
S 18 KA 98/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	S 18 KA 46/00
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 KA 98/98
Datum	03.12.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KA 5/04
Datum	26.01.2005

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 03.12.2003 wird zurückgewiesen.

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

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Aussetzung bzw. Erweiterung des qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets Psychosomatik mit Wirkung ab dem Quartal II/99.

Der Kläger nimmt als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Praxissitz in C an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er führt die Zusatzbezeichnung Allergologie. Seit dem Quartal IV/93 ist er berechtigt, die Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach den Nrn. 850 und 851 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) zu erbringen. Die Zusatzbezeichnung Psychotherapie wurde ihm am 22.03.1999 zuerkannt. Mit Bescheid vom 08.04.1999 erteilte ihm die Beklagte die

Genehmigung, als Ärztlicher Psychotherapeut die Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung und des autogenen Trainings, der Relaxationsbehandlung nach Jacobson nach den Nrn. 855, 856, 857 EBM-Ä sowie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Erwachsenen als Einzelbehandlung nach den Nrn. 860, 861, 862, 868, 870, 871 und 872 EBM-Ä in der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen.

Die vom Kläger am 06.06.1997 und am 08.07.1997 gestellten Anträge auf Aussetzung/Erweiterung des Praxisbudgets und der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets Allergologie und Psychosomatik gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 4.3 des EBM-Ä wies die Beklagte mit Bescheid vom 09.09.1997 und Widerspruchsbescheid vom 18.02.1998 zurück. Hiergegen richtete sich die vom Kläger am 23.03.1998 erhobene Klage ([S 18 KA 98/98](#)).

Am 12.05.1999 hat der Kläger einen weiteren Antrag auf Aussetzung/Erhöhung des Zusatzbudgets Psychosomatik gestellt. Er beschwört sich bereits seit 1993 schwerpunktmäßig mit der Behandlung von psychosomatischen Störungen. Insbesondere seit seiner Weiterbildung als Ärztlicher Psychotherapeut habe sich ein entsprechendes Patientenkontingent in seinem Patientenstamm integriert. Vor Beantragung der sog. großen Psychotherapie seien regelmäßig mehrere Jahre psychosomatische Interventionsgespräche und oft auch Entspannungungsverfahren (Nrn. 850 bis 855 EBM-Ä) notwendig. Daneben bestehe auch im Bereich der Allergologie und bei ambulanten Operationen ein Praxisschwerpunkt, mit deren Leistungen das Praxisbudget und die Zusatzbudgets bereits aufgebraucht seien. Die Überschreitung im Zusatzbudget Psychosomatik könne daher nicht aufgefangen werden.

Den gegen den ablehnenden Bescheid vom 08.09.1999 gerichteten Widerspruch hat die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 26.01.2000 zurückgewiesen. Eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets könne gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 4.3 des EBM-Ä auf Antrag des Arztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gewährt werden. Ein besonderer Versorgungsbedarf müsse dabei aus den Abrechnungsergebnissen des Arztes erkennbar sein. Allein die Anerkennung der fachlichen Voraussetzungen für einen besonderen Leistungsbereich wie hier die Anerkennung als Ärztlicher Psychotherapeut belege noch keinen besonderen Versorgungsbedarf. Vielmehr seien die Abrechnungsergebnisse der Praxis im Vergleich mit anderen Praxen des Fachgebietes zu beurteilen. Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach den Nrn. 850, 851 EBM-Ä würden von etwa 65 % der Hautarztpraxen erbracht. Die Genehmigung zur Abrechnung der übrigen Verfahren nach den Nrn. 855 bis 857 EBM-Ä sei demgegenüber nur bei einer weiteren Hautarztpraxis vorhanden. Ein entsprechendes Praxisprofil sei mit den Abrechnungsergebnissen indes nicht belegt. Ein besonderer Versorgungsbedarf liege nicht vor, weil gerade diese Leistungen nicht abgerechnet worden seien. Krankheitsbilder, die in der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets vom 14.02.1997 genannt seien und einen Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellen könnten, seien für die Praxis des Klägers nicht einschlägig. Ein erheblich über dem Fachgruppenschritt

liegender Anteil sei ebenfalls nicht zu erkennen. Der Anteil liege beim Kläger mit 3,6 % unter dem Durchschnitt der Fachgruppe von 7,2 %. Hiergegen hat der Kläger am 16.02.2000 Klage erhoben ([S 18 KA 46/00](#)).

Das Sozialgericht hat die Klagen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden. Der Kläger hat nach Rücknahme der Klage im Übrigen zuletzt nur noch die Aussetzung bzw. Erweiterung des Zusatzbudgets Psychosomatik ab dem Quartal II/99 begehrt.

