

L 12 KA 136/99

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 42 KA 1900/98

Datum

26.10.1999

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 136/99

Datum

26.07.2000

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 26. Oktober 1999 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob dem Kläger von der Beklagten eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets für Hausbesuche nach den Nrn. 25 und 32 BMÄ/E-GO sowie für die Erhebung der Fremdanamnese und/oder die Unterweisung und Führung von Bezugspersonen bei kommunikationsgestörten Patienten nach Nr.19 BMÄ/E-GO ab dem 3. Quartal 1997 gemäß Kapitel A I (Allgemeine Bestimmungen) Teil B Ziff. 4.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) gewährt werden kann.

Der Kläger nimmt als Urologe in Garmisch-Partenkirchen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Mit Schriftsatz vom 24. Juni 1997 beantragte er, ihm weitere Zusatzbudgets gemäß der Allgemeinen Bestimmungen des EBM Teil B Ziff.4.3 für Hausbesuche nach den Nrn.25, 32 BMÄ/E-GO sowie für fachübergreifende Betreuungsleistungen nach der Nr.19 BMÄ/E-GO zu gewähren. Diese Leistungen stellten einen Schwerpunkt seiner Praxis dar. Sie machten etwa 20 bis 25 % seines Gesamthonorars aus. Er betreue ca. 75 Patienten in Pflegeheimen bzw. in häuslicher Pflege kontinuierlich urologisch. Es handele sich dabei ausschließlich um Träger von transurethralen bzw. suprapubischen Blasenkathetern sowie Patienten mit schwerwiegenden Harninkontinenzen. Trans- urethrale Dauerkatheter müssten bei Männern in mindestens dreiwöchentlichen, bei Frauen in mindestens vierwöchentlichen Abständen gewechselt werden. Da in den Einrichtungen nur in Einzelfällen qualifiziertes Personal vorhanden sei, müssten die Wechsel durch ihn im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt werden. Zudem seien 90 % der von ihm in Pflegeheimen bzw. in häuslicher Umgebung betreuten Patienten erheblich kommunikationsgestört. Eine Eigenanamnese sei in diesen Fällen nicht erhebbar, zusätzlich seien häufigere Unterweisungen der Bezugspersonen erforderlich.

Mit Bescheid vom 6. Oktober 1997 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Nach den Allgemeinen Bestimmungen Teil B Ziff.4.3 des EBM könne die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. Diese Bestimmung werde in der "Vereinbarung zur Einführung von Praxis-Budgets zum 1. Juli 1997" dahingehend ausgelegt, dass die Budgets insbesondere dann erweitert oder ausgesetzt werden könnten, wenn die dort genannten Krankheitsfälle oder spezifischen Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellten. Für die beantragten Leistungen sei kein Zusatzbudget vorgesehen. Sie seien Bestandteil des Praxisbudgets. Werde ein Arzt verstärkt in einem Leistungsbereich tätig, könne er andere ärztliche Leistungen nur in entsprechend geringerem Umfang erbringen. Das insgesamt zur Verfügung stehende Praxisbudget müsse deswegen grundsätzlich nicht geändert werden.

Gegen diesen Bescheid sowie gegen die Honorarbescheide für das 3. und 4. Quartal 1997 legte der Kläger jeweils Widerspruch ein (Widersprüche vom 4. November 1997, 17. Februar 1998 und 29. Mai 1998). Diese Widersprüche begründete er damit, dass die Zahl der von ihm in Alten- und Pflegeheimen bzw. in häuslicher Umgebung betreuten Patienten mittlerweile auf über 80 angewachsen sei. Es bestehe für ihn keine Möglichkeit, kompensatorisch andere ärztliche Leistungen in geringerem Umfang zu erbringen. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sei vom Beschwerdeausschuss ein erheblicher Mehraufwand bei der Erbringung der Leistungen nach den Nrn.25, 32 und 19 BMÄ/E-GO bestätigt worden. Insbesondere die vollständige Anerkennung seiner Besuchs- und Betreuungsleistungen für das 2. Quartal 1997 unter Hinweis auf einen Praxisschwerpunkt mache die Gewährung eines zusätzlichen Zusatzbudgets bzw. einer Ausweitung des Praxisbudgets unumgänglich.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. September 1998 wies die Beklagte den Widerspruch vom 4. November 1997 zurück. Die Begründung

