L 12 KA 99/99

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 38 KA 177/99
Datum
15.07.1999
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 99/99
Datum
21.03.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 15. Juli 1999 wird zurückgewiesen.
II. Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch des Klägers auf Erweiterung oder Aussetzung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I B 4.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) streitig, den der Kläger wegen eines erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegenden Überweisungsanteiles an Patienten geltend gemacht hat.

Der in M ... niedergelassene Kläger nimmt als Orthopäde an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er beantragte am 20.Mai 1997 bei der Beklagten u.a. die Erweiterung bzw. Aussetzung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets, da ein erheblich über den Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil einen Schwerpunkt seiner Praxistätigkeit darstelle.

Mit Bescheid vom 7. Oktober 1997 lehnte die Beklagte diesen Antrag des Klägers ab. Zur Begründung seines dagegen dagegen eingelegten Widerspruches trug der Kläger vor, er sei überzeugt, dass sein Überweisungsanteil erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liege und dass deswegen grundsätzlich eine Erweiterung der Budgets möglich sei. Er bat, ihm die entsprechenden Zahlen zur Verfügung zu stellen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10. Dezember 1998 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück. Die Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets solle zur Begrenzung der medizinisch nicht nachvollziehbaren Mengenausweitung und zu einer Reduzierung des Leistungsbedarfs führen. Eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zuatzbudgets bis zur Höhe des in der Vergangenheit abgerechneten Leistungsvolumens sei deshalb in der Regel nicht möglich. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I B 4.3 des EBM könne auf Antrag im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewährt werden. Danach könne ein Budget insbesondere dann erweitert oder ausgesetzt werden, wenn die in der "Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" genannten Krankheitsfälle oder spezifischen Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellen. Hierzu habe die Beklagte im Einzelfall Kriterien festgelegt und beschlossen. Denen zufolge müssten folgende Voraussetzungen kumulativ vorliegen: 1. Der Überweisungsanteil müsse mindestens 50 % über dem Arztgruppendurchschnitt liegen. 2. Der Fallwert des Arztes müsse mindestens 50 % über dem Fallwert der Arztgruppe liegen. 3. Der Anteil der Überweisungen müsse mindestens 10 % betragen.

Damit werde den Ärzten Rechnung getragen, die aufgrund der hohen Spezialisierung ihrer Praxistätigkeit die obengenannten Kriterien erfüllten und somit einen Praxisschwerpunkt im Sinne der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 hätten. Der Überweisungsanteil der Arztgruppe betrage im Quartal 3/96 19 % und im Quatal 1/97 20,9 %. Der Überweisungsanteil des Klägers betrage dagegen im Quartal 3/96 34,4 %, im Quartal 1/97 34,3 % und liege daher um mehr als 50 % über dem Überweisungsanteil der Arztgruppe.

Der Fallwert der Arztgruppe betrage für das Quartal 3/96 1.419 Punkte, für das Quartal 1/97 1.460,9 Punkte. Demgegenüber betrage der Fallwert des Klägers für 3/96 1.445,3 Punkte bzw. für das Quartal 1/97 1.326,5 Punkte und liege damit nicht um mehr als 50 % über dem Fallwert der Arztgruppe.

Der Anteil der Überweisungen an der Gesamtfallzahl der Praxis betrage im Fall des Klägers 34,4 % in 3/96 bzw. 34,3 % in 1/97 und liege

daher über den vom Vorstand beschlossenen 10 %.

Da die vom Vorstand beschlossenen Kriterien kumulativ vorliegen müssten, der Kläger aber nicht die Nr.2 der vom Vorstand festgelegten Kriterien erfülle, sei der Widerspruch zurückzuweisen.

