

## B 6 KA 40/99 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

6  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen

-  
Datum  
17.06.1998  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen

-  
Datum  
23.06.1999  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

B 6 KA 40/99 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. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Der Kläger nimmt als Orthopäde 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 Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä). Durch dessen Regelung wurde die Berechnungsfähigkeit der von dem Teilbudget erfaßten Leistungen bestimmter Arztgruppen, zu denen die Orthopäden gehörten, auf 150 Punkte je Fall beschränkt. Zur Begründung wies der Kläger auf die besondere Angewiesenheit seiner Praxis auf Verbandsleistungen hin, die eine Folge der Vielzahl der von ihm durchgeführten ambulanten Operationen sei.

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

Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung der Beklagten dieses Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Dem Kläger stehe 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 hinsichtlich der ambulanten Operationen nicht erfüllt, da die Anzahlstatistiken ein für Orthopäden typisches Leistungsspektrum belegten. Der Anteil der Operationsleistungen am Gesamtleistungsvolumen der Praxis betrage rund 20 %; diese Leistungen würden ohne Einschränkung durch die Regelungen über die Teilbudgets vergütet. Die der Teilbudgetierung unterfallenden Verbands- und Injektionsleistungen hätten lediglich für die Nachbetreuung operierter Patienten Bedeutung. Die Beschränkung der Vergütung dieser Leistungen infolge der Regelungen über die Teilbudgetierung verursache nur einen geringen Einkommensausfall, so daß eine unverträgliche Härte nicht vorliege (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. Während der Geltung der Teilbudgets seien ihm pro Quartal durchschnittlich lediglich 20,68 % der in das betroffene Teilbudget nach Abschnitt A I Nr 5.7.1 EBM-Ä fallenden Leistungen vergütet worden. Ihm stehe wegen der großen Zahl der ambulanten Operationen eine Befreiung von diesem Teilbudget zu. Der Wortlaut der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung lasse erkennen, daß die Merkmale "Gründe der Sicherstellung" und "Versorgungsschwerpunkt" nicht gleichberechtigt nebeneinanderstehende

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

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

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

Der Kläger beantragt,  
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 23. Juni 1999 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17. Juni 1998 zurückzuweisen,  
hilfsweise,  
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 23. Juni 1999 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

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

Die Beigeladenen beteiligen sich nicht am Revisionsverfahren.

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. Juni 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 zu 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, Orthopäden sowie für Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin bzw für Physiotherapie 150 Punkte und für alle übrigen Arztgruppen 25 Punkte. Die sich aus dem Produkt von Fallpunktzahl und der kurativ-ambulanten 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.

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. Bedenken gegen die Ausgestaltung des Teilbudgets für Verbände etc sowie gegen die Höhe der Fallpunktzahl für die Orthopäden macht der Kläger nicht geltend. Solche sind auch nicht ersichtlich (vgl dazu - im Hinblick auf HNO-Leistungen - Senatsurteil vom 8. März 2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) -).

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

chen 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 Bewertungsausschußbeschuß 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 29). 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, weil ausdrücklich bestimmt ist, diese Vereinbarung sei als Anlage Bestandteil der Bundesmantelverträge.

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 Rechtssetzungs-

kompetenz an den Rechtsanwender (zur entsprechenden Befugnis des Bewertungsausschusses 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 Normsetzer selbst zusteht ([BSGE 84, 247](#), 251 = [SozR 3-2500 § 135 Nr 11](#) S 52). Der Normgeber 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 einzelnen noch darzulegen 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 Vergrößerungen 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 Abrech-

nungen 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 sechs mal so hoch veranschlagt wird wie derjenige von Allgemeinärztlichen und internistischen Praxen. Wenn danach die für die einzelne Arztgruppe festgesetzte Fallpunktzahl typischerweise 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 "Versorgungsschwerpunkt" immer eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebiets meint, für das der Arzt zur 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, 5.7.2, 5.7.1 aaO EBM-Ä) beschreibt keinen Versorgungsschwerpunkt im Sinne einer für die Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung. Eine Ausnahme ist insoweit wohl nur für einen Anästhesisten denkbar, der schwerpunktmäßig schmerztherapeutische Leistungen erbringt. Wenn insoweit eine Abweichung von der Typik der Arztgruppe gegeben ist, fallen die im Zusammenhang mit dem Schwerpunkt "Schmerztherapie" erbrachten Anästhesieleistungen vollständig in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ä (vgl dazu Senatsurteil vom heutigen Tag - [B 6 KA 37/99 R](#) -).

