
Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	16.05.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	26.06.2002

3. Instanz

Datum	02.04.2003
-------	------------

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 26. Juni 2002 aufgehoben. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 16. Mai 2001 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten auch für das Berufungs- und Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über höheres Honorar durch die Zuerkennung eines höheren Zusatzbudgets "Psychosomatik, übende Verfahren".

Der Kläger ist seit 1983 als Facharzt für Allgemeinmedizin zur kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er war von Beginn seiner Niederlassung an berechtigt, Leistungen nach Kapitel G III (Psychosomatik, übende Verfahren) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) abzurechnen. In den Quartalen I/1996 bis IV/1997 rechnete er insoweit wiederholt die mit 250 Punkten bzw 450 Punkten bewerteten Leistungen nach Nr

850 EBM-Ä ("Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge, einschließlich Beratung, bis zu zweimal im Behandlungsfall") bzw Nr 851 EBM-Ä ("verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, je Sitzung, Dauer mindestens 15 Minuten") ab. Sein Abrechnungsverhalten stellt sich nach den Feststellungen des Landessozialgerichts (LSG) wie folgt dar:

Quartal; Gesamtzahl der budgetrelevanten Fälle; Nr 850 EBM-Ä; Nr 851 EBM-Ä; angeforderte Gesamtpunktzahl Nrn 850/851; angeforderte Punktzahl Nrn 850/851 je Fall:

I/96; 818; 2 x; 25 x; 11.750; 14,4

II/96; 723; 0 x; 14 x; 6.300; 8,7

III/96; 728; 38 x; 13 x; 15.350; 21,1

IV/96; 797; 63 x; 63 x; 44.100; 55,3

I/97; 793; 58 x; 85 x; 52.750; 66,5

II/97; 717; 70 x; 60 x; 44.500; 62,1

III/97; 663; 62 x; 57 x; 41.150; 62,1

IV/97; 775; 67 x; 85 x; 55.000; 71,0

Von November 1993 bis Februar 1997 wurde der Kläger wegen einer Depression mit ausgeprägten Zwangsstörungen ambulant nervenärztlich behandelt; Anfang 1996 war die Praxis krankheitsbedingt zwei Tage geschlossen. Für die im Jahr 1997 erbrachten Leistungen erhielt er von der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) ca 225.000 DM an Honorar; das durchschnittliche Honorar eines Allgemeinmediziners betrug in Niedersachsen in diesem Jahr ca 355.000 DM.

Ab dem Quartal IV/1997 bildete die Beklagte in Anwendung der in den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM-Ä (in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung) eröffneten Möglichkeit für das Zusatzbudget "Psychosomatik, Äbende Verfahren" Untergruppen von Ärzten mit überdurchschnittlichem Punktzahlfallwert (40,2 Punkte je Fall) und mit unterdurchschnittlichem Punktzahlfallwert (6,5 Punkte je Fall). Den Kläger ordnete die Beklagte der Untergruppe der Ärzte mit unterdurchschnittlichem Punktzahlfallwert zu und legte bei seiner Honorarabrechnung des Quartals IV/1997 beim Zusatzbudget 6,5 Punkte je Fall zu Grunde. Diese Berechnung bewirkte, dass von seinen ca 55.000 angeforderten Punkten aus dem Bereich des Zusatzbudgets lediglich 5.037,5 Punkte honorarsteigernd berücksichtigt wurden (775 budgetrelevante Fälle x 6,5 Punkte). Da der Kläger mit insgesamt 871.470 angeforderten Punkten auch sein Praxisbudget (= 644.805,9 Punkte) überschritten hatte, konnten die

Zusatzbudget-Überschreitungen nicht damit verrechnet werden.

Der mit dem Ziel der Erhaltung der Vergütung aus dem Zusatzbudget eingelegte Widerspruch des Klägers gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/1997 blieb erfolglos. Das Zusatzbudget sei weder zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung noch wegen eines speziellen Praxisschwerpunkts zu erweitern; die Erbringung psychosomatischer Leistungen im Planungsbereich sei sichergestellt (Widerspruchsbescheid vom 16. Juli 1998).