Er habe einen Anspruch auf eine ermessensfehlerfreie Entscheidung über seinen Antrag auf Aussetzung/Erweiterung des Zusatzbudgets Psychosomatik. Das gewährte Zusatzbudget sei aufgrund seiner geringen Höhe nicht rechtmäßig. Bei ihrer Entscheidung hätten die Beklagte die Auswirkungen auf die Ausübung der Tätigkeit des Klägers beachten müssen. Die Leistungen im dermatologischen und psychosomatischen Bereich seien strukturell völlig unterschiedlich. Beim Zusatzbudget dürfe daher nur die aus diesem Bereich erzielte Fallzahl oder eine wesentlich höhere Fallpunktzahl der Berechnung zu Grunde gelegt werden. Bei den psychotherapeutischen Behandlungen des Kapitels G III. und IV. des EBM handle es sich um genehmigungsbedürftige und zeitgebundene Leistungen, bei denen die ständige Präsenz des Klägers notwendig sei. Dies treffe auf "normale" dermatologische Leistungen nicht zu. Für die Leistung nach der Nr. 851 EBM (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion) sei eine Mindestzeit von 15 Minuten festgelegt. Für die Leistungen nach den Nrn. 860, 870, 871 und 872 EBM (Leistungen der Psychotherapie) sei eine Mindestdauer von 50 Minuten vorgeschrieben. Der Kläger könne daher die Fallpunktzahlen während der Dauer einer psychotherapeutischen Behandlung weder auf diesem Gebiet noch auf dermatologischem Gebiet vermehren. Weil bei der Berechnung des Zusatzbudgets Psychosomatik alle Fallzahlen zu Grunde gelegt würden, werde die Tätigkeit des Klägers im Bereich der Psychosomatik ohne deren strukturelle Eigenständigkeit berechnet. Auch das Bundessozialgericht (BSG) habe im Urteil vom 26.01.2000 ([B 6 KA 4/99 R = SozR 3- 2500 Â§ 85 Nr. 35](#)) klargestellt, dass diese Besonderheiten der Leistungserbringung zu beachten seien. Der Kläger habe im Quartal II/99 etwa 90 Stunden seiner ärztlichen Leistungen auf dem Gebiet der Psychosomatik erbracht. Dabei entfielen etwa 50 Stunden auf die große Psychotherapie und etwa 40 Stunden auf andere "psychotherapeutische" Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 EBM. Bei einer Gesamtarbeitszeit von 300 Stunden im Quartal betrage der Anteil damit etwa 30 %. Der Kläger sei daher gezwungen, unwirtschaftlich zu arbeiten. Während der psychotherapeutischen Leistungen beständen die Kosten für den Betrieb der dermatologischen Praxis in voller Höhe weiter. Dem Zeitaufwand von etwa 30 % der Arbeitszeit stehe zudem nur ein Honoraranteil von etwa 5 bis 10 % gegenüber. Auch dies sei mit dem Differenzierungsgebot nicht vereinbar. So habe das BSG im Urteil vom 29.09.1993 ([6 R Ka 65/91 = BSGE 73, 131](#)) bezüglich der strukturell unterschiedlichen Leistungen in der Labordiagnostik wegen unterschiedlicher Rationalisierungsmöglichkeiten eine Ungleichbehandlung erkannt.

Darüber hinaus sei die ablehnende Entscheidung der Beklagten rechtswidrig, weil eine Gleichbehandlung der dermatologischen Leistungen und psychosomatischen Leistungen nicht mit der Lenkungsfunction der Honorarverteilung zu rechtfertigen sei. Diese beziehe sich nach dem Urteil des BSG vom 25.08.1999 ([B 6 KA 14/98 R = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 33](#)) nur auf Spezialisierungen innerhalb eines Fachgebiets. Die Fachgebiete Dermatologie und Psychosomatik seien inhaltlich derart unterschiedlich, dass von einer Spezialisierung innerhalb eines Fachgebietes nicht mehr ausgegangen werden könne.

Eine vermehrte Tätigkeit des Klägers im klassischen dermatologischen Bereich wäre nur möglich, wenn er gleichzeitig seine Tätigkeit im psychotherapeutischen Bereich einstellte. Dies würde zu einer nicht ersetzbaren qualitativen Verschlechterung der ärztlichen Versorgung in diesem Bereich führen. Gerade die Verbindung beider Fachbereiche mache es erst möglich, grenzüberschreitend zu behandeln. Die wesentlich kompetentere Behandlung werde durch das zu geringe Budget erschwert.

Darüber hinaus begründe das zu geringe Zusatzbudget eine Verletzung der Berufswahl-freiheit gemäß [Art. 12 Grundgesetz \(GG\)](#), die durch eine verfassungskonforme Auslegung der Bestimmungen in A I. Teil B Nr. 4.3 EBM mit einer Aussetzung des Budgets beseitigt werden müsse. Mit dem geringen Budget sei eine kostendeckende Tätigkeit nicht gewährleistet. Dies stelle einen intensiven Eingriff in die Berufsfreiheit dar. Der Kläger erbringe sowohl Leistungen auf dem Gebiet der Dermatologie (Beruf: Dermatologe) als auch auf dem Gebiet der Psychosomatik (Beruf: Ärztlicher Psychotherapeut). Der Kläger könne daher nicht mehr ausschließlich der Berufsgruppe der Dermatologen zugerechnet werden. Er übe vielmehr den eigenständigen Beruf eines Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Zusatzqualifikation Psychotherapie im verfassungsrechtlichen Sinne aus. Indem es dem Kläger durch die Honorarverteilung wirtschaftlich unmöglich gemacht werde, im Bereich der Psychotherapie den Umfang seiner Tätigkeit frei zu bestimmen, liege ein Eingriff in die Berufsfreiheit vor, der nicht gerechtfertigt sei. Er könne seine Tätigkeit im psychotherapeutischen Bereich nicht ausweiten, da die Fixkosten einer dermatologischen Praxis nicht mit denen einer psychotherapeutischen Praxis vergleichbar seien. Ein den Eingriff legitimierender Zweck liege nicht vor. Zwar diene die Budgetierung dem Ziel, der Ausweitung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegenzuwirken und somit die Qualität der Leistung zu sichern oder herzustellen. Dieser Zweck werde vorliegend jedoch in sein Gegenteil verkehrt. Mit den Leistungen des Zusatzbudgets durch den Kläger werde die vertragsärztliche Versorgung gerade qualitativ bereichert. Budgetierende Maßnahmen seien im Bereich der Psychotherapie auch nicht erforderlich, weil eine Überversorgung nicht bestehe. Im Bereich der Psychotherapie gebe es im Planungsbereich Zwickauer Land keine Zulassungsbeschränkungen. Wegen des Eingriffs in die Berufsfreiheit bedürfe es auch nicht der Feststellung eines besonderen Versorgungsbedarfes im Sinne der Regelung nach Nr. 4.3 EBM. Eine verfassungskonforme Auslegung sei zudem wegen einer Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes nach [Art. 3 GG](#) geboten. So erhalte z.B. ein Hausarzt für psychotherapeutische Leistungen höhere Punktwerte.

Zudem werde der Kläger in seinem Grundrecht auf freien Wettbewerb verletzt. [Art. 12 GG](#) sichere die Freiheit des Gewerbes und habe im Ergebnis auch für Ärzte einen wettbewerbsfördernden Aspekt. Mit der Budgetierung werde die Fortführung der Behandlungen wesentlich erschwert und bevorzugt damit die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten. Hilfsweise hat der Kläger eine Verfassungswidrigkeit der Regelung zur Praxisbudgetierung geltend gemacht.