Gleichwohl sind Fälle denkbar, in denen eine Arztpraxis einen Versorgungsschwerpunkt im Sinne einer nichtfachgruppentypischen Praxisausrichtung bzw Spezialisierung aufweist, wobei die im Rahmen dieses speziellen Praxisschwerpunkts erbrachten ärztlichen Leistungen von der Teilbudgetierung zwar nicht unmittelbar erfaßt sind, in denen aber in engem medizinischen Zusammenhang mit diesen Leistungen in größerem Umfang Begleitleistungen erbracht werden (müssen), die ihrerseits Bestandteil eines Teilbudgets sind. So kann es sich etwa im Falle des Klägers verhalten, soweit in dessen Praxis tatsächlich die ambulant durchgeführten arthroskopischen Operationen einen Versorgungsschwerpunkt bilden. Die Operations- und die bei ihnen anfallenden Anästhesieleistungen selbst sind in dem hier zu beurteilenden Zeitraum zwischen dem 1. Juli 1996 und dem 30. Juni 1997 nicht Gegenstand von Teilbudgets im EBM-Ä gewesen. Soweit jedoch im Zusammenhang mit den ambulanten Arthroskopien vermehrt Begleitleistungen wie Verbände und Injektionen erbracht werden müssen, die ihrerseits Gegenstand des Teilbudgets nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ä sind, kann die Angewiesenheit der Praxis des Klägers auf die vermehrte Erbringung dieser Begleitleistungen vergleichbar intensiv sein wie diejenige auf die Erbringung von Leistungen, die unmittelbar Bestandteil des Versorgungsschwerpunktes sind. Wenn tatsächlich die ambulante operative Tätigkeit eines Orthopäden einen signifikant höheren Leistungsbedarf an Verbänden und Injektionen als im Durchschnitt der Fachgruppe zur Folge haben sollte, kann die Anwendung der Budgetierungsregelungen auf diese Verbands- und Injektionsleistungen die gleiche Wirkung wie

eine Budgetierung der eigentlichen Operationsleistungen haben. Dies wiederum könnte zur Folge haben, daß die Erbringung der Leistungen des ambulanten Operierens aus wirtschaftlichen Gründen so unattraktiv wird, daß insoweit die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung berührt sein könnte.

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

Sind die dargestellten Voraussetzungen für einen Versorgungsschwerpunkt im Sinne der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung erfüllt, muß es weiterhin im Interesse der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in der jeweiligen Arztgruppe liegen, daß die Leistungen, die zu dem Versorgungsschwerpunkt gehören und ihn prägen, sowie die damit verbundenen Begleitleistungen weiterhin erbracht werden können. Dies ist jedoch nicht von seiten der KÄV in dem Sinne positiv festzustellen, daß etwa in jedem einzelnen Fall einer beantragten Freistellung von einem Teilbudget geprüft werden müßte, ob die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im betroffenen Leistungsbereich auch dann noch gewährleistet wäre, wenn der jeweils antragstellende Arzt die entsprechenden Leistungen nicht mehr erbringt. Ein solches Vorgehen ist von der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung nicht gefordert und auch nicht praktisch umsetzbar. Wenn in einem Planungsbereich mehrere Orthopäden ambulante Operationen erbringen und dies im Hinblick auf die Teilbudgetierung bestimmter Begleitleistungen möglicherweise ohne Aussetzung dieses Teilbudgets in Zukunft nicht mehr täten, könnte bei isolierter

Betrachtungs-

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

Schließlich besteht kein Anspruch auf Befreiung von einem Teilbudget auf der Grundlage der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung, wenn die Anwendung der Bestimmungen über das Teilbudget konkret für die betroffene Praxis nicht zu einer wirtschaftlichen Härte führt. Zu dieser gesonderten Prüfung besteht einerseits deshalb Anlaß, weil die Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung nach Ausgestaltung und Zielsetzung explizit eine Regelung zur Vermeidung von Härten infolge einer schematisierenden und typisierenden Regelung darstellt, die in Einzelfällen zu nicht vorhersehbaren Auswirkungen führen kann. Andererseits bedarf es der Prüfung, ob eine Härte gegeben ist, weil die mit der Teilbudgetierung einzelner Leistungsbereiche in erster Linie beabsichtigte Mengensteuerung zur unmittelbaren Folge hat, daß der Punktwert sowohl für die vom Teilbudget erfaßten wie für die übrigen vertragsärztlichen Leistungen höher ist, als er sein würde, wenn die Leistungen, die Bestandteil des Teilbudgets sind, ohne mengenbegrenzende Regelungen von der KÄV vergütet werden müßten. Allerdings ist eine genaue Prüfung, ob diese Situation eingetreten ist, erst nach Abschluß eines Abrechnungsvierteljahres möglich. Bei - unterstellt - gleichbleibendem Punktzahlvolumen ist nämlich das Honorar, das der Arzt unter Anwendung der Bestimmungen über die Teilbudgets tatsächlich erhalten hat, mit demjenigen zu vergleichen, das er fiktiv erhalten hätte, wenn zwar alle von ihm angeforderten Punkte honoriert worden wären, der Punktwert jedoch im Hinblick auf die insgesamt von der KÄV zu honorierenden Punkte entsprechend niedriger ausgefallen wäre. Die Entscheidung der KÄV nach Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung muß jedoch sinnvollerweise dem jeweiligen Abrechnungszeitraum vorangehen, auch um dem

