

L 12 KA 151/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 42 KA 4239/00

Datum

10.07.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 151/02

Datum

04.06.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten vom 23. Oktober 2002 wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 10. Juli 2002 aufgehoben und die Klage des Klägers vom 30. Oktober 2000 gegen den Bescheid der Beklagten vom 7. Juli 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. September 2000 wird abgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten die Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erweiterung des Zusatzbudgets Chirotherapie.

Der Kläger ist als Facharzt für Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Naturheilverfahren und Chirotherapie in N. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit Schreiben vom 8. Oktober 1998, 25. November 1998, 22. Januar 1999, 11. Februar 1999 und 26. April 1999 hat er die Erweiterung bzw. Aussetzung der Praxis- und Zusatzbudgets beantragt. Mit neuerlichem Schreiben vom 8. Oktober 1998 hat der Kläger auf die Ablehnung seiner Anträge vom 20. April 1998 und 4. Juni 1998 hingewiesen und sein Begehren erneuert. Er hat für das Quartal 4/97 vorgetragen, dass von den 864 Patienten insgesamt bei 642 Patienten (= 76 %) die chirotherapeutischen Nrn. 3210 bzw. 3211 BMÄ/E-GO abgerechnet worden seien. Die Durchsicht nach den orthopädischen Diagnosekriterien HWS/BWS/ LWS-Syndrom, Cervikobrachialgie, Hypermobilität oder polyarthritische Beschwerden ergebe einen Anteil von 611 Patienten (71 %) mit orthopädischen Beschwerdediagnosen. In Wirklichkeit lägen die Zahlen der orthopädischen Fälle noch höher, da es noch andere orthopädische Diagnosen gebe. Daraus werde deutlich, dass die genannten Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO und die spezifische Betreuungsleistung bei orthopädischen Patienten den Schwerpunkt der Praxis darstellten. Mit Schreiben vom 22. Januar 1999 wurde nach derselben Methode für das Quartal 2/98 ein Anteil orthopädischer Diagnosen an der budgetrelevanten Fallzahl von 892 Patienten in Höhe von 582 Patienten (entspricht 65 %) ermittelt und die Abrechnung der Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO bei 533 Patienten (= 60 %). Mit Schreiben vom 11. Februar 1999 hat der Kläger ergänzend darauf hingewiesen, dass er 1988 die Praxis von seinem Praxisvorgänger, Dr.S. , übernommen habe, der seinerzeit einer der wenigen und ersten Ärzte in N. gewesen sei, der seine Patienten vorwiegend chirotherapeutisch behandelt habe. Bei der Übernahme der Praxis seien die in der Stammkartei enthaltenen Diagnosen überwiegend orthopädischer Natur gewesen. Diese Tradition habe sich nach Praxisübernahme fortgesetzt. Eine fundierte Chirotherapie sei zeitaufwendig und im Rahmen einer orthopädischen Praxis mit vormittags 150 und nachmittags 130 Patienten nicht durchführbar. Die meisten seiner Patienten seien bereits mehrfach orthopädisch behandelt und chirotherapeutisch manipuliert worden. Gerade diese Patienten stellten einen Problemkreis dar und es sei ihnen in der Regel nicht mit einer Stoßmanipulation geholfen, sondern mit zusätzlichen Techniken wie Weichteilmobilisation, postisometrische Relaxation oder muskuläre Facilitation. Wie aus den Statistiken hervorgehe, würden die Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO bei 13 respektive 11 % der Allgemeinärzte durchgeführt. Auch hier greife die gleiche Argumentation, dass die chirotherapeutische Betreuung im Rahmen einer gut frequentierten hausärztlich tätigen Praxis nicht ordnungsgemäß durchführbar sei. Im Übrigen werde auf die Wirtschaftlichkeit in anderen Bereichen (verordnete physikalisch-medizinische Leistungen, Krankenhauseinweisungen, abgeschlossene AU-Fälle, Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf sowie Sprechstundenbedarf) hingewiesen.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 7. Juli 1999 die Anträge des Klägers abgelehnt. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. B 4.3 des EBM könne die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. In der "Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" werde diese Bestimmung dahingehend ausgelegt, dass die Budgets insbesondere dann erweitert oder ausgesetzt werden können, wenn die dort genannten Krankheitsfälle oder spezifischen Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellten. Die Prüfung des Antrags durch die zuständige Kommission habe ergeben, dass diesem nicht stattgegeben werden könne, da die Voraussetzungen für eine

Ausnahmeregelung nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. B 4.3 des EBM ab 1. Juli 1997 beim Kläger nicht vorlägen.