Die Beklagte hat ausgeführt, allein die besondere Genehmigung zur Leistungserbringung nach den Nrn. 855 ff. EBM begründe keinen besonderen Versorgungsbedarf. Dieser müsse sich vielmehr aus den erbrachten Leistungen ergeben. Der Kläger habe diese Leistungen schon nicht erbracht. Die Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach den Nrn. 850, 851 EBM ergäben gemessen am Gesamtpunktvolumen keinen Anlass für eine Budgeterweiterung.

Mit Urteil vom 03.12.2003 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. In der Rechtsprechung des BSG sei geklärt, dass die Regelungen der Praxisbudgetierung rechtmäßig seien. Die Voraussetzungen für eine Aussetzung bzw. Erweiterung des Zusatzbudgets Psychosomatik habe die Beklagte zu Recht verneint. Nach der Rechtsprechung des BSG bestehe nur unter ganz besonders gelagerten Voraussetzungen eine Notwendigkeit für die Erweiterung der Praxis- oder Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs. Diese Voraussetzungen könnten nicht schon durch den Hinweis belegt werden, der betroffene Arzt habe die seit dem 01.07.1997 einem qualifikationsgebundenen Zusatzbudget unterfallenden Leistungen häufiger als der Durchschnitt seiner Fachgruppe erbracht, und dies sei von den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht beanstandet worden. Indizien für eine nachhaltig abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw. eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teil des Fachgebiets, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei, seien vielmehr ein gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe signifikant erhöhter Anteil der im qualifikationsgebundenen Zusatzbudget enthaltenen Leistungen am Gesamtpunktvolumen in der Vergangenheit sowie eine im Leistungsangebot bzw. in der Behandlungsausrichtung der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung.

Bei der Erbringung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach den Nrn. 850, 851 EBM liege keine von der Typik der Arztgruppe nachhaltig abweichende Praxisausrichtung vor. Diese Leistungen würden von über 60 % der Ärzte der Fachgruppe erbracht. Es handele sich daher um fachgruppentypische Leistungen.

Demgegenüber stelle die Genehmigung zur Erbringung der weiteren Leistungen des Zusatzbudgets Psychosomatik nach den Nrn. 855 bis 857 EBM im Fachgebiet der Hautärzte eine Ausnahme dar. Neben dem Kläger habe nur ein weiterer Hautarzt die entsprechende Genehmigung. Dies allein sei jedoch nicht ausreichend. Für einen besonderen Versorgungsbedarf müsse sich eine

besondere Praxisausrichtung auch aus der Leistungserbringung ergeben. Dies sei jedoch nicht der Fall. Nach den Abrechnungsergebnissen habe der Kläger diese Leistungen seit dem Vorliegen der Genehmigung im Quartal II/99 nicht erbracht. Soweit der Kläger geltend gemacht habe, nicht bereit zu sein, zum Beleg seiner Praxisausrichtung Leistungen kostenlos zu erbringen, sei dies unerheblich. Solange er die Leistungen nicht erbringe, weiche seine Praxisstruktur nicht von der Vergleichsgruppe ab. Die Leistungen nach den Nrn. 860 bis 872 EBM seien darüber hinaus nicht Bestandteil des Zusatzbudgets Psychosomatik und im Übrigen auch von der Anrechnung auf das Praxisbudget ausgenommen.

Gegen das am 22.01.2004 zugestellte Urteil richtet sich die am 20.02.2004 eingelegte Berufung des Klägers. Wegen der in nur geringem Umfang abgerechneten Leistungen nach den Nrn. 855 ff. EBM könne ein Praxisschwerpunkt nicht verneint werden. Diese Leistungen seien nicht in jedem Fall sofort medizinisch indiziert, sondern oftmals erst nach zahlreichen Leistungen der Nrn. 850, 851 EBM medizinisch sinnvoll und erforderlich. Die Budgetierung der Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung bewirke, dass der Kläger die üblichen Verfahren nicht erbringen könne. Ohne die "vorbereitenden" Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung seien diese eben nicht medizinisch sinnvoll und erfolgsversprechend. Im Übrigen hat der Kläger seinen erstinstanzlichen Vortrag wiederholt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 03.12.2003 abzuändern und den Bescheid der Beklagten vom 09.09.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides 18.02.1998 – soweit er nicht durch die Klagerklage vom 03.12.2003 bestandskräftig geworden ist – und den Bescheid vom 08.09.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.01.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über den Antrag des Klägers auf Aussetzung bzw. Erweiterung des Zusatzbudgets Psychosomatik ab dem Quartal II/99 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakten aus beiden Rechtszügen sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die angefochtene Entscheidung des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden. Dem Kläger steht ein Anspruch auf Aussetzung/Erweiterung des Zusatzbudgets

Psychosomatik nicht zu.

Das BSG hat mit Urteil vom 16.05.2001 ([B 6 KA 53/00 R = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 31](#)) zu den Voraussetzungen für eine Aussetzung bzw. Erweiterung von qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets entschieden und hierzu ausgeführt:

"Mit den Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997 sind in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ä auf der Grundlage des [Â§ 87 Abs. 2 Satz 1](#) iVm Abs 2a Satz 1, 2 und 8 SGB V (idF des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#))) zum 1. Juli 1997 Praxis- und Zusatzbudgets eingeführt worden (Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 1997, A-864 ff = C-654 ff). Danach unterliegen die im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal bestimmter Arztgruppen, einer fallzahlabhängigen Budgetierung (Allgemeine Bestimmungen A I. Teil B Nr 1. iVm 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 Nr 1.5 aaO) und der Zahl der Fälle (Nr 1.4 aaO) ergibt (Nr 1. Satz 2 und 3 aaO).

Diese Regelungen haben zum Ziel, die Auswirkungen des seit Jahren zu beobachtenden Punktwertverfalls zu begrenzen und den Vertragsärzten mehr Kalkulationssicherheit zu geben. Der einzelne Arzt soll wissen können, welches Punktzahlvolumen rechnerisch für die fachgruppentypischen Leistungen pro Behandlungsfall zur Verfügung steht. Da eine vermehrte Erbringung und Abrechnung der vom Praxisbudget erfaßten Leistungen über den praxisindividuellen Grenzbetrag hinaus keine Erhöhung des Honorars zur Folge hat, wird der Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge begrenzt. Da wiederum der Punktwert für die ärztlichen Leistungen (auch) von der zu vergleichenden Gesamtpunktmenge abhängt, bewirkt eine Begrenzung dieser Punktmenge eine Stabilisierung des Punktwertes. Die Einführung des Praxisbudgets steht mit höherrangigem Recht in Einklang, wie der Senat mit Urteil vom 8. März 2000 ([BSGE 86, 16](#) ff = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 24](#)) entschieden hat.

