
S 24 KA 30/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragsärztliche Versorgung Anforderung erstmalige Zuerkennung eines Zusatzbudgets Voraussetzung für Zuerkennung des Zusatzbudgets "Betreuung in beschützenden Einrichtungen"
Leitsätze	1. Die Anforderungen an die erstmalige Zuerkennung eines Zusatzbudgets können angesichts der unterschiedlichen Arten von Zusatzbudgets nicht allgemein bestimmt werden. 2. Die Zuerkennung des Zusatzbudgets "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" setzt voraus dass die vom Vertragsarzt erbrachte Leistungsmenge bei der dafür einschlägigen Leistungsposition Nr 15 EBM-Ä deutlich über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegt.
Normenkette	SGb V § 87 Abs 2 S 1 F: 1992-12-21 SGb V § 87 Abs 2a S 1 F: 1992-12-21 SGb V § 87 Abs 2a S 2 F: 1992-12-21 SGb V § 87 Abs 2a S 8 F: 1997-06-23 EBM-Ä Kap A Abschn I Teil B Nr 4.2 EBM-Ä Kap A Abschn I Teil B Nr 4.3 EBM-Ä Nr 15

1. Instanz

Aktenzeichen	S 24 KA 30/99
Datum	14.07.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KA 33/99
Datum	21.02.2002

3. Instanz

Datum

24.09.2003

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Bremen vom 21. Februar 2002 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte bei der Neubescheidung des Klägers die Rechtsauffassung des Senats zu beachten hat. Die Beklagte hat dem Kläger seine außergerichtlichen Kosten für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Streitig ist, ob die Beklagte bei den Honorarberechnungen für die Quartale I und II/1998 ein Zusatzbudget für die "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" anerkennen und honorarmäßig berücksichtigen muss.

Der Kläger nimmt als Allgemeinarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil und betreut auch Patienten in beschützenden Einrichtungen. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) gewährte ihm in den Quartalen I und II/1998 für seine 944 und 909 Behandlungsfälle mit Gesamtpunktmengen von 1.288.527,5 und 1.212.238 Punkten Gesamthonorare von 100.173,18 DM und 99.145,96 DM. Der Kläger hatte die vom streitigen Zusatzbudget erfasste Betreuungsleistung nach Nr 15 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) in diesen Quartalen 15-mal bzw 13-mal in Ansatz gebracht (1,59-mal bzw 1,43-mal auf 100 Behandlungsfälle; â€ Fachgruppendurchschnitt 0,77-mal und 0,81-mal). In früheren Quartalen hatte er diese Leistungen seltener erbracht.

Mit seinen Widersprüchen gegen die Honorarbescheide für die Quartale I und II/1998 begehrte er, dass ihm die Leistungen gemâ€ Nr 15 EBM-Ä im Rahmen des entsprechenden Zusatzbudgets vergütet würden. Er betreue seit dem Quartal III/1996 Patienten in beschützenden Einrichtungen, die vormals Patienten seiner Praxis gewesen seien. Die Beklagte wies seine Widersprüche mit Hinweis darauf zurück, dass im Planungsbereich â€erversorgung bestehe und hinsichtlich der Leistungen dieses Zusatzbudgets die Versorgung gewährleistet sei (Widerspruchsbescheid vom 27. Januar 1999). Seine Klage hatte ebenfalls keinen Erfolg (Urteil des Sozialgerichts (SG) vom 14. Juli 1999).

Auf seine Berufung hin hat das Landessozialgericht (LSG) das Urteil des SG und die Honorarbescheide für die Quartale I und II/1998 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden, aber die weitergehende â€ auf eine abschließend zuerkennende Entscheidung gerichtete â€ Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 21. Februar 2002). In dem Urteil ist ausgeführt, die strengereren Voraussetzungen, die für die Erweiterung eines Praxisbudgets oder eines qualifikationsabhängigen