Hiergegen richtet sich sein Widerspruch vom 15. Juli 1999. Seit seiner Praxisniederlassung im Juli 1988 sei durch mehrere Prüfungskommissionen die Praxisbesonderheit "orthopädisches Patientengut zu etwa 80 %" bestätigt worden (hierzu zwei Anlagen). Seine Praxisbesonderheit "hoher Anteil orthopädischer Patienten von ca. 80 %" sei statistisch von ihm schlüssig dargelegt worden. In jüngster Zeit hätten sich in seinem direkten Umfeld drei Orthopäden niedergelassen. Zu berücksichtigen sei, dass die Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO bei nur 13,61 bzw. 11,56 % der Allgemeinärzte eingesetzt würden. Es handle sich um eine fachgruppenunspezifische Leistung. Der Schwerpunkt Chirotherapie gehe nicht nur aus der Häufigkeit des Ansatzes bei den Patienten, sondern auch aus dem Gesamtvolumen hervor. So sei die Gesamtanforderung z.B. im Quartal 4/97 bei 261.260 Punkten gewesen bei einer Quote für dieses Zusatzbudget in Höhe von 9,9839 %. Für das Quartal 1/98 lägen die Werte für die Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO bei 194.560,0 Punkten und einer Quote von 14,1343 %. Die massiven Umsatzrückgänge in den Jahren 1997 und 1998 würden auf die Kürzungen bei den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO zurückgehen. Damit sei hinreichend dokumentiert, dass ein Versorgungsbedarf für die Leistung Chirotherapie bestehe, das orthopädische Patientengut den Schwerpunkt seiner Praxis darstelle und chirotherapeutische Leistungen den Schwerpunkt der Praxis darstellten.

Mit weiterem Schreiben vom 29. Juli 1999 hat der Kläger darauf hingewiesen, dass nach den "gelben Seiten 1999/2000" in der Abteilung Ärzte für Chirotherapie in einer Stadt mit ca. 500.000 Einwohnern lediglich 12 Kollegen eingetragen seien. Auf dem Schreiben findet sich allerdings ein handschriftlicher Vermerk - wohl von der KVB - wonach 75 Ärzte in der Stadt N. die chirotherapeutischen Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO erbringen. Mit weiterem Schreiben vom 21. Oktober 1999 hat der Kläger noch mitgeteilt, dass sich mittlerweile zwei weitere Orthopäden niedergelassen hätten. Es sei eine paradoxe Argumentation, einen speziellen Versorgungsbedarf zu verneinen und während der Korrespondenzzeit zwischenzeitlich fünf Orthopäden einen Kassenarztsitz zu ermöglichen. Mit weiterem Schriftsatz vom 17. August 2000 hat der Kläger einen Auszug von der letzten mündlichen Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss (9. Mai 2000) vorgelegt, in dem die Wirtschaftlichkeit der chirotherapeutischen Leistungen bestätigt worden sei.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 21. September 2000 den Widerspruch zurückgewiesen. Das Führen einer Zusatzbezeichnung und die Tätigkeit in diesem Bereich würden im Regelfall keinen Grund zur Erweiterung des Zusatzbudgets darstellen, da Leistungen (hier: Chirotherapie), die von Ärzten einer Arztgruppe schwerpunktmäßig erbracht würden, durch die Bildung des qualifikationsgebundenen oder bedarfsabhängigen Zusatzbudgets berücksichtigt würden. Die schwerpunktmäßige Tätigkeit in diesem Bereich könne nur dann zu einer Erweiterung des Zusatzbudgets führen, wenn dies für die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs notwendig sei. Ein solcher besonderer Versorgungsbedarf hinsichtlich der Chirotherapie könne nicht ermittelt werden. Im Planungsbereich N. würden 82 Ärzte (davon 37 Allgemeinärzte) diese Leistungen erbringen. Ein besonderer Versorgungsbedarf für die beantragten Leistungen liege somit auf Grund der diesbezüglich sichergestellten vertragsärztlichen Versorgung nicht vor. Das Zusatzbudget Chirotherapie werde als sogenanntes qualifikationsgebundenes Zusatzbudget eingeordnet. Daher sei Voraussetzung für die Zuerkennung dieses Zusatzbudgets, dass der betreffende Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eine entsprechende Qualifikation nachgewiesen habe. Es sei daher im vorliegenden Fall davon auszugehen, dass alle 82 Ärzte hinsichtlich der beantragten Leistungen des Zusatzbudgets über eine entsprechende Qualifikation verfügten. Ferner würden die Leistungen der Chirotherapie eine persönliche Leistungserbringung erfordern. Deshalb könnten während dieser Zeit keine anderen Leistungen erbracht werden. Somit müsse das insgesamt zur Verfügung stehende Budget grundsätzlich nicht geändert werden, da die regelrechte Versorgung mit dem bestehenden Zusatzbudget geleistet werden könne. Die Voraussetzungen für eine Erweiterung des Zusatzbudgets würden nicht vorliegen. Es werde darauf hingewiesen, dass die Leistungsvergütung der Zusatzbudgets nach A I. B 4.3 des EBM fallzahlabhängig auf der Grundlage des regional ermittelten Punktzahlbedarfs der diese Leistungen abrechnenden Ärzte einer Arztgruppe erfolge. In diese Berechnung würden alle Leistungen aus diesem Bereich einbezogen. Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 24. Oktober 2000, die mit Schriftsatz der inzwischen bestellten Prozessbevollmächtigten RA E. u.a. vom 4. Juli 2002 näher begründet wurde. Die Entscheidung der Beklagten sei bereits deshalb rechtswidrig, weil sie sich nicht in vollständiger Weise mit den vom Kläger vorgetragenen Argumenten auseinandersetze. Allein der Hinweis, dass weitere Ärzte die Leistung erbringen, sei nicht ausreichend, um den Antrag auf Erweiterung des Zusatzbudgets abzulehnen. Insbesondere könne die Entscheidung der Beklagten aber unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 16. Mai 2001 (Az.: [B 6 KA 53/00 R](#)) keinen Bestand haben. Die Umstände der einzelnen Praxis seien seitens der Beklagten im Rahmen der vorliegenden Entscheidung nicht berücksichtigt worden. Allein durch die notwendige Erweiterung des in Streit stehenden Zusatzbudgets würden sich unbillige Härten für den Kläger vermeiden lassen. Das Bundessozialgericht führe zwar aus, dass eine Erweiterung eines qualifikationsabhängigen Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs nur noch unter ganz besonders gelagerten Voraussetzungen bestehe und dies der Fall sei, wenn die einzelne Praxis eine von der Typik der Fachgruppe nachhaltig abweichende Praxisausrichtung aufweise, also einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw. eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebiets aufweise, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei. Es werde aber gleichzeitig darauf hingewiesen, dass Indizien für eine entsprechende Spezialisierung ein gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe signifikant erhöhter Anteil der im Zusatzbudget enthaltenen Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen in der Vergangenheit sowie eine im Leistungsangebot bzw. in der Behandlungsausrichtung der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung sei. Insoweit sei auch festgestellt worden, dass in diesem Zusammenhang nicht uneingeschränkt ein Versorgungsschwerpunkt dann anzuerkennen sei, wenn der geltend gemachte Leistungsbereich einen Anteil von mindestens 20 % der von der Praxis abgerechneten Gesamtpunktzahl ausmache. Hierzu wird unter Anlage K 2 die Aufstellung des Punktzahlvolumens der Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO und deren Anteil am Punktzahlvolumen der Leistungsparte der Sonderleistungen sowie an der Gesamtpunktzahl vorgelegt. Aus dieser Aufstellung sei zu ersehen, dass im Jahre 1996 der Anteil der chirotherapeutischen Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen bei jeweils über 20 % gelegen habe. Gleiches gelte auch noch für das Jahr 1997 für die Quartale vor Einführung des Praxisbudgets zum Quartal 3/97. Dass der Kläger sein Abrechnungsverhalten aber auch danach nicht geändert habe, zeige sich daran, dass die Ansatzhäufigkeit der Leistungen im Wesentlichen gleichgeblieben sei, wenn man die Werte vor Budgetierung betrachte. So sei im Quartal 3/98 festzustellen, dass der Kläger für die Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO vor Budgetierung 247.340 Punkte zur Abrechnung gebracht habe. Der Anteil an den Sonderleistungen (325.770 Punkte) habe bei 75 % gelegen. Gleiches sei auch für das Quartal 4/98 festzustellen.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 10. Juli 2002 die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 7. Juli 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. September 1999 verpflichtet (Erweiterung des Zusatzbudgets "Chirotherapie"), gemäß der Rechtsauffassung des Gerichts eine neue Sachentscheidung zu treffen. Die Kammer gehe zunächst davon aus, dass die Beteiligten einvernehmlich das Schreiben vom 8. Oktober 1998 als Neuantrag gemäß [§ 48 SGB X](#) ansehen. Ausweislich der im Termin nachgereichten Teile der Verwaltungsakte sei ein inhaltlich gleicher Antrag vom Mai 1998 durch Bescheid vom 2. September 1998 abgelehnt worden. In