Im einzelnen sind die Regelungen des EBM-Ä 1997 vereinfacht dargestellt so ausgestaltet, daß für die betroffenen Arztgruppen drei verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden (vgl. zum Ganzen bereits: [BSGE 86, 16](#), 18 ff = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 117 ff; s ferner: Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 Gründe und Inhalte, DÄ 1997, A-860, 861 ff; Ballast, Er-satzkasse 1996, 440 ff; Schauenburg, Betriebskrankenkasse 1997, 193 ff; Metzinger/Woggon, Krankenversicherung 1997, 12 ff; Wezel/Liebold, Handkommentar BM-Ä, EG-O und GOÄ, 6. Aufl, Bd 1, S 8-38/1 ff). Dem Praxisbudget ("grüner Bereich") unterfallen ca. 70 % der das Behandlungsspektrum der jeweiligen Arztgruppe typischerweise abdeckenden ärztlichen Leistungen. Neben dem Praxisbudget sind bestimmte ärztliche Leistungspositionen einzelnen arztgruppenspezifischen Zusatzbudgets ("gelber Bereich") zugewiesen (Nr 1.3 und Nr. 4 aaO), die ca. 10 % des Leistungsspektrums ausmachen. Ein noch verbleibender, etwa 20 % ausmachender Leistungsbereich bleibt unbudgetiert ("roter Bereich"), ebenso wie bestimmte, nur

auf Äußerweisung in Anspruch genommene oder hochspezialisierte Arztgruppen
ganzlich davon unberührt sind.

Die Regelung für das im vorliegenden Fall streitige Zusatzbudget findet sich in den "Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 4 EBM-Ä". Danach werden zunächst für zahlreiche Arztgruppen insgesamt 73 qualifikationsgebundene fallzahlabhängige Zusatzbudgets festgesetzt. Ein Arzt hat Anspruch auf die gebietsbezogenen Zusatzbudgets nach Nr 4.1 aaO EBM-Ä, wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt und ggf eine Zusatzbezeichnung bzw. den Nachweis einer Qualifikation nach [Ä§ 135 Abs 1](#) und 2 SGB V führen kann. Die gebietsbezogenen Fallpunktzahlen für die Zusatzbudgets nach Nr 4.1 EBM-Ä werden nach der in der Anlage 4 aaO EBM-Ä angegebenen Formel von jeder einzelnen KÄV berechnet.

Neben den qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets können auf Antrag Zusatzbudgets für einen besonderen Versorgungsbedarf zuerkannt werden (Nr 4.2 aaO EBM-Ä). Tatbestandliche Voraussetzungen der insgesamt 16 bedarfsabhängigen Zusatzbudgets sind zB die Betreuung in beschützenden Einrichtungen, Phlebologie, die Schmerztherapie bei Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung, die Pneumologie sowie die Laserchirurgie. Auch für diese bedarfsabhängigen Zusatzbudgets wird die gebietsbezogene Fallpunktzahl nach der in der Anlage 4 aaO EBM-Ä angegebenen Formel von jeder KÄV nach den dortigen Abrechnungsergebnissen ermittelt.

Darüber hinaus bestimmt Nr 4.3 aaO EBM-Ä, daß die KÄV auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxis-und/oder Zusatzbudgets gewähren kann. ()

Der Regelung in Nr 4.3 aaO EBM-Ä kommt nicht nur objektiv-rechtlicher Charakter zu, sondern sie begründet auch ein subjektives Recht des betroffenen Arztes zumindest auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der KÄV über die Erweiterung eines Praxis- bzw Zusatzbudgets bei Vorliegen der in der Norm geregelten Voraussetzungen. Das ergibt sich bereits daraus, daß die Entscheidung über eine Aussetzung bzw. Erweiterung des Budgets auf Antrag des einzelnen Arztes ergeht und immer nur bezogen auf eine einzelne Praxis erfolgen kann. Das Merkmal "zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" knüpft jedenfalls auch an die Struktur der einzelnen Praxis an, die kraft ihrer Ausrichtung in der Lage ist, einen solchen Bedarf zu decken. Im übrigen dient die Regelung Nr 4.3 aaO EBM-Ä ähnlich wie die Bestimmung in Nr 4 der Vereinbarung der Spitzenverbände der KVen und der KÄBV zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (DÄ A 2814; dazu ausführlich Senatsurteil vom 6. September 2000 [BSGE 87, 112](#), 115 f = [SozR 3-2500 Ä§ 87 Nr. 26](#) S. 135 f) der Vermeidung von Härten, die mit den Praxisbudgets ebenso wie mit den Teilbudgets im Einzelfall verbunden sein können.

Bei der Prüfung, ob die Voraussetzungen der "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" im Einzelfall erfüllt sind, steht der KÄV ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkter zugänglicher Beurteilungsspielraum

nicht zu, wie das Berufungsgericht zutreffend erkannt hat. Insofern gelten dieselben Erwägungen wie hinsichtlich der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996, zu der der Senat im Urteil vom 6. September 2000 die uneingeschränkte gerichtliche Nachprüfbarkeit der Tatbestandsmerkmale näher begründet hat ([BSGE 87, 112](#), 116 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 26](#) S 136).

Die Voraussetzungen, unter denen ab dem 1. Juli 1997 eine KÄV das Praxis- und/oder Zusatzbudget eines Arztes erweitern kann, sind enger als diejenigen, unter denen nach Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 in den Quartalen III/1996 bis II/1997 Ausnahmen von den Teilbudgets gewährt werden konnten. Das ergibt sich aus dem Wortlaut der Nr 4.3 aaO EBM-Ä sowie der Ausgestaltung der Praxisbudgets in der ab 1. Juli 1997 geltenden Form. Tatbestandliche Voraussetzung für die Zulassung von Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 war, daß der Arzt einen "entsprechenden Versorgungsschwerpunkt" für seine Praxis nachweist. Nach Nr 4.3 aaO EBM-Ä kann hingegen eine Budgeterweiterung "im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" gewährt werden. Während ein "Versorgungsschwerpunkt" in erster Linie aus der besonderen Struktur einer einzelnen Praxis abzuleiten ist (vgl. [BSGE 87, 112](#), 116 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 26](#) S 137), stellt das Merkmal "Versorgungsbedarf" stärker auf objektive Kriterien in dem Sinne ab, daß ein bestimmtes Leistungsangebot einer Praxis unter Sicherstellungsaspekten erforderlich ist.

