L 12 KA 35/02

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 28 KA 9371/00
Datum
05.02.2002
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 35/02
Datum
26.02.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 52/03 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 5. Februar 2002 wird zurückgewiesen.
II. Die Klägerin hat der Beklagten auch die Kosten des Berufunsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Festsetzung ihres Honorars im Quartal 3/98.

Die Klägerin war auch in diesem Quartal als Psychiaterin und Nervenärztin (Doppelzulassung) in M. tätig und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 27. Januar 1999 das Honorar der Klägerin im Quartal 3/98 auf 63.301,57 DM festgesetzt. Dem Honorarbescheid liegt die Berechnung der Praxis- und Zusatzbudgets für Primär- und Ersatzkassen bei.

Hiergegen hat die Klägerin mit Schreiben vom 4. Februar 1999 Widerspruch eingelegt.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 7. Dezember 2000 u.a. den Widerspruch der Klägerin vom 4. Februar 1999 und 25. Juli 2000 gegen die Bescheide der Beklagten zurückgewiesen. Gemäß § 87 Abs.1 SGB V vereinbare die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuss als Bestandteil des Bundesmantelvertrages einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen. Der Bewertungsausschuss habe bereits mit Beschluss vom 19. November 1996 die Einführung der Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 beschlossen. Mit Beschluss vom 11. März 1997 habe der Bewertungsausschuss die Einführung der Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 unter Berücksichtigung aller Änderungen verbindlich geregelt. Die für die Beklagte verbindlichen Regelungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes seien in dem Honorarbescheid der Klägerin ordnungsgemäß umgesetzt worden.

Hiergegen richtet sich die Klage der Klägerin zum Sozialgericht München vom 22. Dezember 2000, die mit Schriftsatz vom 29. Januar 2002 näher begründet wurde. Bei der Klägerin liege eine Doppelzulassung vor (seit 29. März 1993 als Psychiaterin, mit Wirkung ab 1. Januar 1996 auch als Nervenärztin). Die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten führten bei der Klägerin dazu, dass sie trotz erheblicher Leistungen eine unterdurchschnittliche Vergütung erhalte. Die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten, die dazu geführt hätten, dass die Klägerin seit 1998 durchschnittlich im Quartal lediglich ein Honorar von ca. DM 60.000,- erhalte, seien rechtsunwirksam. Die Klägerin sei auch nach der Doppelzulassung seit 1996 mit der Gruppe der Psychiater verglichen worden. Die unterdurchschnittliche Vergütung der Klägerin sei darauf zurückzuführen, dass die Klägerin mit einer nicht geeigneten Fachgruppe, nämlich mit den Psychiatern, verglichen werde. Nach der Doppelzulassung der Klägerin sei eine entsprechende Vergleichsgruppe zu bilden. Soweit eine ausreichende Zahl von Vergleichspraxen nicht bestehe, sei diese Besonderheit im Rahmen einer Ausnahmeregelung zu berücksichtigen. Diese müsse im Honorarverteilungsmaßstab selbst enthalten sein, zumindest erfasse die derzeitige Härteregelung den Fall der Doppelzulassung nicht. Wie die Beklagte zutreffend ausführe, sei Streitgegenstand das EBM-Praxisbudget im Quartal 3/98. Die Doppelzulassung der Klägerin sei danach nur dadurch berücksichtigt worden, dass der Falldurchschnitt der Arztgruppe 1995 für Psychiater und Nervenärzte zusammengefasst und dann durch zwei geteilt worden sei, also das arithmetische Mittel gebildet worden sei. Diesbezüglich sei zunächst festzustellen, dass für diese Vorgehensweise kein sachlicher Grund bestehe. Ein Arzt mit einer Doppelzulassung sei nicht mit Ärzten vergleichbar, die nur lediglich eine Zulassung hätten. Es sei hier eine eigenständige Arztgruppe zu bilden, die eine Doppelzulassung habe. Zudem liege kein sachlicher Grund dafür vor, bei der Ermittlung des Praxisbudgets für das Quartal 3/98 auf das Jahr 1995 abzustellen. Die Honorarverteilung verstoße auch

