimmt: "Das Einvernehmen zwischen der KÄV und den Verbänden der Krankenkassen ist auch dann hergestellt, wenn eine Übereinstimmung 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).

Bei solchen Vereinbarungen zur Umsetzung und Anwendung des EBM-Ä handelt es sich, wie der Senat bereits entschieden hat (BSG SozR 3-2500 § 72 Nr 8 S 17 f und SozR 3-2500 § 72 Nr 11 S 29), nicht um Änderungen des EBM-Ä auf der Grundlage des § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V. Sie betreffen nicht den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und auch nicht ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander, was festzulegen dem Bewertungsausschuß vorbehalten ist. Sie geben vielmehr den KÄVen ein Instrument an die Hand, anhand dessen diese eigenverantwortlich Ausnahmen von bestimmten Regelungen des EBM-Ä zulassen können. Damit werden durch Vereinbarung der KÄBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen iS der §§ 72 Abs 2, 82 Abs 1 Satz 1 SGB V Regelungen zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen 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 30). Es handelt sich um Verträge mit normativer Wirkung, die auch am Vertragsschluß nicht beteiligte Dritte binden (BSG aaO). Dies kommt auch im Wortlaut der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 zum Ausdruck. In ihr ist bestimmt, daß die Vereinbarung als Anlage Bestandteil der Bundesmantelverträge ist.

Durch die Weiterentwicklungsvereinbarung wird den KÄVen die Befugnis übertragen, in Ausfüllung unbestimmter Rechtsbegriffe Ausnahmen von der Teilbudgetierung zu machen. Hierbei handelt es sich nicht um eine unzulässige Delegation der Rechtssetzungskompetenz an den Rechtsanwender (zur entsprechenden Befugnis des Bewertungsausschusses, derartige Rechtsbegriffe zu verwenden, vgl BSGE 84, 247, 251 = SozR 3-2500 § 135 Nr 11 S 52). Allerdings darf der Gebrauch eines unbestimmten Rechtsbegriffs nicht dazu führen, daß der Rechtsanwender einen Entscheidungsspielraum erhält, wie er nur dem Normgeber selbst zusteht (BSGE 84, 247, 251 = SozR 3-2500 § 135 Nr 11 S 52). Dieser muß vielmehr die wesentlichen Bestimmungen in der Norm selbst treffen und darf lediglich die Konkretisierung von Einzelheiten anderen Stellen überlassen (BSG aaO). Diesen Anforderungen genügt 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, daß die Voraussetzungen der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung nicht von Amts wegen geprüft 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 vertragsärztlichen Versorgung ist - was im Senatsurteil vom heutigen Tag (B 6 KA 40/99 R) näher dargelegt worden ist - 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-Ä geregelten Teilbudgetierung ermöglicht werden, geht in ihren Wirkungen über einen bloßen Rechtsreflex zugunsten der betroffenen Ärzte 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-Ä bereits zum 1. Juli 1996 hat der Bewertungsausschuß auf die in der Umsetzung der EBM-Ä 1996 zu Tage getretenen Mißstände reagiert und insbesondere umgehend wirkende Maßnahmen zur Begrenzung der Menge der abgerechneten Leistungen getroffen. Die für einen Übergangszeitraum vorgeschriebene Einführung von Teilbudgets diente dem Ziel der Mengenbegrenzung, sollte jedem Arzt in bestimmten Leistungsbereichen eine verläßliche Kalkulationsgrundlage geben und dazu beitragen, einzelne Arztgruppen bzw auch eine große Zahl von Ärzten vor ernsthaften wirtschaftlichen Schwierigkeiten als Folge eines ungebremsten Punktwertverfalls zu bewahren (Senatsurteile vom 8. März 2000, aaO). Die unter großem Zeitdruck zustande gekommenen Vorschriften über die Teilbudgets beinhalteten aber ihrerseits auch zunächst nicht vollständig überschaubare Vergröberungen und kalkulierten durchaus das Auftreten neuer Härten in einzelnen Fällen ein. Dem Ziel, gerade diese Wirkungen abzumildern, dient Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996. Zu Recht hat das LSG dementsprechend ausgeführt, die Weiterentwicklungsvereinbarung sei in bezug auf die Grundrechte einzelner Ärzte (auch) Ausdruck des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit.

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-Ä in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung.

Danach können die KÄVen 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 erfaßten Leistungsbereich einen "Versorgungsschwerpunkt" im Sinne der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung aufweist, steht der KÄV ein - der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher - Beurteilungsspielraum nicht zu. Einen solchen billigt der Senat in ständiger Rechtsprechung den Zulassungsgremien bei der Entscheidung über die Ermächtigung von Krankenhausärzten und über die Zulassung von Ärzten wegen eines Sonderbedarfs zu (BSGE 73, 25, 29 = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 29; BSG SozR 3-2500 § 101 Nr 1 S 4 f; zuletzt BSG, Urteil vom 28. Juni 2000 - B 6 KA 35/99 R -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Auch bei der Entscheidung der KÄV, zur Sicherstellung der vertragsärztlichen 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 quantitativen und/oder qualitativen Versorgungsdefiziten von maßgeblicher Bedeutung. Dabei ist eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen (zB Anzahl und Leistungsangebot der niedergelassenen und ermächtigten Ärzte, Bevölkerungs- und Mobilitätsstruktur, Umfang und räumliche 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, hängt dagegen von ermittel- und feststellbaren Umständen 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 Einschätzungsvorrang der KÄV, der eine Rücknahme der gerichtlichen Kontrolle der Rechtsanwendung legitimieren könnte, besteht insoweit nicht.