Im Unterschied zu den zwischen dem 1. Juli 1996 und dem 30. Juni 1997 geltenden Teilbudgets sind die Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 als Dauerregelung ohne zeitliche Begrenzung eingeführt worden. Der zur Auslegung des Ausnahmetatbestandes der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 vom Senat herangezogene Gesichtspunkt, aus Gründen der Verhältnismäßigkeit dürfe eine von vornherein nur befristete Vergütungsregelung bestimmte langjährig gewachsene Praxisausrichtungen nicht nachhaltig gefördern ([BSGE 87, 112](#), 119 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 26](#) S 140), kann deshalb auf die Regelung in Nr 4.3 aaO EBM-Ä nicht übertragen werden. Vor allem aber schließt der mehrstufige Aufbau von allgemeinem Praxisbudget, qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets, bedarfsabhängigen Zusatzbudgets, budgetfreien Leistungen und Ansprüchen auf Erweiterung von Praxis- und/oder Zusatzbudgets eine Auslegung dieser Vorschrift in dem Sinne aus, daß jedem Arzt die bestehende Ausrichtung seiner Behandlungstätigkeit schlechthin ohne Einbuße beim Honorar auf Dauer garantiert werden müßte.

Eine derartige Festschreibung einer bestimmten Behandlungsausrichtung oder Praxisstruktur ist schon mit dem bereits aufgezeigten Grundanliegen der Einführung von Praxisbudgets nicht vereinbar. Dieses besteht darin, jedem Arzt für den wesentlichen Teil seiner Leistungen ein bestimmtes Punktzahlvolumen zuzubilligen und damit Kalkulationssicherheit zu schaffen. Der vom einzelnen Arzt geschaffenen spezifischen Praxisstruktur wird angesichts dieser notwendig schematisierenden und typisierenden Regelung zunächst dadurch Rechnung getragen, dass bei allen Arztgruppen bestimmte, spezialisierte und überwiegender teure und aufwendige Leistungen von vornherein nicht Bestandteil der

Praxisbudgets sind. () Das tatsächliche Leistungsgeschehen in der Vergangenheit wird weiterhin bei der Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets berücksichtigt. Diese erfolgt in der Weise, daß die Punktzahlanforderung der für ein Zusatzbudget berechtigten Ärzte einer Arztgruppe aus den Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets in den ersten beiden Quartalen des Jahres 1996 durch die Zahl der budgetrelevanten Fälle der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 dividiert wird. Damit ist sichergestellt, daß der Leistungsbedarf im jeweiligen Zusatzbudget auf der Grundlage des tatsächlichen Leistungsverhaltens der zur Erbringung der spezialisierten Leistungen berechtigten Ärzte der jeweiligen Fachgruppen in einem nicht von der Budgetierung erfassten Zeitraum berechnet wird (zur Frage der Geeignetheit der Abrechnungsergebnisse der Quartale I und II/1996 s. Senatsurteil vom heutigen Tage - [B 6 KA 47/00 R](#)). Bezogen auf den hier streitbefangenen Bereich "Psychosomatik. Äbende Verfahren" bedeutet das, daß die Punktzahlanforderung der Arztgruppe der Gynäkologen eines KV-Bereichs für die Leistungen nach Nr 850, 851 EBM, soweit Angehörige dieser Arztgruppe zur Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen berechtigt gewesen sind, durch die Zahl der budgetrelevanten Fälle geteilt wird. Damit ergibt sich ein relativ zuverlässiges Abbild des rein rechnerisch auf jeden Behandlungsfall entfallenden Punktzahlvolumens bei der psychosomatischen Behandlung durch diejenigen Ärzte, die die Qualifikation und die Berechtigung zur Erbringung der besonderen psychosomatischen Beratungsleistungen besitzen.

Angesichts der auf spezielle Leistungen in einem bestimmten Behandlungsbereich zugeschnittenen qualifikationsabhängigen Zusatzbudgets besteht nur noch unter ganz besonders gelagerten Voraussetzungen eine Notwendigkeit für deren Erweiterung zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs. Das ist der Fall, wenn die einzelne Praxis eine von der Typik der Arztgruppe nachhaltig abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw. eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebiets aufweist, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Diese Voraussetzungen können nicht schon durch den Hinweis darauf belegt werden, ein einzelner Arzt habe die seit dem 1. Juli 1997 einem qualifikationsgebundenen Zusatzbudget zugeordneten Leistungen in der Vergangenheit häufiger als der Durchschnitt seiner Fachgruppe erbracht, und das sei von den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht beanstandet worden. Indizien für eine entsprechende Spezialisierung sind vielmehr ein gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe signifikant erhöhter Anteil der im qualifikationsgebundenen Zusatzbudget enthaltenen Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen in der Vergangenheit sowie eine im Leistungsangebot bzw. in der Behandlungsausrichtung der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung.