gegen das Urteil des Bundessozialgerichts vom 21. Oktober 1998 (Az.: B 6 KA 72/97). Es sei zwar allgemein anerkannt, dass Fallzahl- und Fallwertgrenzen, die individuell für den einzelnen Arzt festgelegt würden, wiederum anknüpfend an individuelle Abrechnungswerte vergangener Quartale, zulässig seien. Es müssten jedoch die Anforderungen gemäß dem vorstehend angeführten Urteil bei der Ausgestaltung berücksichtigt werden. Jeder Arzt müsse danach die Möglichkeit haben, seine Fallzahl zu steigern, zumindest bis zur durchschnittlichen Fallzahl. Darüber hinaus müssten besondere Umstände berücksichtigt werden, z.B. die Aufbauphase von Arztpraxen, die Wiederaufnahme einer Praxistätigkeit nach kindererziehungsbedingten Unterbrechungen oder Tätigkeitseinschränkungen. Es handele sich hier nach allgemeiner Ansicht um typische Fallkonstellationen, wofür der HVM entsprechende Ausnahmeregelungen enthalten müsse. Solche Ausnahmeregelungen seien hier nicht vorhanden. Bei der Klägerin sei danach zu berücksichtigen, dass ihre Zulassung als Psychiaterin erst im März 1993 erfolgt sei, weiterhin eine Unterbrechung der Tätigkeit bzw. Einschränkung durch die Geburt ihrer Zwillinge am 25. August 1995 erfolgt sei, wodurch sich eine eingeschränkte Tätigkeit im Zeitraum Juli 1995 bis Juli 1997 ergeben habe und insbesondere, dass sie über eine Doppelzulassung als Psychiaterin und Nervenärztin verfüge. Die vorstehend angeführten Umstände würden dazu führen, dass bei den Quartalen ab März 1993 der Gesichtspunkt einer Neugründung zu beachten sei. Die Phase der Neugründung sei durch die Tätigkeitseinschränkung aufgrund der Kinder verlängert worden. Weiterhin sei eine Neugründung aufgrund der weiteren Tätigkeit als Nervenärztin ab Januar 1996 bis mindestens zum Quartal 2/00 gegeben. Der Klägerin sei daher das Honorar, das sich aus der ungekürzten Überschreitungspunktzahl in Höhe von 191.530,9 Punkte ergebe, über das bereits bezahlte Honorar in Höhe von DM 63.301,57 hinaus zu bezahlen zuzüglich gesetzlicher Zinsen.