Mit seiner anschließenden Klage hat der Kläger geltend gemacht, der Beklagten sei die auf die Betreuung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen bezogene Versorgungsstruktur seiner Praxis seit langem bekannt. Die Zahl der behandelten Fälle in seiner Praxis sei zudem von 4.238 (1992) auf 3.050 (1997) gesunken; das erste Halbjahr 1996 dürfe bei ihm nicht als Vergleichsbasis herangezogen werden, weil er seinerzeit aus gesundheitlichen Gründen nur eingeschränkt in der Praxis habe tätig sein können. Er ist damit vor dem Sozialgericht (SG) erfolglos geblieben. Die Fallpunktzahl 6,5 sei nach den Abrechnungswerten der Quartale I und II/1996 zutreffend errechnet worden; anschließende Leistungsausweitungen in Folge einer geänderten Behandlungsausrichtung könnten nicht anerkannt werden, weil diese den Zielen der Praxis- und Zusatzbudgets zuwider liefen; der Nachweis eines atypischen Falles bzw eines fachgruppenuntypischen Leistungsangebots fehle (Urteil vom 16. Mai 2001).

Während des dagegen vom Kläger anhängig gemachten Berufungsverfahrens hat der Vorstand der Beklagten am 16. Mai 2001 nach Vorliegen des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 16. Mai 2001 ([B 6 KA 47/00 R](#)) ([SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30](#)) am 5. Dezember 2001 seinen Beschluss über die Fallpunktzahl-Differenzierung bei den Zusatzbudgets wie folgt ergänzt:

"Auf Antrag überprüfe die zuständige Bezirksstelle der KVN, ob bei geänderten Verhältnissen auch eine geänderte Einstufung in die differenzierten Zusatzbudgets vorzunehmen ist. Geänderte Verhältnisse liegen insbesondere bei folgenden Konstellationen vor: Erwerb einer Zusatzqualifikation, Änderung des Praxisstatus (zB Wechsel von Einzel- in Gemeinschaftspraxis etc), Änderung der örtlichen Situation (zB lokaler Bedarf), begründete Erweiterung des Leistungsspektrums."

Die Beklagte hat dem LSG ua die den Kläger betreffenden Honorarbescheide der Quartale I/1995 bis IV/1997, Anlagen zu den Honorarabrechnungen der Quartale I/1994 bis IV/1997 sowie eine Übersicht über Honorare, Fallzahlen und Abrechnungsfrequenzen für die Quartale IV/1997 bis IV/2001 übersandt. Die durchschnittlich abgerechnete Fallzahl des Klägers habe in der Zeit vom Quartal IV/1997 bis IV/2001 im Vergleich zu seinen Basisfallzahlen zwischen 82,35 % und 107,69 % gelegen, sodass sich die Praxisgröße in der Norm befunden habe. Das Gericht hat ferner zum Gesundheitszustand des Klägers im Jahr 1996 ermittelt.