Die gegen den am 11. Januar 1999 zugestellten Widerspruchsbescheid erhobene Klage ging am 21. Januar 1999 beim Sozialgericht München ein. Zu ihrer Begründung führte der Kläger aus, die Beklagte erkenne an, dass er den geforderten überdurchschnittlichen Anteil an überwiesenen Patienten bei weitem übertreffe. Dieser hohe Überweisungsanteil sei u.a. damit zu begründen, dass er vielfältige aufwändige Therapien in seiner Praxis durchführe. Aus den Quartalsabrechnungen gehe hervor, dass in seiner Praxis um über 100 % über dem Durchschnitt physikalische Therapien geleistet würden. Andere aufwändige Leistungen würden ebenfalls bei ihm in weit überdurchschnittlichem Maße erbracht. Dies habe zur Folge, dass ein an ihn überweisender Hausarzt in vielen Fällen eine - um ein Vielfaches teuere - Heilmittelverordnung, möglicherweise sogar eine Krankenhauseinweisung einspare. Nicht nachvollziehbar sei seiner Ansicht nach die Bestimmung der Beklagten, dass die Erweiterung eines Budgets nur gewährt werden könne, wenn der Fallwert des Arztes mindestens 50 % über dem Fallwert der Arztgruppe liege. In der Konsequenz bedeutet dies, das sein Antrag auf Erweiterung des Budgets abgelehnt werde, weil er zu wenig abgerechnet habe. Diese Bestimmung konterkarriere geradezu den Sinn der Budgetierung, nämlich die Begrenzung der medizinisch nicht nachvollziehbaren Mengenausweitung und die Reduzierung des Leistungsbedarfs. Da sein Budget nicht mehr für eine qualitätsorientierte Behandlung in den Überweisungsfällen ausreiche, könne er die Kriterien der Beklagten 6nicht akzeptieren.

Mit Urteil vom 15. Juli 1999 hat das Sozialgericht den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 10. Dezember 1998 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über den Widerspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Gemäß A I B 4.3 des EBM könne die Beklagte auf Antrag eines Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zuzsatzbudgets gewähren. In der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 vom 14. Februar 1997 seien weitere Kriterien enthalten, wann eine Erweiterung der Praxis- und Zuatzbudgets gewährt werden könne. Beiden Regelungen sei gemeinsam, dass sie eine Ausnahmeregelung abweichend von der Festlegung der Praxis- und Zusatzbudgets darstellten. Dabei werde in der genannten Vereinbarung der besondere Versorgungsbedarf präzisiert. Gegen die grundsätzliche Schaffung einer solchen Ausnahmeregelung beständen keine rechtlichen Bedenken.

Ebenfalls nicht grundsätzlich zu beanstanden sei, wenn die Kassenärztliche Vereinigung ermächtigt werde, im Einzelfall eine Erweiterung des Praxis- bzw. Zusatzbudgets zu gewähren. Allerdings dürfe die Delegation auf die Kassenärztliche Vereinigung nicht dazu führen, dass diese selbst zusätzliche Kriterien aufstelle, soweit typische Ausnahmefälle geregelt werden sollen. Denn dies würde zu einer Verlagerung der Kompetenz vom Bewertungsauschuss hin zur Kassenärztlichen Vereinigung bedeuten. Nicht zuletzt auch im Hinblick auf die "Wesentlichkeitstheorie" müssten Ausnahmeregelungen, soweit sie sich auf typische Fallkonstellationen bezögen, dem Bewertungsausschuss bzw. den Partnern des Bewertungsausschusses selbst vorbehalten bleiben. Dagegen sei es als zulässig anzusehen, wenn hinreichend bestimmte durch den Bewertungsausschuss vorgegebene Kriterien durch den Vorstand präzisiert und umgesetzt würden.

Mit dem von der Beklagten festgelegten Kriterium zu 1) werde darauf abgestellt, ob der Überweisungsanteil mindestens 50 % über dem Arztgruppendurchschnitt liege. Diese vergleichende Betrachtung innerhalb der Fachgruppe erscheine vom Grunde her, als auch was den Prozentsatz betreffe, als sachgerecht. Mit einem Überweisungsanteil, der über 50 % über der Arztgruppe liege, lasse sich ein besonderer Versorgungsbedarf vermuten.

Auch nicht zu beanstanden sei das Kriterium zu 3). Danach müsse der Anteil der Überweisungen mindestens 10 % betragen. Auch hierbei handele es sich um ein sachgerechtes Kriterium, das auf die Quantität innerhalb der Praxis abstelle.