Der Vertreter der Klägerin hat erstinstanzlich den Antrag gestellt, den Honorarbescheid der Beklagten vom 27. Januar 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Dezember 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal 3/98 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zur Berechnung des Praxisbudgets erneut zu entscheiden.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 5. Februar 2002 die Klage abgewiesen. Gegenstand des Verfahrens sei der Bescheid der Beklagten vom 27. Januar 1999 i.d.F. des Widerspruchsbescheides vom 7. Dezember 2000, mit dem die Beklagte das Praxisbudget der Klägerin auf 641.564,1 Punkte und - davon ausgehend - das Quartalshonorar der Klägerin auf 63.301,57 DM festgesetzt habe. Streitig sei, ob der Berechnung des Praxisbudgets ein höherer Fallzahldurchschnitt und höhere Fallpunktzahlen zugrunde zu legen seien. Dies sei nicht der Fall. Gemäß Buchstabe A I Allgemeine Bestimmungen, Teil B Nr.1.6.2 EBM-Ä werde für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübe, die Höhe der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl als arithmetischer Mittelwert der entsprechenden arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen nach Nr.1.5 errechnet. Die Entscheidung des Bewertungsausschusses, bei Vertragsärzten mit mehreren Gebietsbezeichnungen eine arithmetische Mittelwertbildung vorzunehmen, sei rechtlich nicht zu beanstanden. Wie jedem Normgeber komme dem Bewertungsausschuss bei der Regelung der Einführung und Berechnung von Praxis- und Zusatzbudgets ein gerichtlich nur beschränkt überprüfbarer Gestaltungsspielraum zu. Die gerichtliche Überprüfung sei im Wesentlichen auf die Frage beschränkt, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten habe. Werde ein Arzt in mehreren Gebieten tätig, so sei die typisierende und generalisierende Annahme, die Tätigkeit verteile sich gleichmäßig auf die Fachgebiete, nicht sachfremd. Weiche die tatsächliche Praxistätigkeit des Arztes von dieser Typisierung in dem Sinne ab, dass der Arzt Leistungen im Sinne einer Schwerpunktbildung überwiegend in einem der Fachgebiete erbringe, so könne diesem Umstand auf Antrag des Arztes nach Nr.4.3 a.a.O. bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen durch eine Budgeterweiterung Rechnung getragen werden, dies heiße u.a. durch eine vom arithmetischen Mittelwert abweichende Fallpunktzahlbildung. Einen Antrag auf Budgeterweiterung wegen eines nervenärztlichen Schwerpunktes der Behandlungstätigkeit habe die Klägerin bisher nicht gestellt. Nichts anderes gelte für die Frage, ob der Ermittlung des Anpassungsfaktors als Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe 1995 eine vom arithmetischen Mittelwert des Fallzahldurchschnitts der Nervenärzte und der Psychiater abweichende Fallzahl zugrunde zu legen sei. Eine vom arithmetischen Mittelwert abweichende Bestimmung des Fallzahldurchschnitts käme ebenfalls nur aufgrund einer Schwerpunktbildung innerhalb der Praxis der Klägerin nach Maßgabe der Nr.4.3 a.a.O. im Rahmen einer Budgeterweiterung in Betracht. Dass für die Berechnung des Anpassungsfaktors auf die Fallzahldurchschnitte der Arztgruppen im Jahr 1995 und nicht auf aktuellere Fallzahldurchschnitte zurückgegriffen werde, sei ebenfalls nicht zu beanstanden. Unter Berücksichtigung des Ziels der Budgetierung, die Auswirkungen des in den Vorjahren eingetretenen nachhaltigen Punktwertverfalls zu begrenzen, der auch durch die zum 1. Januar 1996 und 1. Juli 1996 erfolgten Änderungen des EBM-Ä nicht habe gestoppt werden können (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, Az.: B 6 KA 47/00 R -), sei die Bezugnahme auf Abrechnungswerte des Jahres 1995 grundsätzlich nicht zu beanstanden. Dass die Klägerin gegenüber früheren Jahren Honorareinbußen erleide, stehe der Rechtmäßigkeit der Budgetberechnung nicht entgegen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin zum Bayer. Landessozialgericht vom 8. März 2002. Die Regelung über die Berechnung der Praxisbudgets im EBM-Ä verletze den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art.12 GG i.V.m. Art.3 Abs.1 GG). Wie erstinstanzlich bereits ausgeführt, werde die Doppelzulassung der Klägerin nicht entsprechend den Geboten der Honorarverteilungsgerechtigkeit berücksichtigt. Die Beklagte habe keine entsprechende Arztgruppe für Ärzte mit Doppelzulassung gebildet. Ein weiterer Verstoß liege darin, dass bei der Ermittlung des Praxisbudgets für das Quartal 3/98 auf das Jahr 1995 abgestellt worden sei.

Der Klägervertreter stellt den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts Münchens vom 5. Februar 2002 sowie den Honorarbescheid der Beklagten vom 27. Januar 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Dezember 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal 3/98 unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts zur Berechnung des Praxisbudgets erneut zu entscheiden.

Der Vertreter der Beklagten stellt den Antrag, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 19. Feburar 2003 geltend gemacht, dass die Berechnung des Honorars der Klägerin auf den eindeutigen Vorgaben des EBM beruhe, bei dem es sich um einen Normsetzungsvertrag handele.