entspricht der des Ausgangsbescheids. Ergänzend wurde Folgendes ausgeführt: Da Hausbesuche und die Erhebung der Fremdanamnese und/oder die Unterweisung und Führung der Bezugspersonen im Sinne der Nr.19 EBM eine persönliche Leistungserbringung erforderten, könnten während dieser Zeit keine anderen Leistungen erbracht werden. Somit müsste das insgesamt zur Verfügung stehende Budget grundsätzlich nicht geändert werden. Auch der Facharzt sei nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags bzw. des Arzt-Ersatzkassenvertrages berechtigt und verpflichtet, unter den dort genannten Voraussetzungen Hausbesuche durchzuführen. Hausbesuche gehörten demzufolge zum normalen Leistungsspektrum jeder Fachgruppe. Auch das Argument, der Beschwerdeausschuss habe bereits eine Praxisbesonderheit zuerkannt, stelle keinen Grund für eine Erweiterung des Praxisbudgets dar. Die im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung festgestellten Tatbestände seien nicht einem besonderen Versorgungsbedarf nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Ziff.4.3 des EBM gleichzusetzen. Aufgrund der verschiedenartigen Systematik der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der EBM-Regelungen könnten festgestellte Tatbestände in einem Bereich nicht in den anderen Bereich übernommen werden.