Dagegen handele es sich bei dem Kriterium zu 2) nach Auffassung des Gerichtes um ein nicht sachgerechtes Kriterium. Danach müsse der Fallwert des Arztes mindestens 50 % über dem Fallwert der Arztgruppe liegen. Ein sachgerechtes Kriterium liege aber nur dann vor, wenn es zur Abgrenzung des besonderen Versorgungsbedarfes vom nicht besonderen Versorgungsbedarf geeignet und bei dessen Vorliegen eine Erweiterung des Praxis- bzw. Zusatzbudgets gerechtfertigt sei. Auch im Rahmen der mündlichen Verhandlung habe nicht abgeklärt werden können, aus welchem Grund der Vorstand der Beklagten dieses Kriterium festgesetzt habe. Vermutlich sollten hochspezifische Leistungen verbunden mit einem hohen Fallwert erfasst werden, bei denen ein besonderer Versorgungsbedarf vermutet werde. Im Vordergrund stehe der Überweisungsanteil, der, wenn überdurchschnittlich und quantitativ von Bedeutung, einen besonderen Versorgungsbedarf vermuten lasse. Der hohe Überweisungsanteil könne auf spezielle Leistungen zurückzuführen sein, müsse dies aber nicht. Es könnten auch andere, vielfältige Ursachen dafür bestehen, dass die Überweiser Leistungen, auch wenn sie sie selbst erbringen könnten, nicht erbringen und die Patienten anderen Ärzten zuführen. Das Abstellen auf den Fallwert als kumulative Voraussetzung sei deshalb nach Auffassung des Gerichtes kein objektiver Gradmesser für einen besonderen Versorgungsbedarf. Zu Recht weise der Kläger deshalb darauf hin, dass dies bedeuten würde, dass eine Ablehnung der Erweiterung des Praxis- bzw. Zusatzbudgets deshalb nicht stattfinde, weil er zu wenig abrechne.

Bei einer erneuten Überprüfung des Antrages werde die Beklagte nach der Rechtsauffassung des Gerichtes davon Abstand nehmen müssen, das Kriterium zu 2), wie es vom Vorstand beschlossen worden sei, anzuwenden. Das Gericht wolle aber bewusst offen lassen, ob auf der Basis der übrigen Kriterien der Ausnahmetatbestand als erfüllt anzusehen sei. Sollte das Kriterium zu 2) ersetzt werden, so wäre dies daran zu messen sein, ob es zur Abgrenzung des besonderen Versorgungsbedarfes von dem nicht besonderen Versorgungsbedarf geeignet sei.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 20. August 1999 zugestellte Urteil Berufung eingelegt, die am 16 September 1999 beim Bayerischen Landessozialgericht einging.

Zur Begründung ihrer Berufung trägt sie vor: Soweit das Sozialgericht in seinem Urteil vom 15. Juli 1999 das von ihr aufgestellte Kriterium, dass der Fallwert mindestens 50 % über den Fallwert der Arztgruppe liegen müsse, und in der Folge auch die Entscheidung betreffend den streitgegenständlichen Antrag des Klägers auf Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets für rechtswidrig erachte, vermöge sie dies nicht nachzuvollziehen. Ein bezogen auf die Praxis hoher bzw. ein - erheblich - über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil allein begründe noch keinen besonderen Behandlungsschwerpunkt. Ungezielte Überweisungen (ohne spezifischen Auftrag) entsprächen strukturell im Wesentlichen - auch für den Facharzt - einem neuen, eigenständigen Behandlungsfall, der dem eines Patienten entspreche, der den Vertragsarzt unmittelbar aufsuche. Derartige (normale) Behandlungsfälle, die gegenüber den

durchschnittlichen Verhältnissen der qualifikationsgleichen Arztgruppe keine Besonderheiten aufwiesen, würden mit den Praxis- und Zusatzbudgets abgegolten. Vorliegend sei daher kein Grund für die beantragte Erweiterung des Praxisbudgets erkennbar. Das vom Sozialgericht beanstandete Kriterium sei ein Aufgreifkriterium, das unter anderem als Indiz für einen durch spezifische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bedingten besonderen Versorgungsbedarf geeignet sei und ggf. zur eingehenden Prüfung der beantragten Erweiterung eines Praxis- bzw. Zusatzbudgets veranlasse. Die Gewährung einer Erweiterung von Praxis- und/oder Zusatzbudgets erfolge - nach individueller Prüfung - nur, wenn die streitige Fallwertüberschreitung auf einer anerkannten Praxisbesonderheit beruhe, eine unwirtschaftliche Behandlungsweise also nicht gegeben sei.

