

L 4 KA 19/05

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 29 KA 2609/01
Datum
24.11.2004
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 19/05
Datum
15.11.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 24. November 2004 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat der Beklagten die Kosten des Rechtsstreits auch im zweiten Rechtszug zu erstatten.
Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten und die Höhe der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen in den Quartalen II und III/99 und I - IV/00.

Die Klägerin ist seit dem 17. Dezember 1985 regulär nach § 24 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte ZV) mit Vertragsarztsitz in A. als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie zugelassen. Faktisch hat sie sich auf psychotherapeutische Leistungen spezialisiert, allerdings ohne dass diese Leistungen – jedenfalls in den hier streitigen Quartalen – 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs ausmachen würden.

Nach Berichtigung des ursprünglichen Honorarbescheides vom 5. Oktober 2000 bewilligte ihr die Beklagte für das Quartal I/00 mit Honorarbescheid vom 13. Juni 2001 ein Nettohonorar (Primär- und Ersatzkassen sowie sonstige Kostenträger) in Höhe von 73.286,94 DM. Für das Quartal II/00 bewilligte die Beklagte zuletzt ein Nettohonorar in Höhe von 68.262,34 DM für dieselben Kostenträger. Hiergegen legte die Klägerin mit dem Ziel einer höheren Honorierung Widerspruch ein mit der Begründung, der floatende Punktwert stelle gegenüber den festen Punktwerten für invasive kardiologische und angiologische Leistungen eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung dar. Dies gelte auch bzgl. der psychotherapeutischen Leistungen im Vergleich zur Gruppe der Ärzte für psychotherapeutische Medizin und psychologische Psychotherapeuten bzw. solchen Psychotherapeuten, die mehr als 90 % ihrer Leistungen als Psychotherapie erbringen, denn die Gründe für die Stützung träfen auf die Gruppe der Neurologen und Psychiater, hinsichtlich der von ihnen erbrachten psychotherapeutischen Leistungen, genauso zu. Außerdem liege ein Verstoß gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Angemessenheit der Vergütung vor. Durch die unzureichende Vergütung sei inzwischen die Versorgung der Patienten gefährdet, weshalb sich der Verstoß gegen das Angemessenheitsgebot bereits zu einem subjektiven Recht des einzelnen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes verdichtet habe. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das Widerspruchsschreiben der Klägerin vom 30. November 2000 Bezug genommen. Mit dem der Klägerin am 13. Juli 2001 zugestellten Widerspruchsbescheid vom 3. Juli 2001 wies die Beklagte den Widerspruch bzgl. der Quartale I und II/00 als unbegründet zurück. Die angefochtenen Honorarbescheide beruhten auf dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und dem jeweils gültigen Honorarverteilungsmaßstab (HVM), die jeweils verbindliche eigenständige Rechtsnormen autonomer Rechtssetzungsgremien darstellten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei der EBM rechtmäßig. Auch die Regelungen im HVM der Beklagten seien in der Rechtsprechung bislang grundsätzlich als rechtmäßig beurteilt worden. Der HVM der Beklagten genüge dem Gleichbehandlungsgebot, wenn er sich im Rahmen der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung bei der Ermittlung des Arzthonorars an die im EBM festgelegten Relationen halte. Aus dem Grundsatz der "angemessenen Vergütung" nach [§ 72 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) lasse sich nichts anderes herleiten. Diese Vorschrift wende sich aufgrund ihrer bloß objektiv-rechtlichen Bedeutung allein an die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen als Partner der Gesamtverträge; sie begründe hingegen nicht den Anspruch eines einzelnen Arztes auf eine höhere Vergütung, d. h. ein niedergelassener Vertragsarzt könne danach nicht erwarten, dass ihm aus seiner ärztlichen Tätigkeit ein Honoraranspruch in bestimmter Höhe erwachse. Die Wirtschaftlichkeit einer Praxis zähle zum Berufsrisiko eines freiberuflich tätigen Arztes wie eines jeden Selbständigen. Es sei weder Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), durch Umverteilung allen Kassenärzten eine auskömmliche Praxis zu sichern, noch habe sie eine Fürsorgepflicht, dem Vertragsarzt die Sorge um die Existenz abzunehmen. Insoweit bestehe keine Verpflichtung der KV zur Leistung von Sonder- oder