Als "Härtefallregelung" käme nach den Allgemeinen Bestimmungen, Teil B Nr.4.3 allenfalls ein Antrag auf Erweiterung bzw. Aussetzung des Praxis- und/oder Zuatzbudgets wegen besonderem Versorgungsbedarfs in Betracht. Die Klägerin habe am 16. Februar 1998 einen diesbezüglichen Antrag wegen "aufwändigen psychiatrischen Leistungen" gestellt. Der Antrag sei mit bestandskräftigem Widerspruchsbescheid vom 22. Juli 1999 abschlägig beschieden worden.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte der Beklagten, die Klageakte mit dem Az.: S 28 KA 9271/00 sowie die Berufungsakte des

Bayerischen Landessozialgerichts mit dem Az.: L 12 KA 35/02 vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist unbegründet. Die Beklagte hat mit dem im Berufungsverfahren allein noch streitgegenständlichen Honorarbescheid vom 27. Januar 1999 zum Quartal 3/98 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Dezember 2000 das Honorar der Klägerin entsprechend den gesetzlichen Vorschriften festgesetzt. Das Sozialgericht München hat deshalb mit dem angefochtenen Urteil vom 5. Februar 2002 die Klage gegen diese Bescheide zu Recht zurückgewiesen. Gegen das mit Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997 in den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM-Ä auf der Grundlage des § 87 Abs.2 Satz 1 in Verbindung mit Abs.2 a Satz 1, 2 und 8 SGB V zum 1. Juli 1997 eingeführte System der Praxis- und Zusatzbudgets bestehen keine rechtlichen Bedenken (vgl. hierzu Urteile des Bundessozialgerichts - BSG -, vom 8. März 2000, SozR 3-2500, § 87 Nr.23, S.118 ff., vom 16. Mai 2001, SozR 3-2500, § 87 Nr.30, S.160 ff. und SozR 3-2500, § 87 Nr.31, s. 174 ff. sowie zuletzt Urteil vom 15. Mai 2002, Az.: B 6 KA 33/01 R). Danach unterliegen die im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal einer fallzahlabhängigen Budgetierung (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr.1 i.V.m. Nr.1.5 EBM-Ä). Die von den Budgets umfassten Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig, deren Höhe sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl (im Einzelnen Teil B Nr.1 EBM-Ä) und der Zahl der Fälle (Teil B Nr.1.4) ergibt. Rechtsgrundlage für die Einführung von Praxisbudgets ist § 87 Abs.2 Satz 1 i.V.m. Abs.2 a Sätze 1 und 2 5. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266). Danach bestimmt der EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander (Abs.2 Satz 1 a.a.O.). Nach Abs.2 a Satz 2 a.a.O. können, soweit dies medizinisch erforderlich ist, Einzelleistungen vorgesehen werden. Diese Regelungen lassen die Steuerung des ärztlichen Leistungsverhaltens durch die Begrenzung der dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Honorierung zu (vgl. dazu im Einzelnen BSGE 86, 30, 40 = SozR 3-2500 § 83 Nr.1 S.13 f). Mit Wirkung zum 1. Juli 1997 ist § 87 Abs.2 a SGB V durch das zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2.GKV-Änderungsgesetz) vom 23. Juli 1997 (BGBl I S.1520) um den Satz 8 ergänzt worden, wonach Obergrenzen für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einen bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, vorgesehen werden können; die Obergrenzen können für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden. Die auf § 87 Abs.2 Satz 1 i.V.m. Abs.2 a Satz 1, 2 und 8 SGB V beruhenden Regelungen des EBM-Ä verfolgen das Ziel, die Auswirkungen des in den Vorjahren eingetretenen nachhaltigen Punktwertverfalls zu begrenzen, der auch durch die zum 