Die Leistungsvergütung des Klägers als Orthopäde unterliege der fallzahlabhängigen Budgetierung. Mit dem allgemeinen Praxisbudget gemäß A I B Nr.1.5 EBM seien jeweils die arztgruppentypischen Standardleistungen (ohne weitere Qualifikation) und mit den qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets gemäß A I B Nr.4.1 EBM sowie den bedarfsabhängigen Zusatzbudgets gemäß A I B Nr.4.2 EBM die Praxisbesonderheiten innerhalb einer Facharztgruppe berücksichtigt. Lediglich für Ausnahmesituationen, das bedeute für die jeweilige Arztgruppe atypische Praxisbesonderheiten, die nach A I Teil B Nr.4.1 bzw. Nr.4.2 EBM nicht abgedeckt seien, sehe A I B Nr.4.3 EBM auf Antrag eines Vertragsarztes die Erweiterung der Praxis und/oder Zusatzbudgets vor, wenn dies die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs erforderlich mache. Ohne spezifische Schwerpunkte und ohne die Übernahme der Behandlungen von bestimmten schwerwiegenden Gesundheitsstörungen in einem quantitativ relevanten Ausmaß komme dagegen eine Budgeterweiterung nach dem Zweck der Regelung nicht in Betracht. Für die Praxis des Klägers sei eine entsprechende Schwerpunktsetzung und somit auch ein besonderer Versorgungsbedarf nicht gegeben. Das gelte insbesondere auch, soweit der Kläger nun die Durchführung von physikalisch medizinischen Leistungen in seiner Praxis als Besonderheit geltend mache, denn insoweit verfüge der Kläger über das Zusatzbudget für Orthopäden "physikalische Therapie" gemäß A I B Nr.4.1 EBM. Dieses habe der Kläger nur in drei Quartalen (in 3/97, 1/00 und 2/00) - jeweils geringfügig - überschritten, und in den übrigen Quartalen jedoch jeweils unterschritten. Die abgerechneten Leistungen seien ihm also jeweils weitgehend vergütet worden. Soweit der Kläger die Durchführung von fallspezifischen Einzelberechnungen wünsche, bestehe dazu keine Veranlassung. Der Kläger erhalte seine Leistungsvergütung auf der Grundlage des Praxisbudgets, der Zusatzbudgets "Sonographie", "physikalische Therapie", "Chirotherapie", "Teilradiologie" und "Phlebologie" sowie der ggf. unbudgetierten Leistungen. Seine Besonderheiten gegenüber der Fachgruppe seien damit berücksichtigt. Zu einer Erweiterung des Praxisbudgets bestehe kein Raum.

Die Vertreterin der Beklagten beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 15.07.1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er führt zur Begründung seines Antrages aus: Niemand bestreite, dass ein Budget von ca. 760 Punkten (M/F) für körperliche Untersuchungen, Beratungen und die gesamte Behandlung (außer zweimaliger Manualtherapie) in einem Quartal voraussetze, dass ein ausgewogenes Verhältnis zwischen leistungsintensiven Problemfällen und nur geringen Aufwand erfordernden leichten Krankheitsfällen - sogenannte "Verdünnungsscheinen" - bestehe. Dieses Verhältnis werde direkt vom Anteil der "Überweisungsfälle" bestimmt. Ein hausärztlich tätiger Vertragsarzt werde nicht einen problemlos mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln zu behandelnden Patienten an einen Facharzt zur Weiterbehandlung überweisen. Ein Patient, der nur ein kurzes Beratungsgespräch oder ein Rezept brauche, oder der mit sporadischen Injektionen in den Gesäßmuskel oder an einer schmerzhaften Stelle ausreichend behandelt sei, werde keinen Überweisungsschein zum Orthopäden bekommen. Umgekehrt sei es aber korrekt, wenn ein Patient mit therapierefraktären Schmerzen oder mit einer mit hausärztlichen Mitteln nicht ausreichend zu behandelnden Erkrankung an einen Facharzt überwiesen werde. Die Behauptung der Beklagten, es bestehe kein wesentlicher struktureller Unterschied zwischen überwiesenen Patienten und Original-Schein-Patienten sei unzutreffend. Nach seinen eigenen Feststellungen seien im Quartal 1/98 von den 30 leistungsintensivsten ("teuersten") Patienten 19 im laufenden und zusätzlich 2 im vorhergehenden Quartal vom jeweiligen Hausarzt an ihn überwiesen worden. Damit betrage der Überweisungsanteil bei diesen Patienten 63,3 %. Von den 100 am wenigsten aufwändigsten ("billigsten") Patienten seien 5 überwiesen worden. Hier betrage der Überweisungsanteil 5 %. Daraus gehe hervor, dass Überweisungsfälle normalerweise mehr Leistungen erforderlich machten als "Originalscheine". Das Kriterium der Beklagten, dass der Fallwert mindestens 50 % über dem durchschnittlichen Fallwert liegen müsse, könne er nicht verstehen. Die 50 % Regel stelle sich ihm als willkürlich gewählte Grenze dar, mit dem alleinigen Ziel, eine nicht zu überwindende Hürde zu erreichen. Soweit er wisse, sei er der einzige Orthopäde im Zulassungsbezirk, der bei gesetzlich versicherten Patienten noch aufwändige physikalische Therapien in größerem Umfang durchführe. Somit läge durchaus eine zu berücksichtigende Praxisbesonderheit vor.