Zusatzbudgets bestÄ¼nden, seien auf die Zuerkennung eines bedarfsabhÄ¼ngigen Zusatzbudgets und die dafÄ¼r erforderliche Voraussetzung eines besonderen Versorgungsbedarfs nicht anwendbar. HierfÄ¼r mÄ¼sse der Vertragsarzt lediglich annÄ¼hernd die AbrechnungshÄ¼ufigkeit des Durchschnitts der Fachgruppe erreicht haben. Das Abstellen auf den Leistungsumfang in den Quartalen I und II/1996 sei zwar grundsÄ¼tzlich nicht zu beanstanden. Der Vertragsarzt kÄ¼nne daran aber nicht festgehalten werden, wenn sich die maÄ¼geblichen VerhÄ¼ltnisse wesentlich geÄ¼ndert hÄ¼tten. Der KlÄ¼ger habe auf Grund einer nachvollziehbaren Ä¼nderung in seiner Patientenschaft (nunmehrige Unterbringung in beschÄ¼tzenden Einrichtungen) Leistungen im Rahmen des Zusatzbudgets (Nr 15 EBM-Ä¼) in erheblichem Umfang, sogar in deutlich grÄ¼Ä¼erem Umfang als der Durchschnitt der Ä¼rzte seiner Fachgruppe, erbracht. In welchem AusmaÄ¼ das Zusatzbudget zu gewÄ¼hren sei, sei von der Beklagten unter AusÄ¼bung des ihr insoweit zustehenden Ermessens bei Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes erneut zu entscheiden.

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rÄ¼gt die Beklagte eine fehlerhafte Anwendung der Regelungen Ä¼ber die Anerkennung von Zusatzbudgets. Beim KlÄ¼ger sei hinsichtlich der Betreuungen in beschÄ¼tzenden Einrichtungen kein besonderer Versorgungsbedarf gegeben. Im Planungsbereich bestehe Ä¼berversorgung, und sie habe dieses Zusatzbudget bereits mehr als 20 % der Praxen zuerkannt. Zudem liege in der Praxis des KlÄ¼gers insoweit kein Versorgungsschwerpunkt vor, der sich quantitativ im Abrechnungsverhalten niederschlage und eine bestimmte Konzentration der Leistungen in einem bestimmten Teilgebiet ausweise. Ausgangspunkt sei das Abrechnungsverhalten in den Quartalen I und II/1996, wie von ihrem Vorstand in ergÄ¼nzenden Regelungen zum HonorarverteilungsmaÄ¼stab festgelegt worden sei. Eine Abweichung davon sei allenfalls bei wesentlicher Ä¼nderung mÄ¼glich. In den Quartalen I und II/1998 habe der Anteil der Leistungen nach Nr 15 EBM-Ä¼ an der Gesamtanforderung des KlÄ¼gers aber weniger als 1 % betragen, auÄ¼erdem habe er in diesen Quartalen sein Praxisbudget nur zu 87,3684 % bzw 98,0755 % ausgeschÄ¼pft.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Bremen vom 21. Februar 2002 aufzuheben und die Berufung des KlÄ¼gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 14. Juli 1999 zurÄ¼ckzuweisen.

Der KlÄ¼ger beantragt,
die Revision zurÄ¼ckzuweisen.

Der KlÄ¼ger hÄ¼lt das Urteil des LSG fÄ¼r zutreffend. Er betreue in den beschÄ¼tzenden Einrichtungen Patienten, die vorher in seiner hausÄ¼rztlichen Behandlung gestanden hÄ¼tten und deren Wunsch nach Fortsetzung der Betreuung er auch im Altenheim weiter nachkomme. Der Einwand, er habe die entsprechenden Leistungen in den Quartalen I und II/1996 noch nicht erbracht, berÄ¼cksichtige nicht, dass diese erst auf Grund des verschlechterten Gesundheitszustandes der Patienten erforderlich geworden seien.

Die Revision der Beklagten hat keinen Erfolg. Das LSG hat im Ergebnis zutreffend entschieden, dass der Kläger Anspruch darauf hat, dass die Beklagte ihm das bedarfsabhängige Zusatzbudget "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" anerkennt und bei der Berechnung seines Honorars berücksichtigt.