Ausgleichszahlungen. Subjektive Rechte könnten einzelne Ärzte in diesem Zusammenhang nur in sehr eingeschränktem Umfang aus dem Gebot zur angemessenen Vergütung herleiten, so etwa wenn durch eine zu niedrige Vergütung der ärztlichen Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. Hierfür seien jedoch Anhaltspunkte weder dargetan noch sonst ersichtlich. Entsprechend den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und des Urteils des BSG vom 25. August 1999 (Az.: [B 6 KA 14/98 R](#)) habe der Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 16. Februar 2000 die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung festgelegt und mit dem am 1. Januar 2000 in Kraft gesetzten Beschluss eine regionale Berechnungsvorschrift für einen Punktwert für die antrags- und genehmigungspflichtigen sowie zeitgebunden Leistungen des Abschnittes G IV des EBM mit Leistungserbringerkriterien bestimmt. Diese Beschlussfassung habe die Beklagte entsprechend umgesetzt und die Leistungen gemäß der Berechnungsvorgabe des Bewertungsausschusses mit dem Mindestpunktwert von 8,0 Pfennig bis zu einer Höhe von 561.150 Punkten (Primär- und Ersatzkassen) je Quartal und je Vertragsarzt/-therapeut im Vorwegabzug zu Lasten der Honorargruppe B 2.16 (Ärzte für psychotherapeutische Medizin, psychotherapeutisch tätige Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kindern- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie psychologische Ausbildungsinstitute) honoriert. Das für diese Honoraruntergruppe zur Verfügung stehende Honorarvolumen entspreche dem Honoraranteil der Honorargruppe 3 im jeweiligen Quartal des Jahres 1999 einschließlich des Honorarvolumens aus der so genannten Erstattungstherapie gemäß Psychotherapeutengesetz, das von den Krankenkassen im Jahre 1999 hierfür zur Verfügung gestellt worden sei, reduziert um die Leistungen, die aufgrund der Neudefinition der Honoraruntergruppe 2.16 im Vergleich zu Definition der Honorargruppe 3 (in der Fassung bis 3. Dezember 1999) der Honoraruntergruppe 2.16 nicht mehr zugeordnet seien. Diese Honoraranteile stünden anteilig gemäß Abrechnung im jeweiligen Quartal des Jahres 1999 den Honoraruntergruppen der fachärztlichen Versorgungsebene zur Verfügung. Der so für die Honoraruntergruppe 2.16 festgestellte Honoraranteil erhöhe sich um die jeweiligen im Quartal von den Primärkassen gemäß dem Honorarvertrag 2000 zur Abdeckung des finanziellen Mehrbedarfs für die psychotherapeutischen Leistungen geleisteten zusätzlichen Gesamtvergütungsanteile. Zur Abgeltung des finanziellen Mehrbedarfs für die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs hätten die Primärkassen für den im Jahre 2000 gegenüber 1999 anfallenden Mehrbedarf an psychotherapeutischen Leistungen ein zusätzliches Geldvolumen in Höhe bis zu 7,1 Mio. DM zur Verfügung gestellt. Nachdem mit den Ersatzkassen für das Jahr 2000 geschlossene Honorarvertrag übernahmen diese zur Hälfte die aus einem Anstieg der Ausgaben gegenüber 1999 resultierenden Aufwendungen bis zu einem Zuwachs in Höhe von 10 %. Der Vorstand der Beklagten habe gemäß Leitzahl (LZ) 103 der Grundsätze der Honorarverteilung den Beschluss gefasst, dass die nach den Grundsätzen der Honorarverteilung zunächst ausschließlich der Honoraruntergruppe B 2.16 vorbehaltenen Mindestpunktwertgarantie für zeitgebundene, genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnittes G IV des EBM bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen auch für alle anderen Honoraruntergruppen der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsebene Gültigkeit haben solle. Diese Beschlussfassung des Vorstandes sei der Abgeordnetenversammlung der Beklagten in ihrer Sitzung am 2. Dezember 2000 vorgelegt worden, die mit Wirkung ab 1. Januar 2000 beschlossen habe, dass auch bei Fachärzten, die nicht der Honorargruppe B 2.16 zugeordnet seien, die zeitgebundenen, genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnittes G IV EBM innerhalb der Honoraruntergruppe 2.1 bis 2.15 sowie 2.18 ebenfalls mit einem Mindestpunktwert von 8,0 Pfennig bis zu einer Höhe von 561.150 Punkten je Quartal und Vertragsarzt vergütet werden, sofern der Anteil der Leistungen aus den Abschnitten G IV und G V des EBM sowie der Leistungen nach den Nrn. 855 bis 858 aus Abschnitt G III des EBM mehr als 90 % - bezogen auf den gesamten abgerechneten Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal - betrage. Diese festgelegten Leistungserbringerkriterien habe die Klägerin nicht erfüllt, weshalb die abgerechneten zeitgebundenen, genehmigungspflichtigen Therapien nicht mit dem festen Punktwert von 8 Pfennig sondern vielmehr mit dem Punktwert der Honoraruntergruppe B 2.7 (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater) zu vergüten gewesen seien. Soweit die Klägerin rüge, dass die Leistungen des Abschnittes Q. I.4 und Q. I.5 des EBM mit einem festen Punktwert vergütet worden seien, sei auf den mit Wirkung ab 1. Oktober 1999 gefassten Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten hinzuweisen, wonach innerhalb der Honoraruntergruppe 2.10 und 2.12 (fachärztlich tätige Internisten, Radiologen) ein separates Budget gebildet worden sei. Im aktuellen Quartal stehe dann jeweils nur ein Budget für die entsprechenden Leistungen zur Verfügung, was in Abhängigkeit von der Menge zu einem schwankenden Punktwert geführt habe. Ein fester Punktwert sei nicht beschlossen worden. Da dieses Budget innerhalb der Honorargruppen 2.10 und 2.12 gebildet worden sei, sei eine Belastung für die Arztgruppe der Neurologen und Psychiater nicht eingetreten.