Er wende sich nicht grundsätzlich gegen die Budgetierung, sondern begehre lediglich eine Erweiterung der ihm zugestandenen Budgets, wegen des hohen Überweisungsanteils, der zu einer vermehrten Erbringung von phys.med.Leistungen führe. Er habe für das Quartal 2/2000 einen Hinweis zu seinen Abrechnungswerten erhalten, weil er in der Leistungsgruppe 09 den Wert der Fachgruppe um 128 % überschreite. Dies sei aber auf den hohen Überweisungsanteil, der eine Praxisbesonderheit darstelle, zurückzuführen.

Dem Senat liegen zur Entscheidung die Verwaltungsunterlagen der Beklagten, die Klageakte des Sozialgerichts mit dem Az.: S 38 Ka 177/99 sowie die Berufungsakte mit dem Az.: L 12 Ka 99/99 vor. Auf deren Inhalt, insbesondere den der vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten, wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß § 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist unbegründet. Das Sozialgericht hat mit dem angefochtenen Urteil vom 26. Oktober 1999 zu Recht den Bescheid der Beklagten vom 7. Oktober 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Dezember 1998 aufgehoben und damit der dagegen erhobenen kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage stattgegeben, weil der Bescheid der Beklagten vom 7. Oktober 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Dezember 1998 nicht rechtmäßig ist.

Rechtsgrundlage für das Begehren des Klägers ist Ziff.4.3 des Kapitel A I (Allgemeine Bestimmungen) Teil B des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung. Danach kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung des Praxis- und /oder Zusatzbudgets gewähren.

Die tatbestandlichen Voraussetzungen "zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" in Ziffer 4.3 des ab 1. Juli 1997 geltenden Kapitels A I Teil B des EBM sind als Ausnahmevorschrift eng auszulegen und zwar ihrem Sinn und Zweck entsprechend als Härtefallregelung. Einzelne Ärzte der Arztgruppe mit einem speziellen Leistungssprektrum, das den Schwerpunkt der Praxis bildet, und die deshalb durch die Budgetierung besonders betroffen werden, können durch ein zusätzliches bedarfsabhängiges Praxis- und/oder Zusatzbudget oder die Aussetzung der Budgetierung für bestimmte Fallgruppen einen Ausgleich erhalten, der verhindert, dass sie in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Wie der Senat bereits in seinen Entscheidungen vom 26. Juli 2000, Az.: L 12 KA 136/99 vom 7. Februar 2001, Az.: L 12 KA 60/99, festgestellt hat, kann nicht losgelöst von den übrigen Bestimmungen des Kap.A I Teil B des EBM beurteilt werden, wann ein solcher Härtefall vorliegt. Mit Wirkung vom 1. Juli 1997 wurden Praxis- und Zusatzbudgets eingeführt. Diese haben die vom 1. Juli 1996 bis 30. Juni 1997 geltenden Teilbudgets abgelöst und sind rechtmäßig (vgl. dazu: BSG, Urteil vom 8. März 2000, SozR 3-2500 § 87 Nr.23). Die im EBM enthaltenen ärztlichen Leistungen unterliegen danach einer arztgruppenbezogenen und fallzahlabhängigen Budgetierung. Die Mehrzahl der ärztlichen Leistungen ist - von Arztgruppe zu Arztgruppe variierend - dem Praxisbudget zugeordnet. Dieses wird durch Multiplikation der arztgruppenspezifischen und nach Versichertenstatus variierenden Fallpunktzahl mit der Zahl der in der Praxisbehandlung budgetrelevanten Fälle ermittelt (vgl. Nr.1, 1.2, 1.4, 1.5 A I B EBM). Mit dem Praxisbudget werden die jeweiligen arzgruppentypischen Standardleistungen abgegolten (vgl. Kölner Kommentar zum EBM, Stand Juli 1997, Anm.4 zu Kap.A I Teil B; Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs.3 SGB V vom 19. November 1996, Deutsches Ärzteblatt 93, A-33 64 ff.; Urteil des BSG vom 8. März 2000 a.a.O.). Die Einführung von Praxisbudgets hat zum Ziel, die Auswirkungen des seit Jahren zu beobachtenden Punktwertverfalls zu begrenzen und den Vertragsärzten mehr Kalkulationssicherheit zu geben.