Nach den hier noch anzuwendenden Bestimmungen des EBM-Ä über die Praxis- und Zusatzbudgets (Allgemeine Bestimmungen A I., Teil B) unterliegen ua die Leistungen der Fachgruppe der Allgemeinärzte, der der Kläger angehört, einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Die Praxis- und Zusatzbudgets wurden durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997 (Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 1996, A-3364 ff; 1997, A-864 ff) zum 1. Juli 1997 eingeführt und finden ihre Rechtsgrundlage an wie der Senat bereits mehrfach dargelegt hat (vgl zuletzt Urteil vom 15. Mai 2002, [BSGE 89, 259](#), 260-263 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34](#) S 188-190; Urteile vom 2. April 2003 an [B 6 KA 48/02 R](#) an (S 5), zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, und an [B 6 KA 38/02 R](#) an (S 6), unveröffentlicht) an in den durch Â§ 87 Abs 2a Satz 8 ergänzten Regelungen des [Â§ 87 Abs 2 Satz 1](#) iVm Abs 2a Satz 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#), mit der Ergänzung durch das 2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997, [BGBl I 1520](#)). Seither sind die den Budgets zugeordneten Leistungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechenbar. Die diese Grenze überschreitenden Anforderungen werden nicht gesondert vergütet. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle gemäß Nr 1.4 aaO EBM-Ä (vgl zum Ganzen bereits: [BSGE 86, 16](#), 18 ff = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 117 ff; s ferner das in [BSGE 89, 259](#), 261 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34](#) S 189 angegebene Schrifttum). Die Budgets sind mit Ablauf des 30. Juni 2003 außer Kraft gesetzt worden (Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19. Dezember 2002, DÄ 2003, A-218).

Im Einzelnen sind danach bei der Honorierung der Vertragsarztgruppen, die in die Budgetierung einbezogen wurden, drei Leistungsbereiche zu unterscheiden (vgl dazu zB [BSGE 89, 259](#), 261 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34](#) S 189). Den Praxisbudgets sind in jeder der Arztgruppen die ärztlichen Leistungen zugeordnet worden, die für ihr Behandlungsspektrum typisch sind und große Anteile ihres Leistungsvolumens an zwischen 45 % bei den Anästhesisten und 88 % bei den Augenärzten an erfassen (vgl Ballast, ErsK 1996, 440, 443, an so genannter größerer Bereich). Für weitere Leistungspositionen im Umfang von ca 10 % ihres Leistungsspektrums sind Zusatzbudgets geschaffen worden, deren Zuerkennung eine zusätzliche Qualifikation oder einen besonderen Versorgungsbedarf erfordert (Allgemeine Bestimmungen A I., Teil B Nr 4 bis 4.3 EBM-Ä an so genannter gelber Bereich mit qualifikationsgebundenen und bedarfsabhängigen Zusatzbudgets). Der verbleibende, etwa 20 % des Honorarvolumens erfassende Leistungsbereich ist unbudgetiert geblieben (so genannter roter Bereich), ebenso wie bestimmte Arztgruppen, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden oder

hochspezialisiert sind, von der Budgetierung nicht erfasst worden sind.

Die Festlegung der Punktzahlen beruht bei den Praxisbudgets, wie mehrfach ausgeführt, auf einer anderen Konzeption als bei den Zusatzbudgets. Die Praxisbudgets wurden so berechnet, dass die Angehörigen aller Arztgruppen bei durchschnittlicher Praxisauslastung in dem vom Praxisbudget erfassten Bereich ihre Praxiskosten in typischer Höhe decken und in einheitlichem Umfang an dem in der Gesamtvergütung enthaltenen Einkommensanteil teilhaben können (vgl. "Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997" Gründe und Inhalte -", DÄ 1997, A-860, 861 f, und zB BSG, Urteil vom 15. Mai 2002, [BSGE 89, 259](#), 261 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 34](#) S 189). Die Zusatzbudgets hingegen sollen Eigenheiten von Praxen berücksichtigen, die sich aus einer speziellen fachlichen Qualifikation oder durch die schwerpunktmäßige Ausrichtung auf einen besonderen versorgungsrelevanten Bereich ergaben. Die ihnen zuzuordnende Fallpunktzahl war an dem tatsächlichen Leistungsgeschehen auszurichten, durch das sich die für das Zusatzbudget qualifizierten Ärzte orientiert an den Bezugsquartalen I und II/1996 ausgezeichnet hatten (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2003 [B 6 KA 48/02 R](#) [â zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, und â B 6 KA 38/02 R â unverffentlich; vgl. auch BSG, Urteil vom 16. Mai 2001 â B 6 KA 53/00 R - , SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#) S 177).