Sodann hat das LSG die Beklagte unter Aufhebung des SG-Urteils und Änderung

ihrer Bescheide verurteilt, den Honoraranspruch des Klägers für das Quartal IV/1997 unter Zugrundelegung der Fallpunktzahl 40,2 für das Zusatzbudget "Psychosomatik, Äbende Verfahren" neu festzusetzen. Die Umsetzung der Regelungen über die Zusatzbudgets verletze ihn in seinen Rechten. Nach der Rechtsprechung des BSG müssten ungeachtet der grundsätzlichen Unbedenklichkeit, für Honorarbegrenzungen an früheres Abrechnungsverhalten anzuknüpfen kleine Praxen die Chance haben, zumindest das durchschnittliche Umsatzniveau ihrer Arztgruppe zu erreichen. Eine besonders ungünstige Erlössituation als Folge unterdurchschnittlicher Umsätze dürfe nicht auf Dauer festgeschrieben werden. Der Kläger betreibe eine Praxis mit unterdurchschnittlichem Gesamthonorar und unterdurchschnittlicher Fallzahl (im Quartal IV/1997 775 budgetrelevante Fälle, Fachgruppe 963). Zu seinen Gunsten müssten die Beschlüsse der Beklagten vom 16. Juli 1997 und 5. Dezember 2001 verfassungskonform interpretiert werden; er müsse durch eine Fallzahlsteigerung bei den vom streitigen Zusatzbudget erfassten Leistungen das durchschnittliche Umsatzniveau der Fachgruppe erreichen können und dürfe angesichts seines im Quartal IV/1997 deutlich überdurchschnittlichen Punktzahlfallwerts nicht mehr an den Abrechnungsergebnissen der Quartale I und II/1996 festgehalten werden. Selbst bei Zuerkennung der begehrten 40,2 Punkte erlange er ein nur unterdurchschnittliches Gesamthonorar. Zweifellos sei sein Anstieg bei dem für das Zusatzbudget maßgeblichen Punktzahlfallwert (71 im Quartal IV/1997) primär auf eine Steigerung der Patientenzahl im Bereich des Zusatzbudgets zurückzuführen; dies belege der Anstieg der bei Nr 850 EBM-Ä, die höchstens zweimal je Behandlungsfall abgerechnet werden dürfe. Der Zuwachs stelle eine Änderung des Beschlusses der Beklagten vom 5. Dezember 2001 dar (Urteil vom 26. Juni 2002).

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte zunächst die Verletzung des [§ 103](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Das LSG nehme fehlerhaft an, die bei dem Kläger eingetretene Zunahme der im Bereich des Zusatzbudgets erbrachten Leistungen zwischen den Quartalen I und II/1996 sowie dem Quartal IV/1997 sei Folge einer Fallzahlsteigerung. Dem Senat hätten die konkreten Patientenzahlen in diesen Quartalen indessen gar nicht vorgelegen. Sie (die Beklagte) habe dem LSG eine Übersicht über Honorare, Fallzahlen und Abrechnungsfrequenzen der Nrn 850, 851 EBM-Ä nur für die Quartale IV/1997 bis I/2001 überreicht; zu den Quartalen I/1996 bis III/1997 sei dagegen weiter zu ermitteln gewesen. Eine Steigerung der Patientenzahl (Quartale I und II/1996: 847 bzw 742 Fälle, Quartal IV/1997: 807) sei nicht ursächlich für den überdurchschnittlichen Zusatzbudget-Punktzahlfallwert im Quartal IV/1997. Die Abrechnungsfrequenzen der Nrn 850/851 EBM-Ä ließen nicht auf eine Änderung des Behandlungsverhaltens schließen. Auch ein Blick auf die Quartale bis I/2001 ergebe keine fallzahlbedingte Steigerung gerade bei den psychosomatischen Leistungen. Eine Neueinstufung käme nach einem BSG-Urteil vom 21. Oktober 1998 ohnehin nur bei einer Steigerung der fallzahlbedingt höheren Abrechnungsfrequenz in Betracht. Die Zusatzbudget-Einstufung sage nichts über die Honorareinnahmen insgesamt aus, weil auch die Einstufung als unterdurchschnittlich abrechnender Arzt weit überdurchschnittliche Honorarsteigerungen nicht ausschließe. Der Kläger schäufte im übrigen nur