Bestimmte Leistungspositionen aller Arztgruppen sind nicht Bestandteil des Praxisbudgets, sondern einzelnen Zusatzbudgets zugewiesen, wenn sie eine zusätzliche Qualifikation erfordern (qualifikationsgebundene Zusatzbudgets im Sinne der Nr.4.1 des Kap. A I Teil B), nur von wenigen Ärzten einer Arztgruppe schwerpunktmäßig abgerechnet werden oder aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs gesondert zu berücksichtigen sind (bedarfsabhängige Zusatzbudgets im Sinne der Ziff.4.2 des Kap. A I Teil B). Durch diese Zusatzbudgets sollen Praxisbesonderheiten innerhalb einzelner Arztgruppen berücksichtigt werden, die sich entweder aus einer besonderen zusätzlichen fachlichen Qualifikation oder durch eine schwerpunktmäßige Ausrichtung der Arztpraxis auf ein besonderes Leistungsspektrum ergeben, für das ein besonderer Versorgungsbdarf besteht (vgl. Kölner Kommentar zum EBM, a.a.O., Anm.6 zu Kap. A I Teil B). Orthopäden - wie der Kläger - erhalten qualifikationsgebundene Zusatzbudgets für Sonographie (Nrn.384, 398 BMÄ/EGO), für physikalische Therapie (Nrn.503, 504, 507, 509, 511, 512 und 524 BMÄ/E-GO) für Psychosomatik, übende Verfahren (Nrn. 850 bis 858 BMÄ/E-GO), für Chirotherapie (Nrn.32 10, 32 11 BMÄ/E-GO) und für Teilradiologie (Nrn.50 10 bis 50 37, 5160 bis 5165 BMÄ/E-GO). Über diese qualifikationsgebundenen fallzahlenabhängigen Zusatzbudgets und den bedarfsabhängigen Zusatzbudgets auf besonderen Antrag hinaus kann gemäß Kap.A I Teil B Ziff.4.3 EBM die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. Diese Regelung soll einer atypischen, aber versorgungsgerechten Ausrichtung einer Arztpraxis Rechnung tragen, die nicht bereits nach den Ziffern 4.1 und 4.2 Kap. A I Teil B EBM berücksichtigt wurde (vgl. Kölner Kommentar zum EBM, a.a.O., Anm.6 zu Kap.A I Teil B; Urteile des Senats vom 26. Juli 2000, Az.: L 12 KA 136/99, und vom 7. Februar 2001, Az.: L 12 KA 60 /99).

Die Partner der Bundesmantelverträge haben diese Regelung des EBM in Ziff.4 der "Vereinbarung zur Einführung von 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 den Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil.

Aus der Wortwahl "insbesondere" ergibt sich, dass die Aufzählung in Ziff.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 bestimmter spezifischer Schwerpunktsetzungen genannt, bei denen im Einzelfall ein konkret nachgewiesener besonderer Versorgungsbedarf angenommen werden kann. Aus Gründen der Gleichbehandlung (Art.3 Abs.1 Grundgesetz) muss es sich jedoch bei den weiteren Ausnahmetatbeständen, die eine Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach Kap.A I Teil B Ziff.4.3 des EBM rechtfertigen, um Tatbestände handeln, die mit den in Ziff.4 der Vereinbarung genannten vergleichbar sind. Nach dem Wortlaut sowie dem Zweck der Regelung kommt deshalb in Anknüpfung an die aufgezählten Beispiele eine Budgeterweiterung nur bei einer spezifischen Schwerpunktsetzung und bei der Übernahme der Behandlung von bestimmten schwerwiegenden Gesundheitsstörungen oder spezifischen Betreuungsleistungen in einem quantitativ relevanten Ausmaß in Betracht (vgl. BSG, Beschluss vom 8. März 2000, Az.: B 6 KA 64/99 B). Es muss sich also um eine für die Arztgruppe atypische Praxisbesonderheit handeln, die den Schwerpunkt der Praxistätigkeit bildet, für die ein besonderer Versorgungsbedarf besteht und die durch die Ziffern 4.1, 4.2 und die in der Vereinbarung genannten Beispielsfälle noch nicht berücksichtigt ist.