Soweit der Senat im Urteil vom 6. September 2000 ([BSGE 87, 112](#), 117 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 26](#) S 137) davon ausgegangen ist, daß ein Versorgungsschwerpunkt iS der Nr 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 grundsätzlich nur gegeben ist, wenn auf den als solchen geltend gemachten Leistungsbereich ein Anteil von mindestens 20 % der von der Praxis abgerechneten Gesamtpunktzahl entfällt, kann das auf die Auslegung des Merkmals "besonderer

Versorgungsbedarf" iS der Nr 4.3 aaO EBM-Ä nicht uneingeschränkt übertragen werden. Die Vielzahl der Zusatzbudgets nach Nrn 4.1 und 4.2 aaO EBM-Ä, deren vielfach geringes Leistungsvolumen und die Möglichkeit einer Praxis, mehrere Zusatzbudgets in Anspruch zu nehmen, werden es nur selten zulassen, dass ein Arzt allein mit Leistungen aus einem einzelnen Zusatzbudget 20 % der Gesamtpunktzahl seiner Praxis erreicht. Gleichwohl kann ein Versorgungsschwerpunkt iS der Ausführungen im Urteil vom 6. September 2000 auch im Rahmen der Ausnahmeregelung nach Nr 4.3 aaO EBM-Ä Bedeutung haben, weil sich aus dessen Vorliegen Rückschlüsse auf die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs ergeben können. Das mag etwa der Fall sein, wenn ein Chirurg in einer Stadt ohne Radiologen deutlich mehr Röntgenleistungen, ua auf Überweisung, erbringt als das für die Gruppe der Chirurgen mit Röntgenberechtigung üblich ist. Soweit auf die radiologischen Überweisungsleistungen in einer solchen Situation abweichend von der Fachgruppentypik ein Anteil von 20 % am Gesamtpunktzahlvolumen entfällt, kann Anlass für eine Erweiterung des Zusatzbudgets "Teilradiologie" zur Sicherstellung des Bedarfs an Röntgenleistungen in der betreffenden Stadt bestehen. Wenn danach wegen der Unterschiede in Zuschnitt und Wirkungsweise zwischen den Teilbudgets der Quartale III/1996 und II/1997 einerseits und den ab dem 1. Juli 1997 geltenden Praxis- und Zusatzbudgets andererseits bei letzteren nicht stets auf einen Punktzahlanteil von 20 % abgestellt werden kann, bilden doch Abweichungen der einzelnen Praxis von der Typik der Arztgruppe, die sich (auch) in abweichenden Anteilen des auf bestimmte Leistungen entfallenden Punktzahlenvolumens niederschlagen, ein wichtiges Indiz für die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs.

Die Bindung eines "besonderen Versorgungsbedarfs" an eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung, die erheblichen Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis hat, findet ihren Niederschlag auch in der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets der Spitzenverbände der KVen und der KÄBV vom 19. November 1996 (DÄ 1997, C-314 ff). Dort ist unter Nr 4 bestimmt, Abschnitt A I. B 4.3 EBM-Ä werde dahingehend ausgelegt, dass die KÄV 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 dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil.

(â) das Abstellen auf den Überweisungsanteil [ist] ein relativ zuverlässiges Kriterium zur Ermittlung von "spezifischen Betreuungsleistungen" iS der Nr 4 der Einführungsvereinbarung vom 19. November 1996. Definitiver Ausschluŕ-character kommt ihm nach dem Wortlaut der Nr 4 ("insbesondere") nicht zu; jedoch müssen Gründe dafür ersichtlich sein, dass â auŕerhalb der Situation der schwerpunktmäßigen Betreuung von Patienten mit den in der

Nr 4 der Einführungsvereinbarung genannten Erkrankungen in einer Praxis ein besonderer Bedarf an psychosomatischen Leistungen nach den Nrn 850/851 EBM-Ärztlich gestellt wird, ohne dass sich dies in einem erhöhten Überweisungsanteil niederschlägt."

Nach diesen Maßstäben, denen sich der Senat aus eigener Überzeugung anschließt, steht dem Kläger ein Anspruch auf Aussetzung des Zusatzbudgets Psychosomatik/Ärztliche Verfahren nicht zu. Für die Arztgruppe der Hautärzte sind qualifikationsgebundene Zusatzbudgets für Phlebologie, Allergologie, Sonographie, sonographische Gefäßuntersuchungen und Psychosomatik/Ärztliche Verfahren vorgesehen. Der Kläger hat aufgrund seiner nachgewiesenen Qualifikationen die Zusatzbudgets Allergologie, Phlebologie und Psychosomatik/Ärztliche Verfahren zuerkannt erhalten, für das im Bereich der Beklagten die Fallpunktzahl mit 16 Punkten festgesetzt worden ist.

Eine Aussetzung bzw. Erweiterung des Zusatzbudgets Psychosomatik in Bezug auf den Leistungsbereich der Ärztlichen Verfahren nach den Nrn. 855 bis 857 EBM-Ärztlich steht entgegen, dass diese Leistungen in der Praxis des Klägers keinen besonderen Versorgungsbedarf bedingen. Eine von der Typik der Fachgruppe abweichende Praxisausrichtung liegt schon deshalb nicht vor, weil der Kläger diese Leistungen, für deren Erbringung er seit dem Quartal II/99 die Genehmigung besitzt, tatsächlich nicht erbracht und nicht abgerechnet hat. Ohne entsprechende Leistungserbringung besteht jedoch schon vornherein kein Anlass für eine Erweiterung des Zusatzbudgets.

Eine Aussetzung bzw. Erweiterung des Zusatzbudgets kommt auch mit Blick auf die Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach der Nr. 850 EBM-Ärztlich (differential-diagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge) und der Nr. 851 EBM-Ärztlich (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion) nicht in Betracht. Entgegen der Ansicht des Klägers liegen bei diesen Leistungen keine strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung vor. Insbesondere lassen sich diese nicht aus der von ihm benannten Entscheidung des BSG vom 26.01.2000 ([SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 35](#)) herleiten. Das BSG hat in seinen Urteilen vom 25.08.1999 (BSGE 84, 234, 244 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 33](#) S. 260) unter Hinweis auf [BSGE 83, 205, 206, 216](#) (= [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 29](#) S. 223) dargelegt, dass nur die Kombination von Genehmigungsbedürftigkeit und Zeitgebundenheit die Leistungen der "großen" Psychotherapie aus Abschnitt G IV. EBM-Ärztlich so deutlich von allen anderen vertragsärztlichen Leistungen unterscheidet, dass eine Sonderbehandlung in und dies auch nur bezogen auf die Honorarverteilung geboten ist. Bei allen anderen Leistungen, die jeder Arzt aus eigenem Antrieb und nach eigener Einschätzung erbringen kann und die sich in-soweit nicht von der großen Mehrzahl der vertragsärztlichen Leistungen unterscheiden, sind Besonderheiten indes nicht anerkannt worden. Daran hat das BSG gerade im Urteil vom 26.01.2000 ([a.a.O.](#)) ausdrücklich festgehalten. Entscheidend ist insoweit, was auch hier für die Leistungen nach den Nrn. 850, 851 EBM-Ärztlich zutrifft, dass der Arzt den Umfang der Behandlung im Wesentlichen selbst steuern kann.

Eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis hat und einen besonderen Versorgungsbedarf beim Zusatzbudget Psychosomatik begründet, ist für die Praxis des Klägers nicht festzustellen.

Aus den Gesamtübersichten und Häufigkeitsstatistiken sowie den Nachweisen über die Berechnung der Praxis- und Zusatzbudgets des Klägers ergeben sich folgende Werte:

(Tabelle 1) Quartal Unterschreitungspunktzahl Praxisbudget
Zusatzbudget
Angeforderte Punktmenge Psychosomatik
Überschreitungs-
Punktmenge Quote III/97 56.575,4 Punkte 78.300 13.231,7 83,1 % IV/97 22.748,6 Punkte 89.650 59.053,4 34,1 % I/98 14.611,2 Punkte 92.050 63.065,7 31,4 % II/98 10.826,7 Punkte 91.300 65.256,2 28,5 % III/98 69.976,5 Punkte 92.900 7.085,1 92,3 % IV/98 13.256,9 Punkte 96.150 69.989,5 27,2 % I/99 57.657,9 Punkte 101.500 44.975,5 55,6 % II/99 64.079,4 Punkte 106.900 45.321,6 57,6 % III/99 77.039,5 Punkte 112.800 26.399,3 76,5 % IV/99 19.384,5 Punkte 133.350 98.246,2 26,3 % I/00 46.284,3 Punkte 134.000 76.936,7 42,5 % II/00 71.688,7 Punkte 128.150 39.976,9 68,8 % III/00 97.745,0 Punkte 130.150 18.267,7 85,9 % IV/00 55.285,7 Punkte 146.400 79.545,6 45,6 % I/01 70.672,8 Punkte 123.350 33.084,9 73,1 % II/01 116.957,6 Punkte 138.100 5.486,0 98,0 % III/01 89.274,4 Punkte 123.900 23.626,2 80,7 % IV/01 32.867,0 Punkte 143.000 95.386,9 33,2 % I/02 80.786,7 Punkte 119.300 21.633,2 61,8 % II/02 89.345,9 Punkte 131.700 28.214,1 78,5 % III/02 63.707,6 Punkte 159.150 76.920,7 51,6 % IV/02 520,0 Punkte 169.800 145.993,5 14,0 % I/03 16.933,2 Punkte 164.600 126.127,3 23,3 % II/03 5.304,3 Punkte 195.900 172.604,0 11,8 %

Die Abrechnung der Nrn. 850/851 EBM-Ä stellt sich wie folgt dar: (Tabelle 2)

Nr. 850 Nr. 851 jeweils Häufigkeit pro Quartal/Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts in %

I/99 226 /316 100/242 II/99 224 /316 112/279 III/99 228/ 275 124/320 IV/99 258/ 316 153/373 I/00 248/ 271 160/411 II/00 221/ 246 162/380 III/00 220/ 236 167/384 IV/00 276/ 291 172/366 I/01 227/ 230 148/274 II/01 268/ 306 158/282 III/01 222/ 245 152/279 IV/01 284/ 292 160/301 I/02 227/ 211 139/290 II/02 282/ 288 135/324 III/02 309/ 349 182/424 IV/02 357/ 422 179/451 I/03 329/389 183/410 II/03 330/ 414 252/609

Den Anteil der Nrn. 850 und 851 EBM-Ä am Gesamtleistungsvolumen zeigen die nachfolgenden Tabellen auf: (Tabelle 3)

II/99 III/99 IV/99 Budgetrelevante Fallzahl 1.099 1.123 1.164 Summe
Überschreitungsfallzahl 34 42 42 Leistungsbedarf in Punkten 984.393 881.547 982.301
Überschreitungspunktzahlen 66.012,5 29.719,5 115.562,5
Leistungsbedarf insgesamt 1.050.405,5 911.267,1 1.097.863,5 Gesamtpunktzahl ZB Psych. 106.900 112.800 133.350 Prozentanteil 10,1 12,3 12,1

Wegen der Tabellen zu den Quartalen I/00 bis IV/01 wird auf den Schriftsatz der Beklagten vom 30.06.2003 (Bl. 53 der SG-Akte [S 18 KA 46/00](#)) verwiesen.

I/02	II/02	III/02	IV/02	Budgetrelevante Fallzahl	1.452	1.503	1.481	1.458	Summe
Ärberweisungsfälle									
15	18	20	27	Leistungsbedarf in Punkten	1.105.175,5	1.190.660,5	1.157.352,1	1.238.862,7	Äberschreitungspunktzahlen
23.479,3	31.733,1	83.720,4	158.893,2	Leistungsbedarf insgesamt	1.128.654,8	1.222.393,6	1.241.072,5	1.397.755,9	Gesamtpunktzahl ZB Psych
119.300	131.700	159.150	169.800	Prozentanteil	10,5	10,7	12,8	12,1	

I/03	II/03	Budgetrelevante Fallzahl	1.433	1.456	Summe	Ärberweisungsfälle	15	17
Leistungsbedarf in Punkten								
1.135.263,2	1.180.551,1	Äberschreitungspunktzahlen	137.400,8	188.373	Leistungsbedarf insgesamt	1.272.664	1.368.924,1	
Gesamtpunktzahl ZB Psych								
164.600	195.900	Prozentanteil	12,9	14,3				

Zwar überschreitet der Kläger wie aus der Tabelle 2 ersichtlich bei der Leistungserbringung bei den Nrn. 850 und 851 EBM den Durchschnitt der Vergleichsgruppe mit Abweichungen von teilweise bis zu über 400 % erheblich. Das BSG hat aber bereits in der oben dargestellten Entscheidung betont, dass eine gegenüber dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe höhere Leistungserbringung für sich genommen zum Nachweis eines besonderen Versorgungsbedarfs nicht geeignet ist.