einen kleinen Teil seines Honorars aus dem Zusatzbudget, sodass die unterdurchschnittliche Einstufung dort ihn nicht daran hindere, insgesamt Honorarzuwächse zu erwirtschaften. Die Rechtsprechung nehme allerdings sogar an, dass die Regelungen über Praxis- und Zusatzbudgets nicht erforderten, jedem Arzt die Ausrichtung seiner Behandlungstätigkeit ohne Honorareinbuße zu garantieren. Entgegen der Ansicht des LSG habe sie auch die Vorschrift der Anlage 4 Abs 3 der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B EBM sowie die diese Regelung ausführenden Bestimmungen rechtsfehlerfrei angewandt.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 26. Juni 2002 aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 16. Mai 2001 zurückzuweisen,
hilfsweise,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 26. Juni 2002 aufzuheben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückzuverweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Er hält das Urteil des LSG im Ergebnis für zutreffend und verweist darauf, dass die Beklagte dem Gericht auch die Honorarbescheide für die Quartale I/1995 bis IV/1997 übersandt habe. Die Fallzahl für die Quartale I/1996 bis IV/1996 lasse sich aus der ausgezahlten Vergütung ersehen. Auf eine explizite Beobachtung der Fallzahlen komme es jedoch nicht an. Kernaussage des BSG-Urteils vom 21. Oktober 1998 sei, dass Vertragsärzte mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl nicht gehindert werden dürften, durch Erhöhung der Patientenzahl einen zumindest durchschnittlichen Umsatz zu erzielen. Die Honorierungsregelungen dürften nicht dazu führen, dass ein Arzt bei gleichem Leistungsverhalten im Vergleich zu seinen Fachkollegen einen geringeren Honoraranspruch habe, nur weil er in früheren Abrechnungsperioden weniger Leistungen erbracht habe. Diese Voraussetzungen lägen unstreitig vor. Er (der Kläger) habe ein deutlich unterdurchschnittliches Gesamthonorar erzielt und werde nun an seiner niedrigen Punktzahl im Bereich "Psychosomatik, übende Verfahren" aus den Quartalen I und II/1996 festgehalten. Die Besonderheit liege darin, dass er seine Fallzahl über einen längeren Zeitraum hinweg aus Krankheitsgründen habe reduzieren müssen. Da die Gesundung im Wesentlichen erst 1997 eingetreten sei, habe er auch erst von da an die psychosomatische Behandlung intensivieren können.

II

Die Revision der beklagten Kasse ist, soweit mit ihr die Verletzung von Bestimmungen des EBM angegriffen wird, zulässig und begründet.

Der Senat hat das Urteil des LSG aufgehoben und die Berufung des Klägers gegen das klageabweisende Urteil des SG zurückgewiesen. Der Kläger hat keinen

Anspruch darauf, dass im Rahmen der Honorarfestsetzung für das Quartal IV/1997 dem Zusatzbudget "Psychosomatik, Ändende Verfahren" die Fallpunktzahl von 40,2 an Stelle der ihm gewährten 6,5 Punkte je Fall zu Grunde gelegt wird.

Rechtsgrundlage für die Entscheidung der Beklagten, dem Kläger für das Quartal IV/1997 einen bestimmten Punktzahlfallwert innerhalb des Zusatzbudgets zuzuerkennen, ist Anlage 4 Abs 3 der Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels A I. Teil B EBM-Ä (in der ab 1. Juli 1997 geltenden Fassung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997, die wiederum auf [Ä§ 87 Abs 2 Satz 1](#) iVm Abs 2a Satz 1, 2 und 8 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) idF des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#)) beruhen). Nach den Allgemeinen Bestimmungen unterliegen die ärztlichen Leistungen ua für die Gruppe der Allgemeinmediziner, der der Kläger angehört, einer fallzahlabhängigen Budgetierung (A I. Teil B Nr 1 iVm Nr 1.5 EBM-Ä). Im Einzelnen sind für die jeweiligen Arztgruppen drei unterschiedliche Leistungsbereiche geschaffen worden, nämlich die das typische Leistungsangebot einer Arztgruppe abbildenden Praxisbudgets (so genannter grüner Bereich), die ergänzenden, ca 10 % des Leistungsspektrums ausmachenden qualifikations- oder bedarfsabhängigen Zusatzbudgets (so genannter gelber Bereich) sowie die gänzlich budgetfreien Leistungen nach ihrem Anteil am Honorarvolumen etwa 20 % betragenden Leistungen (so genannter roter Bereich). Die zum 1. Juli 1997 vorgenommene Umgestaltung des EBM-Ä, welche durch Schaffung arztgruppenbezogener Punktmengenobergrenzen bewirkt wurde, diente vor allem der Punktwertstabilisierung (s zuletzt Urteil des Senats vom 15. Mai 2002 [B 6 KA 33/01 R](#) = [BSGE 89, 259](#), 262 = [SozR 3-2500 Ä§ 87 Nr 34](#) S 190 sowie bereits [BSGE 86, 16](#), 21 f = [SozR 3-2500 Ä§ 87 Nr 23](#) S 120 f).