Gegen den vorgenannten Bescheid ließ der Kläger am 21. Oktober 1998 Klage zum Sozialgericht München erheben (Az.: S 42 Ka 1900/98). Zu deren Begründung wurde mit Schriftsatz vom 6. Mai 1999 Folgendes vorgetragen: Der Bescheid vom 6. Oktober 1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 24. September 1998 sei rechtswidrig. Der Kläger habe aufgrund des vorhandenen besonderen Versorgungsbedarfs hinsichtlich der Leistungen nach den Nrn.19, 25 und 32 BMÄ/E-GO einen Anspruch auf Erweiterung seines Budgets. Bei Bestehen eines solchen Versorgungsbedarfs sei das nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Ziff.4.3 des EBM bestehende Ermessen auf Null reduziert. Durch die "Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" hätten die Vertragspartner unter Ziff.4 diese Bestimmung dahingehend ausgelegt, dass die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen könne, wenn die in der Vereinbarung genannten Krankheitsfälle oder spezifischen Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit des Vertragsarztes darstellten. In dieser Vereinbarung sei u.a. die kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen als spezifische Betreuungsleistung genannt. Ein solcher Schwerpunkt der Praxistätigkeit und damit ein besonderer Versorgungsbedarf sei beim Kläger vorhanden. Er betreue im Vergleich zu seiner Fachgruppe überdurchschnittlich viele Patienten in verschiedenen Pflegeheimen in Garmisch-Partenkirchen und auch in häuslicher Pflege kontinuierlich urologisch. Es handle sich dabei nahezu ausschließlich um Träger von transurethralen bzw. suprapupischen Blasenkathetern sowie um Patienten mit schwerwiegenden Harninkontinenz. Der Katheterwechsel, der bei Männern mindestens dreiwöchentlich bei Frauen mindestens vierwöchentlich durchzuführen sei, müsse, da entsprechendes qualifiziertes Personal nur in Einzelfällen vorhanden sei, im Rahmen von Hausbesuchen durch den Kläger selbst durchgeführt werden. Ca. 90 % der durch den Kläger betreuten Patienten sei aufgrund neurologischer Diagnosen erheblich kommunikationsgestört. Da eine Eigenanamnese in diesen Fällen nicht erhebbar sei, seien häufig Unterweisungen der Bezugspersonen zur ausreichenden Versorgung dieser Patienten erforderlich. Der Kläger erbringe deshalb seit Jahren die Leistungen nach den Nrn.19, 25 und 32 BMÄ/E-GO im überdurchschnittlichen Maß im Vergleich zur Fachgruppe. Dies habe in den Quartalen 3/96 bis 2/97 zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen geführt. Die Kürzungen des Honorars für die Nr.19 BMÄ/E-GO sei in sämtlichen Quartalen durch den Beschwerdeausschuss zurückgenommen worden. Die Kürzungen bei den Besuchsleistungen (Leistungsgruppe 02) seien in den Quartalen 3/96 durch gerichtlichen Vergleich und im Quartal 4/96 durch den Beschwerdeausschuss reduziert worden. In den Quartalen 1/97 und 2/97 habe der Beschwerdeausschuss durchschnittlich 6,5 Besuche pro Patient im Quartal wegen der überdurchschnittlichen Versorgung der Katheterträger anerkannt. Die Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfungen seien sehr wohl ein Indiz für die Frage, ob ein besonderer Versorgungsbedarf im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Ziff.4.3 des EBM vorliege. Eine medizinisch nicht nachvollziehbare Mengenausweitung liege beim Kläger nachweisbar nicht vor. Durch eine Praxisbudgeterweiterung solle hinsichtlich der Leistungen nach den Nrn. 19, 25 und 32 BMÄ/E-GO lediglich die zukünftige Sicherstellung des bereits seit Jahren im Einzugsbereich der Praxis des Klägers bestehenden besonderen Versorgungsbedarfs gewährleistet werden. Durch die Ausnahmeregelung in den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Ziff.4.3 des EBM solle vermieden werden, dass ohne sachliche Differenzierung Praxen mit einem besonderen Schwerpunkt nicht mit Praxen ohne derartige Schwerpunktbildung in einen Topf geworfen würden. Dass ein Schwerpunkt der Praxistätigkeit des Klägers im Bereich der kontinuierlichen Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen vorliege, zeige der Anteil des angeforderten Honorars für die Leistungen nach den Nrn.19, 25 und 32 BMÄ/E-GO am Gesamtleistungsbedarf (inklusive GOP 1, 4 und 8066). Dieser Anteil betrage im 3. Quartal 1997 13,3 %, im 4. Quartal 1997 10,4 %, im 1. Quartal 1998 9,8 % und im 2. Quartal 1998 12,5 %. Das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs könne auch nicht deshalb abgelehnt werden, weil es im Einzugsbereich der Praxis des Klägers auch andere Ärzte gebe, die die entsprechenden Leistungen ausführen. Selbst wenn im Landkreis Garmisch-Partenkirchen zwei Urologen, 63 Allgemein- bzw. Praktische Ärzte und außerdem hausärztlich tätige Internisten niedergelassen seien, so könnten diese Zahlen nur ein erster Anhaltspunkt im Rahmen der Überprüfung des Vorliegens eines besonderen Versorgungsbedarfs sein. Entscheidend sei, ob diese Ärzte tatsächlich alle die entsprechenden Leistungen ausführen und in welchem Umfang diese Ärzte die Leistungen erbrächten. Entscheidend sei nicht, ob ein Allgemeinarzt in der Lage wäre, einen Katheterwechsel vorzunehmen, sondern ob diese Allgemeinärzte im Landkreis Garmisch-Partenkirchen ebenfalls in überdurchschnittlichem Maße Pflegeheime betreuten und insbesondere Patienten behandelten, welche Träger von suprapupischen Kathetern oder Dauerkathetern seien.

In der mündlichen Verhandlung beantragten die Bevollmächtigten des Klägers,

den Bescheid der Beklagten vom 6. Oktober 1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheids der Beklagten vom 24. September 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über den Antrag des Klägers auf Erweiterung oder Aussetzung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr.4.3 EBM erneut gemäß der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beklagte beantragte,

die Klage abzuweisen.

Sie vertrat in ihrer Klageerwidern vom 8. Februar 1999 die Auffassung, dass der angefochtene Bescheid in Form des Widerspruchsbescheides rechtmäßig sei. Nach Nr.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B des EBM könne im Einzelfall zur Sicherung eines besonderen Versorgungsbedarfs das Praxisbudget erweitert werden. Der Vorstand habe mit Beschluss vom 18. April 1997 die Regelung dahingehend ausgelegt, dass die Budgets insbesondere dann erweitert oder ausgesetzt werden könnten, wenn bestimmte Krankheitsfälle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellten. Ein Schwerpunkt der Praxis sei weder für die Hausbesuche, noch für die Erbringung der Nr.19 BMÄ/E-GO erkennbar. Die Besuchstätigkeit sei schon deshalb kein Schwerpunkt, weil im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung für das 3. Quartal 1997 eine unwirtschaftliche Leistungserbringung hinsichtlich