Den Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 EBM kommt auch am Gesamtpunktzahlvolumen kein solches Gewicht zu, dass eine Aussetzung bzw. Erweiterung des Zusatzbudgets gerechtfertigt sein könnte. Ausweislich der oben wiedergegebenen Tabelle 3 und der Tabelle im Schriftsatz der Beklagten vom 30.06.2003 (Bl. 53 der SG-Akte [S 18 KA 46/00](#)) lag der Anteil dieser Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen regelmäßig nur zwischen 10 und 12 %. Darüber hinaus wurden die Leistungen des Klägers auch zu einem wesentlichen Anteil vergütet. Im Zeitraum ab dem Quartal II/99 lag die Quote für diese Leistungen in acht Quartalen immerhin zwischen über 60 bis 98 %. Lediglich in den Quartalen IV/02, I/03 und II/03, also den letzten drei Quartalen der Geltung der Praxis- und Zusatzbudgets, lag die Quote zwischen 11 und 14 %. Diese geringeren Quoten sind, wie aus der erstellten Tabelle ebenfalls ersichtlich, im Wesentlichen auf die niedrigeren Unterschreitungspunktzahlen bzw. eine Überschreitung im Praxisbudgets zurückzuführen sowie auf eine ab dem Quartal III/02 plötzlich eingetretene Leistungssteigerung. So betrug die Punktzahlanforderung im Quartal II/02 noch 131.700 Punkte mit einer Quote von 78 %. Zum Quartal III/02 liegt eine Steigerung um 20 % vor. Bis zum Quartal II/03 hat der Kläger den Leistungsbedarf schließlich auf 195.900 Punkte, also noch einmal um 23 % gesteigert.

Dabei kommt insbesondere auch der dem Kläger erteilten Genehmigung als ärztlicher Psychotherapeut die Leistungen der Psychotherapie nach den Nrn. 860 ff. EBM zu erbringen, für die Erbringung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach den Nrn. 850, 851 EBM kein entscheidendes Gewicht zu. Diese Leistungen hat der Kläger bereits lange Zeit vor Einführung der Praxisbudgets und vor der Genehmigungserteilung ab dem

Quartal II/99 erbracht, wobei die f¼r das Zusatzbudget in den Vorquartalen zuerkannten Quoten sogar deutlich unter den Quoten liegen, die ab dem Quartal II/99 mit Abrechnungsgenehmigung f¼r die psychotherapeutischen Leistungen eingetreten sind (vgl. hierzu die Tabelle 1). Ein besonderer Versorgungsbedarf bei den psychosomatischen Grundleistungen ist auch mit Blick auf die tatsächliche Leistungserbringung im psychotherapeutischen Bereich nicht zu erkennen. Die Leistungen nach der Nr. 860 EBM (Erhebung des psychodynamischen Status), der Nr. 861 EBM (vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung des Krankheitsbildes und psychotherapeutischer Indikationsstellung) und der Nr. 868 EBM (Antrag auf Feststellung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie) hat der KÄrger bei Fallzahlen pro Quartal von über 1.000 bis 1.500 behandelten Patienten pro Quartal höchstens in 5 Fällen, überwiegend pro Quartal nur in 1 bis 3 Fällen erbracht. Die Leistung nach der Nr. 871 EBM (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Kurzzeittherapie – als Einzelbehandlung, bis zu 25 Sitzungen) wurde nur in den Quartalen IV/99 bis I/01 in 4, 5, und 2 Fällen pro Quartal in Ansatz gebracht. Die Leistung nach der Nr. 872 EBM (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Langzeitbehandlung) erfolgte nur in den Quartalen III/00 bis II/03, wobei je Quartal nur 1, 2, 4, 4, 5, 6, 4, 6, 8, 6, 4 bzw. 2 Fälle behandelt wurden. Mit Blick auf diesen nur geringen Anteil psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger Patienten kann zwischen diesen Leistungen und den bis zu 330mal bzw. 252mal pro Quartal erbrachten Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 EBM ein spezifischer Zusammenhang, der eine Erweiterung der Zusatzbudgets begründen könnte, nicht erkannt werden.

Darüber hinaus spricht auch der Überweisungsanteil nicht f¼r einen besonderen Versorgungsbedarf. Auch das Abstellen auf den Überweisungsanteil ist ein relativ zuverlässiges Kriterium zur Ermittlung von "spezifischen Betreuungsleistungen" im Sinne der Nr. 4 der Einführungsvereinbarung vom 19.11.1996. Definitiver Ausschlusscharakter kommt ihm nach dem Wortlaut der Nr. 4 (insbesondere) nicht zu; jedoch müssen Gründe dafür ersichtlich sein, dass außerhalb der Situation der schwerpunktmäßigen Betreuung von Patienten mit den in der Nr. 4 der Einführungsvereinbarung genannten Erkrankungen in einer Praxis ein besonderer Versorgungsbedarf an psychosomatischen Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 EBM sichergestellt wird, ohne dass dies sich in einem erhöhten Überweisungsanteil niederschlägt. Eine solche Ausnahmesituation ist beim KÄrger nicht erkennbar.

Im Übrigen ist auch der Vortrag des Kärgers zu einer ihm nicht möglichen Ausweitung der Leistungserbringung durch die vorliegenden Abrechnungsergebnisse widerlegt. Der KÄrger hat seine Leistungen ab Geltung der Praxisbudgetierung vom Quartal III/97 mit 707.937,1 Punkten bis zum Quartal II/03 kontinuierlich auf 1.180.551,1 Punkte und darüber hinaus auch die Fallzahlen gesteigert, wobei ab dem Quartal II/00 durchgängig ein Gesamtpunktvolumen von einer 1 Mill. Punkte überschritten wurde. Schließlich hat der KÄrger auch trotz der im Zusatzbudget Psychosomatik nicht zur Honorierung gelangten Punktmengen sein Honorar steigern können. Während im Quartal III/97 sein Honorar noch 43.417,87 DM betrug, ist dies bis zum Quartal II/03 auf 41.605,01 EUR angestiegen.

Soweit der Kläger auf die Erbringung zeitgebundener und genehmigungsbedürftiger Leistungen der Psychotherapie nach Abschnitt G IV. EBM hingewiesen hat, vermag auch dies eine Aussetzung des Zusatzbudgets Psychosomatik nicht zu begründen. Diese Leistungen unterliegen nach der Regelung in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 5 EBM nicht der Budgetierung.

Bei alledem konnte die Berufung keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1 und Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der bis zum 01.01.2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr. 24](#) S. 115 ff.).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([Â§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 27.10.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024