Als Folge dieser allgemeinen Regelungen ist hinzunehmen, dass der Kläger als Betreiber einer Allgemeinpraxis mit unterdurchschnittlichem Gesamthonorar ein Praxisbudget zuerkannt erhielt, welches er im hier streitigen Quartal IV/1997 um ca 26 % überschritt und dass er seine Leistungen in diesem Maße nicht mehr honorarsteigernd vergütet erhielt. Der Senat hat wiederholt entschieden, dass die einschlägigen rechtlichen Grundlagen für die Praxis- und Zusatzbudgets mit höherrangigem Recht vereinbar sind und hält an seiner Rechtsprechung fest (zum Ganzen vgl [BSGE 89, 259](#), 263 = [SozR 3-2500 Ä§ 87 Nr 34](#) S 190 f mwN; [BSGE 86, 16](#), 19 ff = [SozR 3-2500 Ä§ 87 Nr 23](#) S 118 ff; BSG [SozR 3-2500 Ä§ 87 Nr 30](#) S 160 ff und Nr 31 S 174 ff). Für die Budgetfestlegungen ist dabei grundsätzlich ohne Belang, ob ein betroffener Vertragsarzt wie der Kläger in Folge der Regelungen einen gemessen an seiner Fachgruppe unterdurchschnittlichen Praxisgesamtertrag erzielt; denn auch bei einem Vertragsarzt mit unterdurchschnittlicher Fallzahl kann ein überdurchschnittlicher Behandlungsaufwand pro Fall zu nicht gerechtfertigten Budgetüberschreitungen und daher in der Folge zu Honorarbegrenzungen führen. Der Normgeber des EBM-Ä wollte insoweit die vergütungssteigernde Wirkung von in hoher Frequenz abgerechneten Leistungen im Interesse der allgemeinen Punktwertstabilisierung gleichermaßen begrenzen bzw ausschließen.

