

## B 6 KA 31/02 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Bremen (NSB)  
Aktenzeichen  
S 24 KA 30/99  
Datum  
14.07.1999  
2. Instanz  
LSG Niedersachsen-Bremen  
Aktenzeichen  
L 1 KA 33/99  
Datum  
21.02.2002  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 31/02 R  
Datum  
24.09.2003  
Kategorie  
Urteil  
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. 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; - 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 gemäß 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 Überversorgung 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 - auf eine abschließend zuerkennende Entscheidung gerichtete - Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 21. Februar 2002). In dem Urteil ist ausgeführt, die strengeren Voraussetzungen, die für die Erweiterung eines Praxisbudgets oder eines qualifikationsabhängigen Zusatzbudgets bestünden, seien auf die Zuerkennung eines bedarfsabhängigen Zusatzbudgets und die dafür erforderliche Voraussetzung eines besonderen Versorgungsbedarfs nicht anwendbar. Hierfür müsse der Vertragsarzt lediglich annähernd die Abrechnungshäufigkeit des Durchschnitts der Fachgruppe erreicht haben. Das Abstellen auf den Leistungsumfang in den Quartalen I und II/1996 sei zwar grundsätzlich nicht zu beanstanden. Der Vertragsarzt könne daran aber nicht festgehalten werden, wenn sich die maßgeblichen Verhältnisse wesentlich geändert hätten. Der Kläger habe auf Grund einer nachvollziehbaren Änderung in seiner Patientenschaft (nunmehrige Unterbringung in beschützenden Einrichtungen) Leistungen im Rahmen des Zusatzbudgets (Nr 15 EBM-Ä) in erheblichem Umfang, sogar in deutlich größerem Umfang als der Durchschnitt der Ärzte seiner Fachgruppe, erbracht. In welchem Ausmaß das Zusatzbudget zu gewähren sei, sei von der Beklagten unter Ausübung des ihr insoweit zustehenden Ermessens bei Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes erneut zu entscheiden.

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte eine fehlerhafte Anwendung der Regelungen über die Anerkennung von Zusatzbudgets. Beim Kläger sei hinsichtlich der Betreuungen in beschützenden Einrichtungen kein besonderer Versorgungsbedarf gegeben. Im Planungsbereich bestehe Überversorgung, und sie habe dieses Zusatzbudget bereits mehr als 20 % der Praxen zuerkannt. Zudem liege in der Praxis des Klägers 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 ergänzenden Regelungen zum Honorarverteilungsmaßstab festgelegt worden sei. Eine Abweichung davon sei allenfalls bei wesentlicher Änderung möglich. In den Quartalen I und II/1998 habe der Anteil der Leistungen nach Nr 15 EBM-Ä an der Gesamtanforderung des Klägers aber weniger als 1 % betragen, außerdem habe er in diesen Quartalen sein Praxisbudget nur zu 87,3684 % bzw 98,0755 % ausgeschöpft.

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

Der Kläger beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

Der Kläger hält das Urteil des LSG für zutreffend. Er betreue in den beschützenden Einrichtungen Patienten, die vorher in seiner hausärztlichen Behandlung gestanden hätten 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, berücksichtige nicht, dass diese erst auf Grund des verschlechterten Gesundheitszustandes der Patienten erforderlich geworden seien.

II

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 - wie der Senat bereits mehrfach dargelegt hat (vgl zuletzt Urteil vom 15. Mai 2002, [BSGE 89, 259](#), 260-263 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34](#) S 188-190; Urteile vom 2. April 2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - (S 5), zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, und - [B 6 KA 38/02 R](#) - (S 6), unveröffentlicht) - in den durch § 87 Abs 2a Satz 8 ergänzten Regelungen des [§ 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 § 87 Nr 23](#) S 117 ff; s ferner das in [BSGE 89, 259](#), 261 = [SozR 3-2500 § 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 § 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 - zwischen 45 % bei den Anästhesisten und 88 % bei den Augenärzten - erfassen (vgl Ballast, ErsK 1996, 440, 443, - so genannter grüner 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 - 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 § 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](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, und - [B 6 KA 38/02 R](#) - unveröffentlicht; vgl auch BSG, Urteil vom 16. Mai 2001 - [B 6 KA 53/00 R](#) -, [SozR 3-2500 § 87 Nr 31](#) S 177).

Diese verschiedenen Formen der Budgets werden durch weiter differenzierende - zT generelle, zT einzelfallbezogene - 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 KÄVen (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 § 87 Nr 30](#) S 162 ff und BSG, Urteile vom 2. April 2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, und - [B 6 KA 38/02 R](#) - unveröffentlicht). 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 § 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 § 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 § 87 Nr 31](#) S 178 ff und Urteil vom 2. April 2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; zum Gruppenwechsel siehe BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 30](#) S 162 ff und Urteil vom 2. April 2003 - [B 6 KA 38/02 R](#) - 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 - [B 6 KA 53/00 R](#) -, [SozR 3-2500 § 87 Nr 31](#) S 179 iVm 178; Urteil vom 2. April 2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Was den Vergleichszeitpunkt betrifft, hat der Senat in einer weiteren Entscheidung (vom 16. Mai 2001 - [B 6 KA 47/00 R](#) -, [SozR 3-2500 § 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-Ä die Leistungsposition Nr 15 EBM-Ä 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-Ä. 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-Ä 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-Ä 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-Ä 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 § 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 Älterwerden 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 Überschmitt-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 [§ 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 [§ 193 Abs 1 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 24](#) S 115 ff).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-03-08