1. Januar 1996 erfolgten Änderungen (Pauschalierungen durch Komplexgebühren, Ordinationsgebühren, Verbesserung der hausärztlichen Vergütung) und durch die zum 1. Juli 1996 geschaffenen Neuregelungen des EBM-Ä (vorübergehende arztgruppenbezogene Teilbudgets als Zwischenlösung) nicht gestoppt werden konnte. Damit soll den Vertragsärzten in Zeiten globaler Ausgabenbudgets der Krankenkassen und ihrer Auswirkungen auf die Höhe der Gesamtvergütung wieder eine größere Kalkulationssicherheit gegeben werden, indem durch Umgestaltung der Bewertungskriterien der Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge eingeschränkt wird. Dieses Ziel hat der Bewertungsausschuss in Einklang mit der durch Art.12 Abs.1 GG geschützten ärztlichen Berufsausübungsfreiheit umgesetzt, weil die Einführung der Praxisbudgets auf vernünftigen und gewichtigen Erwägungen des Allgemeinwohls beruht. Die Notwendigkeit, einheitliche für das Bundesgebiet geltende Regelungen zu schaffen, rechtfertigt eine Regelung im EBM-Ä. Den mit derart typisierenden und generalisierenden Regelungen zum Praxisbudget einhergehenden Verwerfungen und Härten ist der Bewertungsausschuss mit den (flexiblen) Regelungen über die Festlegung der Zusatzbudgets in Nr.4.2 und 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM-Ä in grundsätzlich unbedenklicherweise entgegengetreten. Diese grundsätzliche Rechtmäßigkeit des Systems der Praxis- und Zusatzbudgets wird auch durch die bei der Klägerin vorliegende besondere Fallgestaltung der Doppelzulassung als Psychiaterin und Nervenärztin nicht in Frage gestellt. Hierzu ist zunächst festzustellen, dass gemäß Buchst.A I Allgemeine Bestimmungen, Teil B Nr.1.6.2 EBM-Ä für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit - wie die Klägerin - unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, die Höhe der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl als arithmetischer Mittelwert der entsprechenden arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen nach Nr.1.5 errechnet wird. Ausgehend von den nach der Nr.3 i.V.m. der Anlage 3 zum EBM-Ä von der Beklagten ermittelten KV-bezogenen Fallpunktzahlen für die Arztgruppe der Nervenärzte und die Arztgruppe der Psychiater, deren rechnerische Richtigkeit nicht in Zweifel gezogen wird, hat die Beklagte die praxisbezogene Fallpunktzahl für die Klägerin als arithmetischen Mittelwert zutreffend auf 1.272,0 Punkte (M/F) und 1.451,5 Punkte (R) festgesetzt. Das Sozialgericht geht zutreffend davon aus, dass die Entscheidung des Bewertungsausschusses, bei Vertragsärzten mit mehreren Gebietsbezeichnungen eine arithmetische Mittelwertbildung vorzunehmen, rechtlich nicht zu beanstanden ist, weil sie auf sachgerechten Erwägungen beruht. Das SG hat des Weiteren zutreffend darauf aufmerksam gemacht, dass dem Bewertungsausschuss wie jedem Normgeber bei der Regelung der Einführung und Berechnung der Praxis- und Zusatzbudgets ein gerichtlich nur beschränkt überprüfbarer Gestaltungsspielraum zukommt. Die gerichtliche Überprüfung ist dabei im Wesentlichen auf die Frage beschränkt, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten hat. Dies ist nur dann der Fall, wenn der Ausschuss seine Bewertungskompetenz "missbräuchlich", d.h. nicht durch sachgerechte Erwägungen gedeckt, sondern von sachfremden Erwägungen getragen, ausgeübt hat. Hierfür bestehen hinsichtlich der Bildung eines arithmetischen Mittelwertes bei Zulassung zu mehreren Fachgebieten keinerlei Anhaltspunkte.