Niedrige Praxiserträge in Auswirkung der Regelungen über die Praxisbudgets,

wie sie im Falle des Klägers eingetreten sind, sind nicht generell durch die Zuerkennung höherer Zusatzbudgets auszugleichen. Die Berechnung der Fallpunktzahl der Zusatzbudgets orientiert sich nämlich nicht an die Praxisbudgets an den typischen Kosten, die zur Deckung des Praxisbetriebes einer Arztgruppe erforderlich sind (zuzüglich eines Gewinnanteils). Die Zusatzbudgets sollen vielmehr im Sinne einer ergänzenden Feinsteuerung im Gesamtregelungskonzept der EBM-Ä-Reform 1997 ein spezielles tatsächliches Leistungsgeschehen widerspiegeln, durch das sich die betroffene Praxis schon in der Vergangenheit namentlich in den Bezugsquartalen I und II/1996 ausgezeichnet hat. Dabei wird im Ausgangspunkt von jeder einzelnen KV eine Fallpunktzahl errechnet, die sich daraus ergibt, dass die Punktzahlanforderungen der für das Zusatzbudget berechtigten Ärzte einer Arztgruppe aus den Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets in den Quartalen I und II/1996 durch die Zahl der budgetrelevanten Fälle dieser Quartale dividiert wird. Auf diese Weise wird der Leistungsbedarf im jeweiligen Zusatzbudget auf der Grundlage des Leistungsverhaltens spezialisierter Ärzte gezielt in einem noch nicht von der Budgetierung erfassten Zeitraum ausgedrückt (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31 S 177](#); zum Ganzen s auch Urteil des Senats vom heutigen Tag an [B 6 KA 48/02 R](#) (zur Veröffentlichung vorgesehen)). Für die Zusatzbudgets hat der Bewertungsausschuss den KVen allerdings nach Abs 3 der Anlage 4 aaO im Interesse einer größeren Verteilungsgerechtigkeit eine noch weiter gehende Differenzierungs- und Verfeinerungsbefugnis eingeräumt, indem nicht eine einheitliche Fallpunktzahl gebildet, sondern nach zwei Gruppen differenziert wird (dazu bereits BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30 S 162 ff](#)): Die berechtigten Ärzte werden jeweils in eine Untergruppe der Ärzte mit unterdurchschnittlichem Punktzahlfallwert und eine Untergruppe mit überdurchschnittlichem Punktzahlfallwert aus den Leistungen des Zusatzbudgets unterteilt. Für jede dieser Untergruppen wird gemäß der unter Abs 1 aaO aufgeführten Berechnungsweise ein separater Mittelwert gebildet, der als Fallpunktzahl der Ärzte der entsprechenden Untergruppe für Leistungen des Zusatzbudgets zählt. Die Beklagte hat davon in nicht zu beanstandender Weise Gebrauch gemacht. Sie hat ihr Regelwerk im Falle des Klägers für das streitige Zusatzbudget auch zutreffend angewandt. Ausgehend von seinen Abrechnungswerten des 1. Halbjahres 1996 hat sie ihn, ohne dass dagegen rechnerische Einwendungen erhoben worden oder ersichtlich sind, in die Untergruppe der unterdurchschnittlichen Abrechner mit 6,5 Punkten je Fall eingestuft.

Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, wegen seiner Abrechnungswerte bei den Nrn 850, 851 EBM-Ä im streitigen Quartal IV/1997 für das Zusatzbudget "Psychosomatik, übende Verfahren" nunmehr in die Untergruppe der überdurchschnittlichen Abrechner mit 40,2 Punkten eingestuft zu werden. Zwar hat der Senat in seinem Urteil vom 16. Mai 2001 (BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30 S 170](#)) entschieden, dass der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit die KVen verpflichtet, regelmäßig zu prüfen, ob sich der Versorgungsbedarf im Zeitablauf wesentlich geändert hat und ob etwa eine Erweiterung der Zusatzbudgets oder eine Hochstufung in den Untergruppen geboten ist. Diese ggf vorzunehmenden Änderungen sind allerdings unabhängig von Größe oder

Ertrag der jeweiligen Praxis; ebenso ist entgegen der Ansicht der Beklagten ohne Belang, ob dabei insgesamt eine Fallzahlsteigerung eingetreten ist. Die Erweiterung von Zusatzbudgets bezieht sich vielmehr allein auf Verschiebungen, die im Zeitablauf innerhalb dieser Budgets eingetreten sind, weil sich darauf bezogen in den Verhältnissen der Vertragsarztpraxis wesentliche, budgetrelevante Änderungen ergeben haben. Die Beklagte hat diese Rechtsprechung in ihrem Beschluss vom 5. Dezember 2001 beanstandungsfrei umgesetzt. Sie nimmt danach eine Überprüfung der Einstufung bei "geänderten Verhältnissen" vor, insbesondere dem Erwerb einer Zusatzqualifikation (so der Fall in BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30](#) S 170 (Qualifikation für psychosomatische Leistungen)), der Änderung des Praxisstatus (zB Gemeinschaftspraxis statt Einzelpraxis), geänderter örtlicher Situation (zB Bevölkerungszuwachs nach Fertigstellung eines Neubaugebiets) oder bei einer begründeten Erweiterung des Leistungsspektrums (im Fall BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30](#) S 170: Übernahme der Betreuung von Bewohnern einer beschützenden Einrichtung). Nur die Berücksichtigung solcher bzw diesen Fallgestaltungen gleichwertiger Sachverhalte ist auf der Grundlage der Rechtsprechung des Senats rechtmäßig.