der Besuchsleistungen festgestellt worden sei. Eine Kürzungsmaßnahme sei nur deshalb unterblieben, um den Kläger nicht der Doppelbelastung der Budgetierung und Kürzung auszusetzen. Im 2. Quartal 1998 sei wegen der bereits vorliegenden Kürzungen durch das Praxisbudget auf die Einleitung eines Prüfverfahrens verzichtet worden. Sinn der Regelung nach Nr.4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B des EBM sei es, die durch die generalisierenden Maßnahmen der Budgetierung möglicherweise entstehenden Lücken im Bereich der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu schließen. Die Erweiterung des Praxisbudgets sei ein Ausnahmetatbestand. Das Ziel dieser Regelung würde unterlaufen, wenn die Erweiterung des Praxisbudgets schon für Leistungen gewährt würde, die von einer Vielzahl von Ärzten im Rahmen der regulären Betreuung ihre Patienten häufig erbracht würden. Um den Charakter der Ausnahmeregelung beizubehalten, sei es sachgerecht, die Erweiterung restriktiv zu handhaben. Das mit der Einführung der Praxisbudget angestrebte Ziel, der medizinisch nicht indizierten Mengenentwicklung der ärztlichen Leistungen entgegenzuwirken, dürfe mit Gewährung einer Erweiterung nicht umgangen werden. Die Erweiterung des Praxisbudgets für die Durchführung von Hausbesuchen könne deshalb schon aus grundsätzlichen Erwägungen nicht gewährt werden. Die Erbringung der Nr.19 sei zudem kein erkennbarer Schwerpunkt der Praxis des Klägers. Der prozentuale Anteil dieser Leistung am Gesamtleistungsbedarf habe im 4. Quartal 1997 bei 2,67 %, im 1. Quartal 1998 bei 3,12 %, im 2. Quartal 1998 bei 3,16 % und im 3. Quartal 1998 bei 3,38 % gelegen. Es bestehe schließlich auch kein besonderer Versorgungsbedarf. In Garmisch-Partenkirchen führten noch zwei Urologen Besuchsleistungen durch. Außerdem seien im Landkreis Garmisch-Partenkirchen 63 Allgemein- bzw. praktische Ärzte niedergelassen, die ebenfalls Hausbesuche durchführten. Hinzu kämen noch hausärztlich tätige Internisten. Ein besonderer Versorgungsbedarf, der aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung eine Erweiterung des Praxisbudgets für Besuchsleistungen rechtfertige, sei daher nicht ersichtlich. Die Durchführung des Katheterwechsels durch einen Urologen sei nicht zwingend. Auch ein Allgemeinarzt, der den Patienten hausärztlich betreue, sei in der Lage, einen Katheterwechsel vorzunehmen. Im Übrigen werde die Nr.19 von zwei weiteren Urologen im Planungsbereich erbracht, ebenso von einer Vielzahl von Allgemeinärzten und hausärztlich tätigen Internisten. Ein besonderer Versorgungsbedarf bestehe deshalb nicht.