Diese verschiedenen Formen der Budgets werden durch weiter differenzierende â zT generelle, zT einzelfallbezogene â Regelungen ergänzt bzw. modifiziert. Im Sinne einer generellen Ausgestaltung enthält der EBM-Ä bei den Praxisbudgets, die an der Zahl der Behandlungsfälle mit Blick auf ein bestimmtes gleichmäßiges Einkommen orientiert waren, ergänzend eine Differenzierung nach Mitgliedern, Familien- und Rentnerversicherten wegen der unterschiedlichen Häufigkeit ärztlicher Inanspruchnahme durch diese Gruppen, mit dementsprechend abgestuften Fallpunktzahlen (vgl. Nr 1.5 mit Tabelle 5 und Anlage 2 Satz 3 aaO EBM-Ä). Bei den Zusatzbudgets dagegen orientiert sich die Bemessung der Budgets an Durchschnittspunktzahlen für alle Versicherten. Hier haben aber die KVen (Abs 3 der Anlage 4 aaO EBM-Ä) die Möglichkeit, von einer einheitlichen Fallpunktzahl für eine Arztgruppe abzusehen und eine Differenzierung vorzunehmen, indem sie die Ärzte entsprechend den Unterschieden ihres Abrechnungsvolumens in diesem Bereich in Untergruppen mit unter- und überdurchschnittlichem Punktzahlfallwert einteilen und für jede Gruppe andere Mittelwerte vorgeben (s. Anlage 4 Abs 3 aaO EBM-Ä; vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30](#) S 162 ff und BSG, Urteile vom 2. April 2003 [B 6 KA 48/02 R](#) [â zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, und â B 6 KA 38/02 R â unverffentlich\). Außerdem können sie im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs sowohl die Praxis- als auch die Zusatzbudgets gemäß Nr 4.3 aaO EBM-Ä auf Antrag des Vertragsarztes erweitern \(s. Nr 4.3 aaO EBM-Ä; vgl. dazu BSG \[SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31\]\(#\) S 178 ff\). Schließlich besteht bei den Zusatzbudgets noch die Möglichkeit, bei Überschreitung von deren Punktzahlvolumen die darüber hinaus gehenden Punkte im Falle eines nicht ausgeschöpften Praxisbudgets damit zu verrechnen \(s. Nr 4 Satz 5 aaO EBM-Ä; vgl. dazu BSG, Urteil vom 15. Mai 2002 \[B 6 KA 30/00 R - , SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 32\]\(#\) S 183 f\).](#)

Aus diesen Budgetregelungen und ihrer Struktur ergeben sich Folgerungen für die Voraussetzungen der Zuerkennung eines Zusatzbudgets. In den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B EBM-Ä ist unter Nr 4.2 geregelt, dass die KÄV dem Vertragsarzt auf seinen Antrag hin bestimmte Zusatzbudgets zuerkennen kann, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf besteht. Damit weicht diese Vorschrift teilweise von der Bestimmung in Nr 4.3 aaO EBM-Ä ab, wonach die KÄV die Erweiterung eines Praxis- und/oder Zusatzbudgets auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs gewähren kann. Wie das LSG im Ausgangspunkt zutreffend ausgeführt hat, ist vom Bundessozialgericht (BSG) bisher nicht ausdrücklich entschieden worden, welche Anforderungen an die erstmalige Zuerkennung eines bedarfsabhängigen Zusatzbudgets zu stellen sind.