Durch die Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 (DÄ 1997, A 403 f) wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Befugnis übertragen, in Ausfüllung unbestimmter Rechtsbegriffe eine Erweiterung der Praxis - und/oder Zusatzbudgets zu gewähren. Hierbei handelt es sich nicht um eine unzulässige Delegation der Rechtssetzungskompetenz an den Rechtsanwender. Allerdings darf der Gebrauch eines unbestimmten Rechtsbegriffs nicht dazu führen, dass der Rechtsanwender einen Entscheidungsspielraum erhält, der nur dem Normsetzer selbst zusteht. Der Normgeber muss vielmehr die wesentlichen Bestimmungen in der Norm selbst treffen und darf lediglich die Konkretisierung von Einzelheiten anderen Stellen überlassen (BSG, Urteil vom 6. September 2000, Az.: B 6 Ka 40/99 R). Diesen Anforderungen genügt auch die Regelung in Ziff.4 der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 vom 14. Februar 1997.

Es ist deshalb nicht zu beanstanden, wenn der Vorstand der Beklagten Kriterien zur Konkretisierung von Einzelheiten festgelegt hat. Diese Kriterien können jedoch nur der Konkretisierung der in Ziff.4 der Vereinbarung getroffenen Auslegung der Ziff.4.3 in Kap. A I Teil B