seinem Schreiben vom 8. Oktober 1998 habe der Arzt um eine Überprüfung der ablehnenden Entscheidung gebeten, wobei die Widerspruchsfrist möglicherweise bereits verstrichen gewesen sei. Nachdem auch der anwaltschaftlich vertretene Kläger weder vor noch im Termin die Sachbehandlung aus diesem Gesichtspunkt angegriffen habe, sei die Kammer von einer Erledigung des Widerspruchsverfahrens und Neuantragstellung ausgegangen. Damit habe eine Sachentscheidung nicht der Umstand des nicht abgeschlossenen Vorverfahrens im Wege gestanden. Die Klage erweise sich als teilweise begründet. Auf Grund der zur Vergütung gelangten Menge an chirotherapeutischen Leistungen im Verhältnis zur Gesamtleistungspunktzahl, auf Grund der unbestrittenen Darlegung zur Notwendigkeit und infolge der erheblichen Abweichung gegenüber der maßgeblichen Arztuntergruppe sei ab dem Antragszeitpunkt 8. Oktober 1998 bis einschließlich dem 4. Quartal 2001 vom Bestehen eines besonderen Versorgungsbedarf im Einzelfall auszugehen, den es durch Erweiterung des Zusatzbudgets "Chirotherapie" angemessen zu bewerten gelte. Die Kammer könne jedoch ihr Ermessen nicht an die Stelle der Beklagten setzen und die Höhe der Budgeterweiterung selbst festlegen. Ab dem 1. Quartal 2002 sehe sie wegen eingetretener wesentlicher Änderung der Verhältnisse den zunächst bestehenden Versorgungsschwerpunkt als soweit abgeschmolzen an, dass ein besonderer Versorgungsbedarf im Sinne des allgemeinen Teils A I. B 4.3 EBM-Ä nicht mehr bestehe. Zusammenfassend ließen sich zwei Indizien herausstellen, deren kumulative Erfüllung im Regelfall das Bestehen eines besonderen Versorgungsbedarfes nahelege. Zum Einen eine erhebliche Abrechnungshäufigkeit der betreffenden Leistungen, für die ein besonderer Mehrbedarf geltend gemacht werde. Eine erhebliche Abweichung, die einen Härtefall auslöse, werde erst angenommen werden können, wenn der erhöhte Anteil am Gesamtpunktzahlvolumen des Arztes der mit dem besonderen Versorgungsbedarf verbundenen Leistungen erheblich erscheine. Nach hier vertretener Ansicht liege dies bereits bei Erreichen einer Schwelle von um die 10 %. Die Erfüllung einer 20 %-Schwelle lege die Kammer im Falle der Prüfung der Erweiterung des allgemeinen Praxisbudgets zugrunde. Zum Anderen müsse sich die Ansatzhäufigkeit im Vergleich zur Arztgruppe als überdurchschnittlich darstellen. Wertvolle Hinweise gäben neben einer ausreichend verfeinerten Abrechnungsstatistik auch die Berechnung der Quote für das Zusatzbudget. In Anwendung dieser Grundsätze müsse die Kammer für den Zeitraum ab Antragstellung bis Ende des Jahre 2001 von einem besonderem Versorgungsbedarf ausgehen. Die chirotherapeutischen Leistungen seien seitens der Beklagten nach Abrechnungsprüfung zur Bewertung zugelassen worden. Es sei demnach davon auszugehen, dass der Kläger die in der Abrechnungsstatistik ausgewiesenen chirotherapeutischen Leistungen legendengerecht erbracht habe. Die Beklagte habe auch nicht der Darlegung widersprochen, dass die erbrachten chirotherapeutischen Leistungen notwendig gewesen seien. Insbesondere sei nicht vorgetragen worden, ob und in welchem Umfang die Sonderleistungen des Klägers Grund zur Beanstandung vor den Prüfungsgremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung gegeben hätten. Unter Zugrundelegung der Daten der Abrechnungsstatistik als notwendig erbrachte chirotherapeutische Leistungen zur Versorgung der Patientenklintel der klägerischen Praxis ergebe sich anhand der Zahlen für das Quartal 1/99 ein Anforderungsvolumen an chirotherapeutischen Leistungen (vor Budgetierung) von rund 194.000 Punkten. Es ergebe sich damit ein ausreichend erhöhter Anteil am Gesamtpunktzahlvolumen chirotherapeutischer Leistungen von über 15%. Diese Entwicklung bleibe bis in das Jahr 2000 hinein in etwa gleich, um im Jahre 2001 auf einen Wert von über 11 % abzufallen. Im 1. Quartal 2002 liege der Anteil am Gesamt- punktzahlvolumen bei unter 10 %. Diese Entwicklung rechne die Kammer den Umständen der von den Beteiligten geschilderten Niederlassung von Orthopäden in örtlicher Nähe des klägerischen Vertragsarztsitzes und einer damit einhergehenden Patientenwanderung zu, die ab dem Quartal 1/2002 die Annahme eines besonderen Versorgungsbedarfes des Patientenklintels des Klägers mangels ausreichend großem Versorgungsschwerpunkt entfallen lasse. Auch liege eine nachhaltige Abweichung der Abrechnungshäufigkeit von der Typik der gebiets- und qualifikationsgleichen Arztuntergruppe derjenigen Allgemeinärzte vor, die das qualifikationsgebundene Zusatzbudget "Chirotherapie" in Anspruch nehmen könnten. Auch hier zeige sich anhand der Zahlen des 1. Quartals 1999, dass nur 14 % des Anforderungsvolumens