Mit Urteil vom 26. Oktober 1999 wies das Sozialgericht die Klage ab. Diese Entscheidung stütze es im Wesentlichen auf folgende Erwägungen: Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr.1 des EBM unterlägen die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen für die Arztgruppe der Urologen einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen seien je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einer bestimmten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig. Die Budgetierung bezwecke eine Leistungssteuerung und Mengendämpfung, die einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung und dem damit zusammenhängenden Punktwertverfall entgegenwirken solle. Die Einführung von Budgets sei durch das Gesetz ausreichend gedeckt. Auf Antrag könne die Kassenärztliche Vereinigung nach Nr.4.3 im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewähren. Aus der Rechtsfolgeverknüpfung "kann" ergebe sich für den betroffenen Arzt ein Anspruch auf fehlerfreie Ermessensausübung. Ein Ermessensspielraum sei allerdings nur eröffnet, wenn die tatbestandlichen Voraussetzungen (Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs) gegeben seien. Bezüglich der Feststellung dieser Tatbestandsvoraussetzung komme der Beklagten, wie den Zulassungsgremien im Rahmen des Zulassungsverfahrens, eine Einschätzungsprärogative zu, die lediglich einer gerichtlichen Vertretbarkeitskontrolle unterliege. Bei der Ausfüllung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" sei der Zweck der Budgetierung sowie der Aufbau und die Systematik des Budgetsystems zu berücksichtigen. Mit dem allgemeinen Praxisbudget nach Nr.1.5 sei der Leistungsumfang eines Arztes ohne weitere Qualifikationen der entsprechenden Arztgruppe, der über ein völlig durchschnittliches Praxisklientel ohne atypische Besonderheiten verfüge, abgegolten. Soweit die qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets nach Nr.4.1 für bestimmte Leistungspositionen einen zusätzlichen Leistungsumfang in Gestalt des weiteren Budgets zubilligten, gehe der EBM davon aus, dass ein Gebietsarzt, der über die dort genannten Zusatzqualifikationen verfüge, ein entsprechendes Patientenkontingent anziehe und einen entsprechenden Leistungsmehrbedarf besitze. Dabei werde auf eine Bedarfsprüfung im Einzelfall verzichtet. In diesem Zusammenhang seien die bedarfsgebundenen Praxisbudgets nach Nr.4.2 und 4.3 zu interpretieren. Nur soweit ein besonderer Versorgungsbedarf bestehe, der von den durchschnittlichen Verhältnissen im Leistungsumfang eines durchschnittlichen Gebietsarztes mit entsprechenden Zusatzqualifikationen abweiche, bestehe überhaupt Anlass, das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs zu erwägen. Die Regelung in Nr.4.3 sei nachrangig gegenüber der Regelung nach 4.2, 4.1 und 1.5. Die Befugnis zur Budgeterweiterung habe Ausnahmeharakter dergestalt, dass über diese Vorschrift nur solche besonderen Sachverhalte einer Korrekturmöglichkeit zugänglich seien, bei denen ein Vergleich der Praxisverhältnisse mit denen der durchschnittlichen Gruppenverhältnisse zu nicht mehr hinnehmbaren Verzerrungen führe, die es als unzumutbar erscheinen ließen, den Betroffenen auf die Erfassung und Abgeltung durch die vorgängige Budgetregelungen zu verweisen. Geringfügige Besonderheiten könnten nicht als besonderer Versorgungsbedarf gelten. In Anwendung dieser Grundsätze könne die Beurteilung der Beklagten die sich laut Abrechnungsstatistik zeigenden Überschreitungen bei den Hausbesuchen sei nur zum Teil notwendig und erforderlich gewesen, nicht als beurteilungsfehlerhaft bezeichnet werden. Der Beschwerdeausschuss habe zwar einen gewissen Mehraufwand als Praxisbesonderheit anerkannt, die darüber hinausgehende Überschreitung jedoch als unwirtschaftlich festgestellt. Der verbleibende Mehraufwand für die Hausbesuche und die Nr.19 BMÄ/E-GO sei mit Sicherheit keine so grobe Verzerrung zwischen dem durch das Sicherstellungserfordernis geprägten Leistungsverhalten des Arztes und den durchschnittlichen Verhältnissen der Fachgruppe der Urologen. Die Divergenzen seien unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten hinzunehmen. Unter dem Gesichtspunkt des Nachschiebens von Gründen seien auch die Ausführungen der Beklagten zur Versorgungsgesamtsituation im Planungsbereich zu würdigen. Es sei ausgeführt worden, dass auch Allgemeinärzte zum Katheterwechsel in der Lage seien und zwei weitere Urologen zusammen mit den niedergelassenen Hausärzten Hausbesuche durchführen könnten und diese auch abrechneten. Auch die Tatsache, dass der Kläger beim Gesamtleistungsbedarf gegenüber der Vergleichsgruppe Unterschreitungen aufweise, spreche für die Richtigkeit der Annahme der Beklagten, dass der Kläger innerhalb des Budgets seinen Mehrbedarf bei den genannten Leistungen durch Minderleistungen in anderen Bereichen, die ebenfalls von Praxisbudgetierungen erfasst würden, ausgleichen könne.