Die bisherige Rechtsprechung des Senats betraf zum einen die Erweiterung eines qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets (Nr 4.3 aaO EBM-Ä), zum anderen die bei Zusatzbudgets mögliche Einteilung in Untergruppen und den Wechsel innerhalb dieser Gruppen (Anlage 4 Abs 3 aaO EBM-Ä) (zur Erweiterung siehe BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#) S 178 ff und Urteil vom 2. April 2003 â B 6 KA 48/02 R â zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; zum Gruppenwechsel siehe BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30](#) S 162 ff und Urteil vom 2. April 2003 â B 6 KA 38/02 R â unveröffentlicht). Der Senat hat für die Erweiterung eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung gefordert, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis hatte, und außerdem hervorgehoben, dass allein eine im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in diesem Bereich nicht ausreicht (Urteil vom 16. Mai 2001 â B 6 KA 53/00 R -, [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 31](#) S 179 iVm 178; Urteil vom 2. April 2003 â B 6 KA 48/02 R â zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Was den Vergleichszeitpunkt betrifft, hat der Senat in einer weiteren Entscheidung (vom 16. Mai 2001 â B 6 KA 47/00 R -, [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30](#)) nicht beanstandet, dass für die Berechnung der Budgets an das Abrechnungsvolumen der Quartale I und II/1996 angeknüpft worden ist. Er hat zugleich ausgeführt, dass der einzelne Vertragsarzt an seinen Werten jener Quartale aber nicht für immer festgehalten werden darf und dass für die Zuerkennung von Zusatzbudgets nicht nur dem tatsächlichen Leistungsumfang, sondern auch dem ausdrücklichen Erfordernis eines besonderen Versorgungsbedarfs Bedeutung beizumessen ist. Er hat ferner gefordert, bei wesentlichen Änderungen der Praxisstruktur einen Wechsel innerhalb der von der KÄV gebildeten Untergruppen zu ermöglichen (aaO S 169 f).

In Fortführung dieser Rechtsprechung ist klarzustellen, dass die Anforderungen für die erstmalige Zuerkennung und für die Erweiterung eines Zusatzbudgets unterschiedlich sind (so auch Hesral, NZS 2000, 596, 599 f). Die Erweiterung von Zusatzbudgets gemäß Nr 4.3 aaO EBM-Ä unterliegt grundsätzlich strengeren Voraussetzungen als die erstmalige Zuerkennung nach Nr 4.2 aaO EBM-Ä. Welche Anforderungen im Einzelnen an das Merkmal des besonderen Versorgungsbedarfs zu stellen sind, hängt von der Eigenart des einzelnen Zusatzbudgets ab. Generelle

Aussagen zu den Erfordernissen, die für die Zuerkennung eines Zusatzbudgets erfüllt sein müssen, sind angesichts der unterschiedlichen Arten von Zusatzbudgets nicht möglich.

Dem vorliegend einschlägigen Zusatzbudget "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" ist gemäß Nr 4.2 aaO EBM- die Leistungsposition Nr 15 EBM- zugeordnet. Diese betrifft ua die "kontinuierliche hausärztliche Betreuung eines Kranken entsprechend der Leistung nach Nr 14 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen bzw Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal, einmal im Behandlungsfall" (800 Punkte).

Bei diesem Zusatzbudget ist in Abgrenzung zum Praxisbudget zu berücksichtigen, dass das Praxisbudget nach der generellen Budgetkonzeption den typischen Leistungsumfang abdecken soll, andererseits Betreuungen von Patienten in beschützenden Einrichtungen jedenfalls bei Ärzten für Allgemeinmedizin in gewisser Zahl auch zum typischen Leistungsumfang gehören. Daher kann es für die Zuerkennung dieses Zusatzbudgets entgegen den Ausführungen im Berufungsurteil nicht ausreichen, wenn der Vertragsarzt die vom Zusatzbudget umfassten Leistungen annähernd so häufig wie der Durchschnitt der Fachgruppe erbringt. Erforderlich ist vielmehr eine atypische Häufigkeit der Leistungen nach Nr 15 EBM-. Die vom Vertragsarzt erbrachte Leistungsmenge muss merklich über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegen. Nur dann ist der für die Zuerkennung eines Zusatzbudgets gemäß Nr 4.2 aaO EBM- erforderliche "besondere" Versorgungsbedarf gegeben.