vorgesehenen Gewährleistung der Sicherstellung bei besonderem Versorgungsbedarf dienen. Vorliegend heißt dies, dass die Beklagte auf einen Antrag des Klägers hin dessen Budgets dann erweitern oder aussetzen kann, wenn ein bei ihm vorliegender, erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil gegeben ist, der den Schwerpunkt seiner Praxistätigkeit darstellt. Der Kläger hat damit jedenfalls seinen Antrag auf Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets begründet. Ebenso wie die in Ziff. 4.2 a.a.O. des EBM aufgeführten bedarfsabhängigen Zusatzbudgets setzt auch die Erweiterung bzw. gänzliche Aussetzung von Praxis- oder Zusatzbudgets nach Ziff. 4.3 a.a.O. EBM einen konkret nachgewiesenen besonderen Versorgungsbedarf für bestimmte ärztliche Leistungen voraus. Das ergibt sich auch aus Ziff.4 der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997, wonach die Regelungen in Abschnitt A I B Ziff.4.3 EBM dahin ausgelegt werden soll, dass die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag eines Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen kann, wenn z.B. ein erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellt. Ein mindestens 50 % über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil, der beim Kläger vorliegt, erfüllt diese Voraussetzungen. Es kann dahingestellt bleiben, ob es ein sachdienliches Kriterium ist, wenn gefordert wird, dass der Anteil der Überweisungen mindestens 10 % betragen muss. Es ist auch nachvollziehbar, wenn die Beklagte grundsätzlich die Erfordernis aufstellt, dass es sich dabei um Überweisungen handeln muss, die zu einer erhöhten Honoraranforderung des Vertragsarztes führen. Eine Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets ist nämlich nur dann erforderlich, wenn gerade aufgrund der Überweisungstätigkeit der Vertragsarzt in den Überweisungsfällen mit den ihm eingeräumten Praxis- und/oder Zusatbudgets eine ausreichende Behandlung nicht sicherstellen kann. Dem Sozialgericht ist aber zuzustimmen, dass das Kriterium "der Fallwert des Arztes muss mindestens 50 % über den Fallwert der Arztgruppe liegen" hierfür kein ausreichendes Kriterium ist. Anhand dieses Kriteriums kann nicht ermessen werden, ob der erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegende Überweisungsanteil auch den Schwerpunkt der vertragsärztlichen Tätigkeit bildet. Wie das BSG in seinen Urteilen vom 6. September 2000 zur Befreiung von den zum 1. Juli 1996 eingeführten Teilbudgets bereits entschieden hat (Az.: B 6 Ka 37/99 R, 40/99 R und 41/99 R), erfordert ein Schwerpunkt, dass die zu beurteilende Tätigkeit quantitativ in Relation zur Fachgruppe und zur eigenen Gesamtpraxistätigkeit des Arztes gesetzt wird und dabei merklich ins Gewicht fällt. Das BSG hat in diesen Entscheidungen festgestellt, dass der für eine Ausnahme von den Teilbudgets im EBM in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis 30. Juni 1997 notwendige Versorgungsschwerpunkt nur dann vorliegt, wenn abweichend von der Typik der Arztgruppe auf einen bestimmten Leistungsbereich mindestens 20 % der insgesamt abgerechneten Punkte entfallen. Diese Grundsätze der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Auslegung der Ausnahmevorschrift bei den Teilbudgets können zumindest teilweise auf die Anwendung der ab 1. Juli 1997 geltende Ausnahmeregelung in Ziff. 4.3 des EBM übertragen werden, um festzustellen, ob die atypische Praxisausrichtung, wie hier ein erheblich über den Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil, den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellt. Allerdings ist zu beücksichtigen, dass diese Ausnahmevorschrift nicht bereits bei Vorliegen eines Versorgungsschwerpunkts zur Anwendung kommt, sondern eine spezielle Schwerpunktsetzung ("der Schwerpunkt") verlangt. Das auf Überweisungsfälle beruhende Honorar des Arztes muss deshalb einen erheblich höheren Anteil an der Gesamthonoraranforderung ausmachen als der Anteil der Überweisungsfälle an der Gesamtfallzahl des Arztes. Zum gleichen Ergebnis gelangt man, wenn man prüft, ob der in den Überweisungsfällen angeforderte Fallwert erheblich über dem Fallwert des Arztes liegt. Nur durch ein derartiges Kriterium wird sichergestellt, dass der erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegende Überweisungsanteil den Schwerpunkt der Praxistätigkeit des Klägers darstellt, der auch zur Sicherstellung bei einem besonderen Versorgungsbedarf eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets erforderlich macht. Das Abstellen auf den Fallwert aller vom Kläger abgerechneten Fälle ist, wie das Sozialgericht zutreffend festgestellt hat, kein objektiver Gradmesser für einen besonderen Versorgungsbedarf. Dem Kläger ist zuzustimmen, dass ihm so die Erweiterung bzw. Aussetzung der Praxis- und/oder Zusatzubudgets deshalb verweigert würde, wenn er in allen anderen Fällen, in denen Leistungen nicht aufgrund einer Überweisung erbracht wurden, besonders wirtschaftlich, bzw. unter dem Durchschnitt der Fachgruppe abgerechnet hat. Da die Beklagte "nur" einen Überweisungsanteil von mindestens 10 % fordert, und nicht festlegt, dass eine überhöhte Honoraranforderung allein auf die Überweisungsfälle zurückzuführen ist, kommt die Ausnahmegenehmigung nach A 1 B Ziff.4.3 nur den Vertragsärzten zugute, die aufgrund einer hohen Spezialisierung oder aber aufgrund einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise in allen Fällen einen um mindestens 50 % über den Fallwert der Arztgruppe liegenden Fallwert erzielen. Da die Beklagte auch im Berufungsverfahren keine Zahlenwerte vorlegte, aus denen hervorgeht, wie hoch der Anteil der Leistungsanforderung, die auf Überweisungsfällen beruht, an der Gesamthonoraranforderung des Klägers ist, oder in welcher Relation der Fallwert des Klägers in den Überweisungsfällen zum Fallwert der Vergleichsgruppe steht bzw. zum Fallwert des Klägers in den sonstigen Fällen, konnte der Senat keine Feststellung dazu treffen, ob der hohe Überweisungsanteil des Klägers den Schwerpunkt seiner Praxistätigkeit darstellt und ob spezifische Überweisungen erfolgten.

Da der Beklagte auf jeden Fall bei der Wahl der Rechtsfolgen "Erweiterung der Praxis und/oder Zusatzbudgets ein Ermessensspielraum zusteht, wird sie den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Sozialgerichts, der sich der Senat im Wesentlichen anschließt, erneut zu verbescheiden haben.

Damit erweist sich die Berufung der Beklagten als unbegründet und ist deshalb zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf der Erwägung, dass die Berufung der Beklagten erfolglos blieb.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach § 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-27