Eine Abweichung von dieser sachgerechten Grundannahme des Normgebers bei der Bildung eines arithmetischen Mittelwertes der entsprechenden arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen bei einer vertragsärztlichen Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen konnte nur über die Nr.4.3 des Buchstaben A I der allgemeinen Bestimmungen, Teil B des EBM geltend gemacht werden. Einen entsprechenden Antrag hat die Klägerin "wegen aufwändiger psychiatrischer Leistungen" am 16.02.1998 auch gestellt. Den ablehnenden Widerspruchsbescheid vom 22. Juli 1999 hat sie aber nicht angefochten, so dass die ablehnende Entscheidung bestandskräftig wurde.

Auch soweit der Klägervertreter bei der Berechnung der Praxisbudgets einen Verstoß gegen das Urteil des Bundesozialgerichts vom 16. Mai 2001 (Az.: B 6 KA 47/00 R auf S.15) sieht, weil bei der Anwendung der derzeitigen EBM-Ä-Regelungen nach dem 1. Januar 1996 nicht auf Abrechnungswerte des Jahres 1995 abgestellt werden könne, ist dem nicht zu folgen. Hierzu ist zunächst festzustellen, dass es in dem vom Klägervertreter genannten Urteil nicht um die Berechnung der Praxisbudgets ging, sondern um die Berechnung der Zusatzbudgets auf der Grundlage der Anlage 4 zum EBM, die allein auf der Grundlage von Abrechnungswerten der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 berechnet werden. In diesem Zusammenhang hat das BSG festgestellt, dass die Bezugnahme allein auf die ersten beiden Quartale des Jahres 1996 zur Berechnung der Zusatzbudgets nicht zu beanstanden sei, weil ein Zurückgreifen auf die Abrechnungswerte früherer Quartale ebenso habe ausscheiden müssen, wie ein Abstellen auf die Werte späterer Quartale. Diese für die Berechnung der Zusatzbudgets geltenden Ausführungen stellen die Rechtmäßigkeit der Berechnung des Praxisbudgets nicht in Frage. Die Berechnung des Praxisbudgets

hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab (vgl. Allgemeine Bestimmungen A I., Teil B Nr.1.5 i.V.m. der Anlage 2 EBM-Ä). Danach wird der durchschnittliche Umsatz des Jahres 1994 der betreffenden Arztgruppe in DM je Arzt mit dem bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen prozentualen Kostensatz des Jahres 1994, dem verbleibenden Anteil aus den Einkünften aus dem auf die budgetierten Ärzte entfallenden Anteil der Gesamtvergütung des Jahres 1994 nach Abzug der Gesamtsumme der durchschnittlichen Betriebsausgaben dieser Ärzte je Arzt sowie dem Anteil in Prozent vom Gesamtleistungsbedarf der in die Praxisbudgets aufgenommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 malgenommenen und dann durch die durchschnittliche Anzahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle des Jahres 1995 der betreffenden Arztgruppe je Arzt geteilt. Dieser Wert wird schließlich mit dem rechnerischen bundesdurchschnittlichen GKV-Punktwert des Jahres 1994 in Höhe von 8,82 Dpf multipliziert. Die Aufspaltung der Fallpunktzahlen nach Nr.1.5 a.a.O. für Versicherte nach Versichertengruppen erfolgt unter Bezugnahme auf Werte aus den beiden ersten Quartalen des Jahres 1996. Bei signifikanter Abweichung von diesen im EBM-Ä zugrunde gelegten Daten erfolgt eine entsprechende Regionalisierung (vgl. Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B Nr.3 i.V.m. Anlage 3). Daraus wird deutlich, dass eine Anknüpfung an das Jahr 1995 nur hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der Behandlungsfälle erfolgt. Hinsichtlich der in das Praxisbudget fallenden Leistungen wird demgegenüber - wie bei der Berechnung der Zusatzbudgets - ebenfalls auf die ersten beiden Quartale des Jahres 1996 und damit auf den neuen grundlegend geänderten EBM-Ä abgestellt. Die Vorgaben des von Klägerseite zitierten Urteils des BSG vom 16. Mai 2001, Az.: B 6 KA 47/00 R, sind damit in vollem Umfang eingehalten. Entsprechend hat das BSG die Einführung und Bemessung des Praxisbudgets - jedenfalls was das hier streitige Quartal 3/98 betrifft - in ständiger Rechtsprechung für rechtmäßig angesehen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 15. Mai 2002, Az.: B 6 KA 33/01 R mit Übersicht über die vorgehende Rechtsprechung des BSG). Die Einwendungen der Klägerseite hätten daher allenfalls auf der Grundlage der Nr.4.3 des Buchst. A I der Allgemeinen Bestimmungen Teil B des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung erfolgreich sein können.

Nach dieser Regelung kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag eines Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Vesorgungsbedarfs eine Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. Ein diesbezüglicher Antrag der Klägerin vom 16. Februar 1998 ist aber mit bestandskräftigem Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 22. Juli abgelehnt worden.

Die Berufung der Klägerin war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Revision gemäß § 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-08-18