Im Falle des Klägers haben sich die Verhältnisse zwischen den Quartalen I und II/1996 einerseits und dem streitigen Quartal IV/1997 andererseits nicht in rechtlich bedeutsamer Weise geändert. Anders als das LSG angenommen hat, sind solche wesentlichen Änderungen – wie dargestellt – nicht bereits daraus herzuleiten, dass dem Kläger als Betreiber einer unterdurchschnittlichen allgemeinärztlichen Praxis die Möglichkeit eingeräumt werden müsste, mit Hilfe einer bloß gewillkürten Änderung seiner Behandlungsaktivitäten bei den für ihn in Betracht kommenden Zusatzbudgets den durchschnittlichen Praxisgesamtumsatz seiner Fachgruppe zu erreichen. Das mit den Praxis- und Zusatzbudgets verfolgte Ziel der Begrenzung der Punktmenge zu Gunsten einer Stabilisierung des Punktwertes schließt nämlich sogar eine Auslegung der dafür einschlägigen Regelungen in dem Sinne aus, dass jedem Arzt auf Grund seiner individuellen Lebensverhältnisse eine bestimmte Ausrichtung seiner Behandlungstätigkeit auf Dauer schlechthin ohne Honorareinbußen garantiert werden müsste (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#) S 177). Die Erhöhung der Fallpunktzahl innerhalb eines zuerkannten Zusatzbudgets erfordert vielmehr, dass Umstände von besonderem Gewicht, die einen engen Bezug zum konkreten Gegenstand des Zusatzbudgets aufweisen, die berücksichtigungsfähige Änderung bei der Zuordnung der Untergruppen für das Zusatzbudget bedingen. Demgemäß sind dafür ein aktuell unterdurchschnittlicher Gesamtfallwert der Praxis des Klägers, eine unbefriedigende Ertragssituation bzw nur die im Bereich des Zusatzbudgets im Vergleich zu den Bezugsquartalen I und II/1996 vermehrte Erbringung von Leistungen nach Nrn 850/851 EBM – für sich allein genommen nicht geeignet, eine Umgruppierung in die Gruppe der Vertragsärzte mit überdurchschnittlicher Fallpunktzahl zu rechtfertigen. Den Zusatzbudgeterweiterungen kommt nach den obigen Ausführungen nicht etwa, wie dem LSG-Urteil entnommen werden könnte, die Funktion zu, allgemeine Ertragsdefizite einer Arztpraxis generell bis hin zum Fachgruppendurchschnitt aufzufüllen. Das gilt selbst dann, wenn – wie hier – im Falle des Klägers ca 91 % der abgerechneten Punkte des Zusatzbudgets im Quartal IV/1997 keine honorarsteigernde Wirkung entfalten.