vergütet worden seien. Von 193.000 Punkten seien 166.000 Punkte gestrichen worden. Diese Entwicklung verlaufe parallel zu der Entwicklung des Anteils chirotherapeutischer Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass das den Allgemeinärzten mit dem Zusatzbudget "Chirotherapie" zugestandene Punktzahlvolumen die typischen Verhältnisse der qualifikationsgleichen Arztuntergruppe (Allgemeinärzte, Chirotherapie) der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 ausdrücke (vgl. Anlage 4 EBM-Ä). Gegen diese Entscheidung richtet sich die Berufung der Beklagten vom 23. Oktober 2002, die mit Schriftsatz vom 14. Februar 2003 näher begründet wurde. Das Sozialgericht habe die objektive Seite des Tatbestandsmerkmals "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes" verkannt. Der erkennende Senat habe hierzu in seinen Entscheidungen vom 10. April 2002 (Az.: [L 12 KA 145/00](#) und [L 12 KA 53/00](#)) unter Bezugnahme auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 16. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 53/00 R](#)) treffend ausgeführt, dass die Erweiterung nicht nur aus subjektiven, sondern auch aus objektiven, außerhalb der Praxis liegenden Gründen der Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes erforderlich sein müsse. Die Leistungen im Planungsbereich des Klägers würden von einer weit ausreichenden Anzahl von anderen Vertragsärzten ebenfalls erbracht, insbesondere auch von anderen Allgemeinärzten oder praktischen Ärzten und Orthopäden. Das Sozialgericht sei zu Unrecht der Behauptung des Klägers gefolgt, dass im Planungsbereich des Klägers eine Unterversorgung in Bezug auf die Fachgruppe der Orthopäden vorgeherrschte habe und die sinkende Leistungserbringung des Klägers im Bereich der Chirotherapie auf die Niederlassung von Orthopäden in der örtlichen Nähe des Klägers zurückzuführen sei. Bei den vom Kläger genannten angeblich neu niedergelassenen Orthopäden handle es sich lediglich um Praxisverlegungen sowie um Niederlassungen auf Grund der Aufgabe von orthopädischen Praxen. Es bestehe auch bis auf einen dieser Orthopäden keine örtliche Nähe der Niederlassungsorte zur Praxis des Klägers. Für die Versorgungslage habe dies allerdings keine entscheidende Bedeutung. Die Zahl der im Planungsbereich niedergelassenen Orthopäden sei über den Zeitraum 1999 bis 2001 völlig unverändert geblieben. Der Planungsbereich sei unverändert wegen Überversorgung gemäß [§ 103 Abs.1 SGB V](#) für die Fachgruppe der Orthopäden gesperrt. Die Überweisungsstatistiken der Praxis des Klägers würden ebenfalls keine den klägerischen Anspruch stützende Werte liefern. Die Praxis verfüge praktisch über keine Überweisungen. Hiervon abgesehen sei die vom Sozialgericht angewendete Grenze (10 % am Gesamtleistungsbedarf) hinsichtlich des Praxisschwerpunkts nicht von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gedeckt und nach Ansicht der Beklagten auch nicht sachgerecht. Das Bundessozialgericht habe nunmehr in ständiger Rechtsprechung die leistungssteuernde Intention der EBM - Praxis- und Zusatzbudgets anerkannt. Dem Vorliegen eines Anteils in Höhe von 20 % am Gesamtleistungsbedarf hingegen komme für die Prüfung eines Praxisschwerpunkts eine wichtige Indizwirkung zu. Zwar räume das BSG ein, dass diese Schwelle nicht absolut zu sehen sei, eine Abweichung hiervon sei aber unter dem Gesichtspunkt der leistungssteuernden Absicht der EBM - Praxis- und Zusatzbudgets nur in sehr engen Grenzen sachgerecht. Da der Anteil der chirotherapeutischen Leistungen am Gesamtleistungsbedarf der Praxis des Klägers diese Grenze in allen Quartalen deutlich nicht erreiche, sei ein Praxisschwerpunkt nicht anzuerkennen. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass die chirotherapeutischen Leistungen eine persönliche Leistungserbringung durch den Arzt erfordern und deshalb während dieser Zeit keine anderen Leistungen erbracht werden könnten. Dies zeigten am deutlichsten die Quoten des Praxisbudgets im Jahre 2001 (1/01: unterschrittenes Praxisbudget; 2/01: 95,7 % ; 3/01: 98,9 % und 4/01: 95,7 %). Die isolierte Betrachtung nur eines bestimmten Zusatzbudgets führe zumeist zu einer sehr einseitigen und nicht zielführenden Bewertung, da die Budgetierung nur als Ganzes einen sinnvollen Hinweis auf die Frage liefere, ob die Praxis in unzumutbarer Weise beeinträchtigt sei. Die Beklagte hat auf Anfrage des Senats noch mitgeteilt, dass bei der Berechnung der Höhe der Fallpunktzahl für das Zusatzbudget Chirotherapie nur die Ärzte in die Berechnung einbezogen würden, die die gesamten Leistungen des Zusatzbudgets mindestens zehnmal abgerechnet haben. Zudem wurde die Anzahl der Allgemeinärzte/Praktischen Ärzte mit dem