Gegen das am 29. November 1999 zugestellte Urteil ließ der Kläger am 1. Dezember 1999 Berufung einlegen. Diese wird mit Schriftsatz vom 24. Juli 2000 im Wesentlichen wie folgt begründet: Es bestehe ein Anspruch des Klägers auf Erweiterung seines Praxisbudgets. Lügen die Tatbestandsmerkmale des Abschnitts A I Teil B Nr.4.3 des EBM vor, sei das Ermessen auf Null reduziert. Das Tatbestandsmerkmal der Sicherstellung des besonderen Versorgungsbedarfs sei gerichtlich voll überprüfbar, ein Beurteilungsspielraum bestehe im Hinblick auf die restriktive Handhabung des Beurteilungsspielraums durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht. Bei den in der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 aufgezählten Krankheitsfällen und spezifischen Betreuungsleistungen handele es sich nicht um ein abschließende Regelung, vielmehr sei eine Einzelfallprüfung erforderlich. Bei den Besuchsleistungen handele es sich um einen Praxisschwerpunkt. Als geeignetes Kriterium zur Feststellung eines besonderen Versorgungsbedarfs sei nach einem Urteil der 38. Kammer des Sozialgerichts München der Anteil der Fälle an der Gesamtzahl der sich aus Spalte 8 der Häufigkeitsstatistik ergebe über mindestens 3 Quartale hinweg anzusetzen. Dieser liege bei den Gebührenordnungsnummern 25 und 32 BMÄ/E-GO bei etwa 20 % sowie bei der Nr.19 BMÄ/E-GO bei etwa 10 %. Damit sei von einem Praxisschwerpunkt auszugehen. Aufgrund des besonderen

Patientenkleientels, das zu einem besonderen Versorgungsbedarf führe, sei eine Erweiterung des Praxisbudgets zu gewähren.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 26. Oktober 1999 und den Bescheid des Beklagten vom 6. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. September 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über seinen Antrag auf Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets zur Sicherung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß A I B 5.3 EBM erneut gemäß der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts München vom 26. Oktober 1999 für zutreffend.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte, die Klageakte (Az.:S 42 KA 1990/98) sowie die Berufungsakte (Az. [L 12 KA 136/99](#)) vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist unbegründet. Der Bescheid des Beklagten vom 6. Oktober 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. September 1998 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat deshalb mit dem angefochtenen Urteil vom 26. Oktober 1999 die dagegen erhobene kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zu Recht abgewiesen.

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

Im vorliegenden Fall kann dahingestellt bleiben, ob, wie das Sozialgericht meint, aufgrund der Wortwahl "kann" die Gewährung einer Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets im Ermessen der Beklagten steht oder ob ein Anspruch auf Erweiterung besteht, wenn die tatbestandlichen Voraussetzungen vorliegen. Hier sind letztere schon nicht gegeben.

Die tatbestandliche Voraussetzung "zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" in Nr.4.3 des ab 1. Juli 1997 geltenden Kapitels A I Teil B des EBM ist als Ausnahmenvorschrift eng auszulegen und zwar ihrem Sinn und Zweck entsprechend als Härtefallregelung. Einzelne Ärzte der Arztgruppe mit einem speziellem Leistungsspektrum, das den Schwerpunkt der Praxis bildet, und die deshalb durch die Budgetierung besonders betroffen werden, können durch ein zusätzliches bedarfsabhängiges Praxis- und/oder Zusatzbudget einen Ausgleich erhalten, der verhindert, dass sie in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten.

Wann ein solcher Härtefall vorliegt, kann nicht losgelöst von den übrigen Bestimmungen des Kapitels A I Teil B des EBM beurteilt werden. 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 (vgl. dazu: BSG, Urteil vom 8. März 2000, Az.: [B 6 KA 8/99 R](#) und [B 6 KA 16/99 R](#); Urteil des Senats vom 13. Oktober 1999, Az.: L 12 KA 54/98). 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). Mit dem Praxisbudget werden die jeweiligen arztgruppentypischen Standardleistungen abgegolten (vgl. Kölner Kommentar zum EBM, Stand Juli 1997, Anm.4 zu Kapitel A I Teil B; BSG, Urteil vom 8. März 2000, Az.: B 6 Ka 7/99 R). Die Einführung von Praxisbudgets hat zum Ziel, die Auswirkungen des seit Jahren zu beobachtenden Punktwertverfalls zu begrenzen und den Vertragsärzten mehr Kalkulationssicherheiten zu geben. Sie ist rechtmäßig (vgl. BSG, a.a.O., S.7 f.).