Das Vorliegen eines Versorgungsschwerpunktes einer Praxis muß sich im Verhältnis zur jeweiligen Fachgruppe ergeben; denn die einzelnen Arztgruppen weisen einen sehr unterschiedlichen Bedarf (auch) hinsichtlich der von den Teilbudgets erfaßten Leistungen auf. Das läßt schon die nach Arztgruppen differenzierende Fallpunktzahl für die vom jeweiligen Teilbudget erfaßten Leistungen erkennen. Daß diese für Verbände, Injektionen uä auf 150 Punkte (Orthopäden, Chirurgen ua) bzw 25 Punkte (alle übrigen Arztgruppen) festgesetzt worden ist, verdeutlicht, daß typischerweise der Bedarf einer orthopädischen Praxis an diesen budgetierten Leistungen sechsmal so hoch veranschlagt wird wie derjenige von allgemeinärztlichen und internistischen Praxen. Wenn danach die für die einzelne Arztgruppe festgesetzte Fallpunktzahl den Bedarf von Ärzten dieser Gruppe hinsichtlich der für die im Teilbudget zusammengefaßten Leistungen grundsätzlich decken soll, besteht Anlaß 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 erfaßten 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 Schluß auf eine Schwerpunktsetzung bzw Spezialisierung in diesem Leistungsbereich zuläßt.

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 bewußt 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 müßte. Grundsätzlich 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 - vollständige oder teilweise - Freistellung erreichen will. Dabei dürfen "Versorgungsschwerpunkt" und die von der Budgetierung erfaßten 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, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, werden die Teilbudgets nach Abschnitt A I Nr 5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä regelmäßig kaum mit Versorgungsschwerpunkten in diesem Sinne zusammentreffen. Das Angebot von Beratungs- und Gesprächsleistungen, von physikalisch-medizinischen Leistungen, von Verbänden und Injektionen und von Ultraschalluntersuchungen (vgl Abschnitt A I Nrn 5.6.1, 5.7.3, 5.7.1, 5.7.2 aaO EBM-Ä) beschreibt keinen Versorgungsschwerpunkt im Sinne einer für die Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung.

Für Anästhesisten, die schwerpunktmäßig 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 Anästhesien in Zusammenhang mit Narkosen für ambulante Operationen haben, fallen die für den Praxisschwerpunkt "Schmerztherapie" erforderlichen Anästhesieleistungen vollständig in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ä. Wenn ein Anästhesist mit Anästhesien 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 - B 6 KA 40/99 R -) eine Freistellung vom Teilbudget nach Nr 5.7.1 EBM-Ä aaO zu rechtfertigen vermag. Der Kläger hat jedoch zum hier maßgeblichen Zeitpunkt (3. Quartal 1996) mit den vom Teilbudget erfaßten schmerztherapeutischen Leistungen nicht annähernd 20 % seiner gegenüber der Beklagten abgerechneten Fallpunktzahl erreicht. Im übrigen ist er nach den Feststellungen des LSG im geringeren Umfang schmerztherapeutisch tätig, als dies für den Durchschnitt seiner Arztgruppe zutrifft. Auch dieser Gesichtspunkt steht der Annahme eines "Versorgungsschwerpunkts" im Sinne der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung entgegen.

Das LSG hat für den Senat bindend (vgl § 163 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) festgestellt, daß der Vortrag des Klägers, er behandele ungefähr 15 % seiner Patienten schmerztherapeutisch, allenfalls für das Quartal III/1996 zutreffend sein könne, während der Prozentsatz in den folgenden Quartalen eher zurückgegangen sei. Der Kläger sei durch die Budgetierung der Injektionen, Punktionen und Anästhesien zur Schmerztherapie nur in einem Teilbereich seiner Praxisführung betroffen. Er habe im Quartal III/1996 die Nr 273 EBM-Ä (Infusionen) in 25 % der Behandlungsfälle abgerechnet, die für die Schmerztherapie typischen Leistungen nach Abschnitt D I EBM-Ä, also die Nrn 415, 439, 443 und 450 EBM-Ä, lediglich in 9 %, 3 %, 19 %, 3 % und 14 % der Behandlungsfälle angesetzt. Anästhesien bzw Narkosen bei operativen Eingriffen aus Abschnitt D II EBM-Ä habe der Kläger danach erheblich häufiger als Anästhesien zur Schmerztherapie abgerechnet. In den Quartalen, in denen die Teilbudgetierung nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ä gegolten hat, ist der Anteil der auf Anästhesien und Injektionen zur Schmerztherapie entfallenden Punkte am Gesamtpunktzahlvolumen von ca 8,4 % im Quartal III/1996 auf ca 3 % im Quartal II/1997 zurückgegangen, wie sich aus den vom LSG ausgewerteten, von der Beklagten zu den sozialgerichtlichen Akten gereichten Anzahlstatistiken

des Klägers ergibt. Damit steht fest, daß die schmerztherapeutische anästhesistische Behandlung jedenfalls zum hier maßgeblichen Zeitpunkt keinen Versorgungsschwerpunkt in der Praxis des Klägers gebildet hat. Ob die Teilbudgetierung für sich genommen zur Folge hat, daß nur zwischen 10 % und 25 % der vom Kläger für schmerztherapeutische Anästhesien 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 § 193 Abs 1 und 4 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-08-28