Weitergehende Anforderungen können allerdings nicht gestellt werden. Insbesondere kann entgegen der Auffassung der Beklagten nicht gefordert werden, die in das Zusatzbudget fallenden Leistungen müssten bei dem Allgemeinarzt einen nennenswerten Anteil seines Gesamtleistungsspektrums und/oder -honorarvolumens darstellen. Eine solche Voraussetzung ließe unberücksichtigt, dass die Zusatzbudgets von der Konzeption der Budgets her, wie oben ausgeführt, insgesamt nur ca 10 % der vertragsärztlichen Leistungen erfassen, und dass sich dieses Volumen zudem auf verschiedene Zusatzbudgets verteilt, sodass ein einzelnes Zusatzbudget schon von vornherein nur einen geringen Anteil des Gesamtleistungsvolumens ergeben kann.

Der Kläger erfüllt die für die Zuerkennung eines Zusatzbudgets "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" erforderlichen Voraussetzungen. Die Zahl der von ihm abgerechneten einschlägigen Leistungen liegt deutlich über dem Durchschnitt der Fachgruppe. In den streitbefangenen Quartalen I und II/1998 erbrachte er die Leistungen nach Nr 15 EBM- bezogen auf 100 Behandlungsfälle mit einer Quote von 1,59 bzw 1,43, während die durchschnittliche Quote der Fachgruppe 0,77 bzw 0,81 betrug. Mithin hatte er insoweit eine Häufigkeit von ungefähr dem Doppelten des Durchschnitts der Fachgruppe aufzuweisen.

Der Zuerkennung des streitigen Zusatzbudgets steht nicht entgegen, dass die im EBM- für die Zusatzbudgets festgelegten Fallpunktzahlen nach den Verhältnissen in den Quartalen I und II/1996 bemessen waren. Wird ebenfalls bei

der Zuerkennung im Einzelfall daran angeknüpft, so muss ein Vertragsarzt im Falle späterer wesentlicher Änderungen der Verhältnisse die Zuerkennung noch erlangen können (vgl BSG, Urteil vom 16. Mai 2001 – [B 6 KA 47/00 R](#) –, [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 30](#) S 169 f). Dies kann zB bei Erwerb einer Zusatzqualifikation und bei Änderung des Praxisstatus (zB Umwandlung einer Gemeinschaftspraxis) in Betracht kommen, ebenso bei Erweiterung des Leistungsspektrums, wenn dies erkennbar nicht nur der Steigerung der Leistungsmenge zur Erzielung eines höheren Honorars dient, und auch dann, wenn sich der Behandlungsbedarf der Patienten der Arztpraxis nachvollziehbar ändert. Dies war beim Kläger der Fall, der in den Quartalen I und II/1996 noch keine Betreuungen in beschützenden Einrichtungen aufzuweisen hatte, in den folgenden Quartalen aber mit dem Hilfe werden seiner Patienten in zunehmender Zahl solche Leistungen erbrachte.

In welchem Ausmaß die Beklagte das Zusatzbudget zu gewähren hat – insbesondere, ob die Zuordnung zur Unterschmitt- oder Überschnitt-Untergruppe zu erfolgen hat –, ist hier nicht abschließend zu entscheiden. Dies hat das Berufungsgericht der Beklagten vorbehalten, indem es sie nicht zur Zuerkennung des Zusatzbudgets, sondern nur zur Neubescheidung verurteilt hat. Über diese Verurteilung kann der Senat nicht hinausgehen, weil allein die Beklagte Revision eingelegt hat (vgl [Â§ 123](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Dementsprechend muss es auch im Revisionsverfahren bei der Verurteilung der Beklagten zur Neubescheidung bleiben, die dabei allerdings statt der Vorgaben des Landessozialgerichts diejenigen des erkennenden Senats zu beachten hat.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193 Abs 1 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: 08.03.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024