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), nur von wenigen Ärzten einer Arztgruppe schwerpunktmäßig abgerechnet werden oder aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs gesondert zu berücksichtigten sind (bedarfsabhängige Zusatzbudgets im Sinne der Nr.4.2). 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 Versorgungsbedarf besteht (vgl. Kölner Kommentar zum EBM, a.a.O. Anm.6 zu Kap.A I Teil B). Urologen - wie der Kläger - erhalten qualifikationsgebundene Zusatzbudgets für transkavitäre Sonographie (Nr.388 BMÄ/E-GO), für übende Verfahren der Psychosomatik (Nrn.850 bis 858 BMÄ/ E-GO), für Doppleruntersuchungen im Genitalbereich (Nrn.1745, 1746 BMÄ/E-GO) sowie für die Teilradiologie (Nrn.5060 bis 5062, 5080 bis 5083, 5095, 5160 bis 5165 BMÄ/E-GO).

Darüber hinaus kann gemäß Kapitel A I Teil B Nr.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 4.1 und 4.2 berücksichtigt wurde (vgl. Kölner Kommentar zum EBM, a.a.O., Anm.6 zu Kapitel A I Teil B). Die Partner der Bundesmantelverträge haben diese Regelung des EBM in Ziff.4 der "Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" (vgl. DÄ 1997, A 403 f.) authentisch 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 Schmerztherapie-Vereinbarung); kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen; erheblich über den

Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil.

Soweit die Bevollmächtigten des Klägers vortragen, dass die Betreuung von Patienten in Pflegeheimen durch den Kläger eine "kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen" im Sinne de Ziff.4 der "Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" ist, verkennen sie, dass damit - ebenso wie Nr.4.2 des Kap.A I Teil B des EBM (erstes genanntes bedarfsabhängiges Zusatzbudget) - Leistungen nach der Gebührenordnungsposition Nr.15 BMÄ/E-GO gemeint sind, deren Erbringung nach der Präambel des Kapitel B II Nr.2 EBM Hausärzten gemäß § 73 Abs.1a SGB V, Nervenärzten, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater und Neurologen vorbehalten ist. Diese Leistungen können somit vom Kläger als Urologen nicht abgerechnet werden und sind deshalb auch von ihm nicht als besonderer Versorgungsbedarf im Sinne der Nr.4.2 oder Nr.4.3 Kap.A I Teil B des EBM geltend gemacht worden.

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 authentische 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 GG](#)) muss es sich jedoch auch bei den weiteren Ausnahmetatbeständen, die eine Erweiterung oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets nach Kap.A I Teil B Nr.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 Nrn. 4.1, 4.2 und die in der Vereinbarung genannten Beispielsfälle noch nicht berücksichtigt ist.