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

Nach diesen Grundsätzen hat das Berufungsgericht die Entscheidung der Beklagten, dem Kläger keine Ausnahme von dem Budget für Verbände, Injektionen und Punktionen zu gewähren, zu Recht bestätigt. Angesichts der Abrechnungsergebnisse in der Praxis des Klägers in dem Zeitpunkt vor dem 3. Quartal 1996 kann von einem Versorgungsschwerpunkt "ambulantes Operieren", insbesondere im Hinblick auf arthroskopische Leistungen, ausgegangen werden. Diese Leistungen sind jedoch von der Teilbudgetierung nicht erfaßt. Ob - wie der Kläger geltend macht - zahlreiche der in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ä fallenden Leistungen, insbesondere Verbände und Injektionen, tatsächlich medizinisch zwingend im Zusammenhang mit ambulanten Arthroskopien vermehrt erbracht werden müssen, läßt der Senat offen. Zweifel sind insoweit deshalb angebracht, weil der besondere Mehrbedarf vor allem an aufwendigen Verbänden im Anschluß an arthroskopische Operationen nicht ohne weiteres plausibel erscheint. Darauf kommt es jedoch nicht entscheidend an, denn die in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ä fallenden Verbands- und Injektionsleistungen erreichen, soweit sie als Begleitleistungen zu den ambulanten Operationen anzusehen sind, nicht die maßgebliche Grenze von 20 % der Gesamtpunktzahlanforderung des Klägers.

Nicht alle in das Teilbudget nach Nr 5.7.1 aaO EBM-Ä fallenden Leistungen können als Begleitleistungen zu den den Versorgungsschwerpunkt bildenden ambulanten Operationsleistungen gewertet werden. Verbands- und Injektionsleistungen werden in jeder orthopädischen Praxis erbracht und fallen (auch) unabhängig von ambulanten Operationen an. Eine nähere Abgrenzung ist hier deshalb nicht erforderlich, weil sich aus den von der Beklagten zu den sozialgerichtlichen Akten gereichten und vom LSG in Bezug genommenen Leistungsübersichten ergibt, daß der Kläger für alle Leistungen aus dem Teilbudget "Verbände, Injektionen ..." in den Quartalen III/1996 bis II/1997 zwischen 111.000 und

132.000 Punkte pro Quartal abgerechnet hat. Bei einem Gesamtpunktzahlvolumen zwischen 2.387.000 und 3.242.000 Punkten pro Quartal beläuft sich der Anteil der von der Budgetierung erfaßten Verbands- und Injektionsleistungen auf Werte zwischen 4,09 und 4,74 %. Da der Kläger sein Leistungsverhalten nach eigenen Angaben ab dem dritten Quartal 1996 (Einführung des Teilbudgets) nicht geändert hat, sind diese Zahlen auch für den Zeitraum vor der Teilbudgetierung aussagekräftig. Damit kann ausgeschlossen werden, daß die Verbands- und Injektionsleistungen, auch soweit sie als Begleitleistungen zu den ambulanten Operationen zu werten sein sollten, in dem Sinne zu einem Versorgungsschwerpunkt der Praxis des Klägers gehören, daß sie wie die eigentlichen Schwerpunktleistungen behandelt werden müssen. Ob die Teilbudgetierung für sich genommen zur Folge hat, daß nur 20 % der vom Kläger für Verbände und Injektionen abgerechneten Punkte honoriert worden sind, ist unter dem Gesichtspunkt der Ermöglichung der Weiterführung einer spezialisierten Praxis ohne Bedeutung. Allein daran ist die Entscheidung nach Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung auszurichten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1](#) und 4 Sozialgerichtsgesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28