Besondere Umstände für eine geänderte Praxisausrichtung, die den von der Beklagten in ihrem Beschluss vom 5. Dezember 2001 aufgeführten und vom Senat in seinem Urteil vom 16. Mai 2001 ([SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#)) Sachverhalten vergleichbar sind, hat das LSG nicht festgestellt und sind im Revisionsverfahren nicht erkennbar. Unbeschadet der Frage, ob Umstände aus der persönlichen Lebenssphäre bzw des allgemeinen Lebensrisikos eines Vertragsarztes überhaupt eine Änderung der Untergruppeneinstufung bei den Zusatzbudgets bedingen können, rechtfertigt jedenfalls das vom Kläger insoweit hervorgehobene eigene psychische Krankheitsgeschehen solches nicht. Er war bereits seit 1983 zur Erbringung psychosomatischer Leistungen berechtigt, ohne geltend machen zu können, die allein in das Zusatzbudget fallenden Nrn 850 bis 858 EBM-Ä schon seit dieser Zeit kontinuierlich und für einen Allgemeinmediziner signifikant auffällig oft abgerechnet zu haben. Nach Anzahl und Entwicklung der in der Zeit vom Quartal I/1996 bis I/1997 abgerechneten Leistungen nach Nrn 850/851 EBM-Ä und der Entwicklung der Fallzahl in dieser Zeit spricht nichts dafür, dass der Kläger wegen seines eigenen Krankheitsgeschehens im Zeitablauf einen besonderen Zulauf psychosomatisch behandlungsbedürftiger Patienten mit deutlichem Bezug gerade zum streitigen Quartal IV/1997 und der Folgezeit hin hatte. So fällt schon auf, dass er (1998) im Klageverfahren geltend gemacht hat, der Beklagten sei "seit langem" die auf die Betreuung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen bezogene individuelle Versorgungsstruktur seiner Praxis (auch auf Grund eigener langjähriger leidvoller Erfahrungen) bekannt gewesen, was zumindest "ab dem Quartal I/1996 nachweisbar" sei; demgegenüber wird im Revisionsverfahren vorgetragen, die psychosomatische Behandlung habe tatsächlich erst nach der Gesundung im Jahre 1997 intensiviert werden können. Der eigenen Einschätzung einer Zunahme des psychosomatischen Behandlungsumfangs in den beiden ersten Quartalen des Jahres 1996 steht dabei entgegen, dass insoweit die Nr 850 EBM-Ä nur 2 mal und die Nr 851 EBM-Ä insgesamt nur 39 mal abgerechnet wurden (angeforderte Punktzahl beider Nrn je Fall durchschnittlich 14,4 bzw 8,7). Eben diese Leistungsverhältnisse hat die Beklagte bei der Einstufung des Klägers in die Untergruppen nach Anlage 4 Abs 3 der Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels A I. Teil B EBM-Ä zutreffend abgebildet. Obwohl sich der Kläger nach den Feststellungen des LSG von November 1993 bis Februar 1997 auf Grund einer Depression mit ausgeprägten Zwangsstörungen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befand, trat nach den vom LSG festgestellten, vom Kläger selbst nicht mit Revisionsrügen angegriffenen Zahlenwerten ein merklicher Anstieg der Leistungserbringung bei den Nrn 850/851 EBM-Ä bereits in den Quartalen III und IV/1996 ein (21,1 bzw 55,3 darauf entfallende Punkte je Fall). Dabei kann nicht angenommen werden, dass Krankheitsgründe für eine verminderte Leistungserbringung gerade in den Quartalen I und II/1996 verantwortlich zu machen sind; denn der Kläger hatte seine Praxis in diesen Bezugsquartalen lediglich für zwei Tage geschlossen. Auffällig ist vielmehr umgekehrt, dass eine vermehrte Erbringung der relativ hoch bewerteten Leistungen im Wesentlichen erst zu einer Zeit einsetzte, als (zum Quartal III/1996) die Teilbudgets und (zum Quartal III/1997) die Praxisbudgets des EBM-Ä geschaffen worden waren, die die streitigen Gebühren-Nrn nicht umfassend in die Budgetierung mit einschlossen; das deutet letztlich auf eine nur gewillkürte, nicht

aber durch atypische Umstände oder Versorgungserfordernisse wesentlich bedingte Hinwendung zur Erbringung gerade dieser Leistungen hin. Wollte man dagegen schon eine zusatzbudgetsteigernde Wirkung der vom Kläger angeführten Umstände bejahen, liefe die den Praxis- und Zusatzbudgets vom Normgeber beigemessene, vom Senat in seiner Rechtsprechung als durch sachliche Erwägungen gerechtfertigt beständige Steuerungsfunktion gänzlich leer; denn letztlich lassen sich eingetretene Änderungen des Abrechnungsverhaltens bei nahezu allen Vertragsarztpraxen aus den jeweiligen individuellen – auch schicksalhaften – Lebensverhältnissen des Betroffenen erklären.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193 Abs 1 und Abs 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr 24](#) S 115 ff).

Erstellt am: 06.10.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024