Wendet man diese Grundsätze auf den vorliegenden Fall an, so ist in der Praxis des Klägers eine derartige spezifische Schwerpunktsetzung und die Übernahme der Behandlung von bestimmten schwerwiegenden Gesundheitsstörungen oder spezifischen Betreuungsleistungen in einem quantitativ relevanten Ausmaß nicht zu erkennen. Der Kläger begehrt eine Erweiterung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets für die Durchführung von Hausbesuchen nach den Nrn.25 und 32 BMÄ/E-GO sowie für die Unterweisung und Führung von Bezugspersonen bei kommunikationsgestörten Patienten nach Nr.19 BMÄ/E-GO. Diese Leistungen fallen beim Kläger quantitativ ins Gewicht. Denn sie machen lt. der dem Gericht vorliegenden Häufigkeitsstistiken für die Quartale 3/96 und 3/98 einen Großteil der von ihm erbrachten Leistungen aus (3/96 etwa 40 % vor und etwa 30 % nach Wirtschaftlichkeitsprüfung; 3/98 etwa 30 % vor Budgetierung). Sie stellen jedoch in qualitativer Hinsicht nicht den Schwerpunkt der urologischen Praxistätigkeit des Klägers dar. Der Kläger trägt vor, dass er die Leistungen nach den Nrn.25 und 32 BMÄ/E-GO vor allem deshalb erbringt, weil er Patienten in Pflegeheimen und in häuslicher Pflege kontinuierlich urologisch betreue. Es handele sich dabei ausschließlich um Träger von transurethralen und suprapupischen Blasenkathetern sowie Patienten mit schweren Harninkontinenzen. Bei diesen Patienten müsse er im Rahmen von Hausbesuchen vor allem die Katheter wechseln, bei Männern dreiwöchentlich, bei Frauen vierwöchentlich. Zudem müsse er bei den meist kommunikationsgestörten Patienten die Bezugspersonen unterweisen. Welche speziellen urologischen Leistungen er in diesem Rahmen erbringt, hat der Kläger allerdings nicht vorgetragen. Gemäß Kapitel M (Urologie) des EBM (Nrn.1706 bis 1.860) ist der Wechsel eines Harnblasen- oder Nierenfistelkatheters nach Nr.1822 BMÄ/E-GO abrechenbar. Laut Häufigkeitsstatistik wurde diese Leistung im 3. Quartal 1996 lediglich in 21 Fällen abgerechnet, während 312 Besuche nach Nr.25 BMÄ/E-GO und 373 Besuche nach Nr.32 BMÄ/E-GO erfolgten. Im 3. Quartal 1998 standen 43 Katheterwechsel nach Nr.1822 BMÄ/E-GO 176 Besuche nach Nr.25 BMÄ/E-GO und 218 Besuche nach Nr.32 BMÄ/E-GO gegenüber. Die Honoraranforderung für Leistungen nach Nr.1822 BMÄ/E-GO betrug im 3. Quartal 1996 4.200 Punkte und im 3. Quartal 1998 vor Budgetierung 8.600 Punkte. Dies sind etwa 1 % der Gesamthonoraranforderung (vor Wirtschaftlichkeitsprüfung und vor Budgetierung). Die urologische Behandlung von Patienten in Pflegeheimen und in häuslicher Pflege bildet demnach weder einen, noch den Schwerpunkt der Praxistätigkeit des Klägers. Auch ist nicht dargetan, dass es sich um die Behandlung schwerwiegender urologischer Gesundheitsstörungen oder spezifischer urologischer Betreuungsleistungen gehandelt hat. Es bedeutet deshalb für den Kläger keine besondere, unzumutbare Härte, wenn die Leistungen nach Nrn.19, 25 und 32 BMÄ/E-GO budgetiert werden. Sie gehören auch bei den Urologen zu den Standardleistungen, die mit dem Praxisbudget abgegolten werden, denn sie werden von einem Großteil der Ärzte dieser Arztgruppe ebenfalls erbracht (3/96: Nr.19 BMÄ/E-GO, 90,48 %, Nr.25 BMÄ/E-GO, 88,89 %; Nr.32 BMÄ/E-GO 41,27 %; 3/98: Nr.19 BMÄ-E/GO 81,25 %; Nr.25 BMÄ/E-GO 93,75 %; Nr.32 BMÄ/E-GO 46,88 %), wenn auch in weit geringerer Häufigkeit als vom Kläger. Beschränkt sich der Kläger wie die Fachgruppe auf die urologisch notwendigen Besuche, wird sich die Budgetierung in geringerem Maße auswirken. Die übrigen medizinisch notwendigen Besuche in Pflegeheimen und in häuslicher Pflege können, worauf die Beklagte und das Sozialgericht bereits zutreffend hingewiesen haben, von der Vielzahl der Allgemeinärzte und der hausärztlich tätigen Internisten im Landkreis Garmisch-Partenkirchen erbracht werden. Damit würde zugleich das Ziel der Budgetierung, der medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung und dem damit einhergehendem Punktwerteverfall entgegenzuwirken, Rechnung getragen. Es ist deshalb rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte in dem angefochtenen Bescheid vom 6. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. September 1998 den Antrag des Klägers auf Erweiterung und/oder Aussetzung des Praxis- und/oder Zusatzbudgets abgelehnt hat.

Aus diesen Gründen ist die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 26. Oktober 1999 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG](#) i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes und beruht auf der Erwägung, dass die Beklagte im Berufungsverfahren obsiegt.

Gründe, die Revision nach [§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-25