Zusatzbudget "Chirotherapie" in den Quartalen 1/99 bis 4/01 dargestellt, die zwischen 111 und 116 schwankt.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 10. Juli 2002 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Entgegen der von der Beklagten vertretenen Auffassung stehe die Entscheidung des Sozialgerichts nicht im Widerspruch zur einschlägigen Rechtsprechung des BSG hinsichtlich der Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets, was auch für die Rechtsprechung des LSG gelte. Unzutreffend seien auch die Ausführungen der Beklagten, dass sich das Sozialgericht bei seiner Entscheidungsfindung auf nicht zutreffende Tatsachen gestützt habe. Das SG habe vielmehr seine Beurteilung auf eine Zusammenschau der jüngeren Abrechnungsstatistiken der Praxis und derjenigen vor dem Antragszeitpunkt bzw. dem Zeitpunkt der letzten Sachentscheidung durch die gerichtliche Tatsacheninstanz herangezogen. Bei der Beurteilung, ob ein Sicherstellungsbedarf vorliege, komme es allein darauf an, ob in der Praxis die Leistungen notwendig erbracht werden müssten, d.h. der notwendige Versorgungsbedarf in der Praxis selbst bestehe. Es sei insoweit nicht ausschlaggebend für die Beurteilung, ob auch andere Ärzte die vom Kläger geforderten Leistungen ebenfalls erbringen könnten. Zwar möge der Beklagten insoweit zuzustimmen sein, als die Ausnahmeregelung in A I. Teil B 4.3 des EBM als Härtefallregelung restriktiv auszulegen sei. Ein solcher Härtefall liege beim Kläger aber vor, weil lediglich ein ganz geringer Prozentsatz des Anforderungsvolumens aus dem Zusatzbudget vergütet werde. Auch die von der Beklagten vorgetragenen Bedenken gegen die vom SG angewendete Grenze von 10 % am Gesamtleistungsbedarf seien nicht nachvollziehbar. Vielmehr gehe sowohl das BSG als auch das Bayer. LSG davon aus, dass der Anteil bzw. die Grenze von 20 % bezogen auf einen bestimmten Leistungsbereich an der von der Praxis abgerechneten Gesamtpunktzahl nicht uneingeschränkt auf das Merkmal des besonderen Versorgungsbedarfs im Sinne der Ziffer 4.3 EBM übertragen werden könne. Entgegen den Ausführungen der Beklagten hätten sich tatsächlich im Planungsbereich in den letzten Jahren einige Orthopäden niedergelassen. Hierzu werden fünf Orthopäden namentlich genannt.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte der Beklagten, die Akte des Sozialgerichts München mit dem Az.: [S 42 KA 4239/00](#) sowie die Akte des Bayer. Landessozialgerichts mit dem Az.: [L 12 KA 151/02](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig und auch begründet.

Entsprechend war das Urteil des Sozialgerichts München vom 10. Juli 2002 aufzuheben und die Klage vom 30. Oktober 2000 des Klägers gegen den Bescheid der Beklagten vom 7. Juli 1999 in der Gestalt vom des Widerspruchsbescheides vom 21. September 2000 war abzuweisen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erweiterung des Zusatzbudgets Chirotherapie in dem vom SG zugesprochenen Zeitraum vom 8. Oktober 1998 bis 31. Dezember 2001.

Nach der Nr.4.3 des Buchstaben A I. der Allgemeinen Bestimmungen Teil B des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EMB) in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag eines Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren.

Der Senat hat bereits mit Urteilen vom 26. Juli 2000, Az.: [L 12 KA 136/99](#), vom 7. Februar 2001, Az.: [L 12 KA 60/99](#), vom 21. März 2001, Az.: [L 12 KA 99/99](#), vom 10. Oktober 2001, [L 12 KA 87/00](#), vom 13. März 2002, [L 12 KA 124/00](#) und [L 12 KA 14/01](#) und vom 10. April 2002, [L 12 KA 145/00](#) entschieden, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß Ziffer 4.3 a.a.O. als Ausnahmenvorschrift eng auszulegen sind und zwar ihrem Sinn und Zweck entsprechend als Härtefallregelung (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, [B 6 KA 53/00 R](#) = SozR 3-2500 [§ 87 SGB V](#) Nr.31). Die Partner der Bundesmantelverträge haben diese Regelung des EBM in der Ziffer 4 der Vereinbarung zur Einführung des Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (vgl. Deutsches Ärzteblatt 1997, A 403 f.) dahingehend ausgelegt, dass die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen kann, wenn nachfolgend genannte Krankheitsfälle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellen: Betreuung von HIV-Patienten; onkologische Erkrankungen; Diabetes; Mukoviszidose; Schmerztherapie (Teilnehmer an der Schmerztherapievereinbarung); kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen; erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil.

Aus der Wortwahl ergibt sich, dass die Aufzählung in der Ziffer 4 der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 nicht abschließend ist. Entsprechend dem Charakter dieser Vereinbarung als Interpretation haben die Vertragspartner beispielhaft einige Fallgruppen für bestimmte spezifische Schwerpunktsetzungen genannt, bei denen im Einzelfall ein konkret nachgewiesener besonderer Versorgungsbedarf angenommen werden kann. Aus Gründen der Gleichbehandlung ([Art. 3 Abs.1 GG](#)) muss es sich bei den weiteren Ausnahmetatbeständen, die eine Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach Kapitel A I. Teil B Ziffer 4.3 des EBM rechtfertigen, um Tatbestände handeln, die mit den in Ziffer 4 der Vereinbarung genannten vergleichbar sind. Im Unterschied zu den zwischen dem 1. Juli 1996 und dem 30. Juni 1997 geltenden Teilbudgets sind die Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 ursprünglich als Dauerregelung ohne zeitliche Begrenzung eingeführt worden. Der mehrstufige Aufbau von allgemeinem Praxisbudget, qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets, bedarfsabhängigen Zusatzbudgets, budgetfreien Leistungen und Ansprüchen auf Erweiterung von Praxis- und/oder Zusatzbudgets schließt eine Auslegung dieser Vorschrift in dem Sinne aus, dass jedem Arzt die bestehende Ausrichtung seiner Behandlungstätigkeit schlechthin ohne Einbuße beim Honorar auf Dauer garantiert werden müsste. Eine derartige Festschreibung einer bestimmten Behandlungsausrichtung oder Praxisstruktur ist mit dem Grundanliegen der Einführung von Praxisbudgets nicht vereinbar. Angesichts der auf spezielle Leistungen eines bestimmten Behandlungsbereichs zugeschnittenen qualifikationsabhängigen Zusatzbudgets besteht nur unter ganz besonders gelagerten Voraussetzungen eine Notwendigkeit für deren Erweiterung zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs. Dies ist der Fall, wenn die einzelne Praxis eine von der Typik der Arztgruppe nachhaltig abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw. eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebietes aufweist, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Diese Voraussetzungen können dagegen nicht schon durch den Hinweis darauf belegt werden, ein einzelner Arzt habe die seit dem 1. Juli 1997 einem

qualifikationsgebundenen Zusatzbudget zugeordneten Leistungen in der Vergangenheit häufiger als der Durchschnitt seiner Fachgruppe erbracht, und das sei von den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht beanstandet worden.

Ausgehend von diesen indiziellen Voraussetzungen ist zunächst festzustellen, dass eine Erbringung von Leistungen aus dem Teilbereich eines Fachgebietes nicht vorliegt, da in das Zusatzbudget Chirotherapie nur die streitigen beiden Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO fallen, um die es gerade geht. Bei der Berechnung der praxisbezogenen Fallpunktzahl für das Zusatzbudget Chirotherapie in Höhe von 30,12 Punkten werden zudem nur solche Allgemeinärzte/Praktischen Ärzte miteinbezogen, die die Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO mindestens zehnmal abgerechnet haben. Mit diesem Schwellenwert wird vermieden, dass durch die Einbeziehung von "Nullabrechnern" die praxisbezogene Fallpunktzahl zu Lasten der auf die Erbringung der Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO spezialisierten Vertragsärzte niedriger festgelegt wird. Eine nachhaltig von der Typik der Arztgruppe bezogen auf das Zusatzbudget Chirotherapie abweichende Praxisausrichtung liegt - was die Streitgegenständlichen Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO anbelangt - ebenfalls nicht vor. Die Besonderheit könnte allenfalls darin liegen, dass der Kläger diese Leistungen deutlich häufiger als die Vergleichsgruppe der Praktischen Ärzte/Allgemein-ärzte bzw. auch als die für das Zusatzbudget berechtigten Ärzte abgerechnet hat. Mit der Abrechnung der Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO erreicht der Kläger in den Quartalen 1/99 bis 2/00 Werte um die 15 % an der abgerechneten Gesamtpunktzahl (Quartal 1/99: 15,46 %, 2/99: 15,48 %, 3/99: 15,09 %, 4/99: 15,10 %, 1/00: 14,90 %, 2/00: 15,19 %), die in den Quartalen 3/00 (18,10 %) und 4/00 (17,42 %) noch ansteigen, um dann ab dem Quartal 1/01 zurückzugehen (Quartal 1/01: 13,16 %, 2/01: 11,38 %, 3/01: 12,44 % und 4/01: 11,30 %) und ab dem hier nicht mehr streitigen Zeitraum ab 1/02 nach Feststellungen des Sozialgerichts unter 10 % abfallen. Die Entwicklung der Abrechnungswerte ist nach Einschätzung des Senats nicht - wie vom SG angenommen und von Klägerseite auch im Berufungsverfahren geltend gemacht - mit der besonderen Versorgungssituation hinsichtlich der Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO in der örtlichen Nähe des klägerischen Vertragsarztsitzes zu erklären. Hinsichtlich der "besonderen Versorgungssituation in der örtlichen Nähe des Vertragsarztsitzes" bzw. im gesamten Planungsbereich N.-Stadt ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Beklagte dem objektiven Bedarf eine ihm nicht zukommende zu gewichtige Rolle beimisst. Allein mit der Feststellung, dass im Planungsbereich 82 Ärzte (davon 37 Allgemeinärzte) die Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO ebenfalls abrechnen, lässt sich die Verneinung eines "besonderen Versorgungsbedarfs" in der Praxis des Klägers nicht begründen. Die Ausgestaltung des Abschnitts A I. B 4.3 des EBM als Härtefallregelung schließt es aus, dessen Tatbestandsvoraussetzungen allein unter objektiven Gesichtspunkten abzulehnen. Aus der Tatsache, dass ausreichend Ärzte im Planungsbereich ebenfalls die Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO erbringen, ergibt sich allenfalls, dass insoweit keine Anhaltspunkte für einen besonderen Versorgungsbedarf in der Praxis des Klägers bestehen. Dies schließt aber das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs gerade in der Praxis des Klägers nicht aus. Wenn dagegen aus objektiver Sicht bereits Anhaltspunkte für einen Versorgungsbedarf bestehen, lassen sich daraus gegebenenfalls Rückschlüsse auf einen in der Praxis des Klägers bestehenden besonderen Versorgungsbedarf ziehen wie auch der vom BSG in seinem Urteil vom 16. Mai 2001 ([SozR 3-2500 § 87 Nr.31](#), S.178/179) gebildete Fall eines Chirurgen in einer Stadt ohne Radiologen mit deutlich mehr Röntgenleistungen, unter anderem auf Überweisung, als für die Gruppe der Chirurgen mit Röntgenberechtigung üblich, zeigt. Eine solche besondere Bedarfslage hinsichtlich der Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO ist in der näheren Umgebung der Praxis des Klägers für den Senat - entgegen der Auffassung des SG und des Klägers - für den hier maßgeblichen Zeitraum von Oktober 1998 bis 31. Dezember 2001 nicht erkennbar. Hinsichtlich der vom Kläger benannten fünf Orthopäden, die sich in den letzten Jahren neu niedergelassen hätten, was die sinkende Leistungserbringung des Klägers bei den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO erkläre, ist zunächst festzustellen (vgl. im Einzelnen Arztverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Bezirksstelle Mittelfranken in den einzelnen Quartalen), dass Dr.W. bereits seit dem 1. Quartal 1997 in N. am C.platz niedergelassen war und Dr.Sch. erst zwischen dem 2. Quartal 2002 und dem 1. Quartal 2003 seinen Praxissitz innerhalb N. von der A.gasse in die K.straße verlegt hat. Zu den der Praxis des Klägers besonders nahe liegenden Praxen von Prof.Dr.G. (200 m entfernt) und Dr.K. (400 m entfernt) ist festzustellen, dass diese Ärzte bereits seit dem 1. Quartal 1999 dort niedergelassen waren (vgl. hierzu auch das Schreiben des Klägers vom 21. Oktober 1999), wobei am Praxissitz von Prof.Dr.G. vorher der Orthopäde Dr.H. niedergelassen war, während Dr.K. innerhalb N. seinen Praxissitz verlegt hat. Der Vollständigkeit halber ist noch festzustellen, dass auch Dr.B. bereits vom Quartal 1/99 zum Quartal 2/99 innerhalb von N. seinen Praxissitz verlegt hat. Der Senat ist vor diesem Hintergrund mit der Beklagten der Auffassung, dass der Rückgang der Leistungs-Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO sich nicht in nennenswerter Weise mit dem Zuzug/Umzug anderer Orthopäden erklären lässt. Auch die vom Kläger vermutete- Gesamtübersichten für den hier streitigen Zeitraum nicht belegbar. Vielmehr hatte der Kläger im Quartal 1/99 918 Patienten, wobei die Patientenzahl zwischendurch zwar zurück ging, im Quartal 4/01, dem letzten Quartal, in dem das SG noch von einem besonderen Versorgungsbedarf ausging, wieder bei 903 Patienten lag. Von daher ist es für den Senat nicht nachvollziehbar, wieso gerade von Quartal 4/01 auf das Quartal 1/02 der besondere Versorgungsbedarf entfallen sein sollte. Der kontinuierliche Rückgang der Abrechnungswerte bei den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO erklärt sich aus Sicht des Senates vielmehr in einer Anpassung des Behandlungsverhaltens des Klägers gerade vor dem Hintergrund der Praxis- und Zusatzbudgets, was durchaus auch im Sinne des Normgebers liegt, dem eine Festschreibung einer bestimmten Behandlungsausrichtung fern lag, was zwangsläufig zu einer entsprechenden Modifizierung des Behandlungsverhaltens des Vertragsarztes führen muss. Die stichprobenartige Durchsicht der Behandlungsausweise aus den Quartalen 1/99, 1/00 und 1/01 durch den mit zwei Ärzten (Allgemeinärzte) als ehrenamtliche Richter fachkundig besetzten Senat hat auch Spielraum für eine solche Modifizierung des Behandlungsverhaltens ergeben, ohne die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO in Frage stellen zu wollen. Insgesamt ist festzustellen, dass nach den ursprünglich als Dauerregelungen konzipierten Praxis- und Zusatzbudgets nicht mehr spezielle Praxisausrichtungen als solche bei der Honorarierung begünstigt werden sollen, sondern - "enger" - nur noch Praxen, die unter Inkaufnahme von dann zu kompensierenden Härten einen besonderen Versorgungsbedarf zu befriedigen haben (vgl. hierzu BSG, Beschluss vom 13. November 2002, Az.: B 6 KA 47/02 B). Eine derartige Härte ist beim Kläger nach dem Gesagten insgesamt nicht zu erkennen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Absätze 1 und [4 SGG](#) in der bis zum In-Kraft-Treten des 6. SGG-Änderungsgesetzes geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung.

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-11-03