Am 3. August 2001 hat die Klägerin hiergegen beim Sozialgericht Frankfurt am Main Klage erhoben (Az.: [S 29 KA 2609/01](#)).

Mit Honorarbescheid vom 18. November 1999 bewilligte die Beklagte der Klägerin ein Nettohonorar für das Quartal II/99 in Höhe von 76.055,83 DM (alle Kostenträger), das sie mit Bescheid vom 7. Juni 2000 unter Umsetzung der Vorgaben des BSG zur Fallzahlbegrenzung um 8.353,39 DM zugunsten der Klägerin berichtigte. Für das Quartal III/99 bewilligte die Beklagte mit Bescheid vom 18. Februar 2000 ein Nettohonorar in Höhe von 75.596,12 DM, das Nettohonorar für das Quartal III/00 betrug laut Bescheid vom 21. Januar 2001, berichtigt durch Bescheid vom 27. Juni 2001, 65.907,53 DM und für das Quartal IV/00 - laut Bescheid vom 11. April 2001 - 75.734,66 DM.

Den gegen diese Honorarbescheide eingelegten Widerspruch, den die Klägerin in ähnlicher Weise begründete, wie ihren zuvor eingelegten Widerspruch bzgl. der Quartale I und II/00, wies die Beklagte mit dem der Klägerin am 14. Dezember 2001 zugestellten Widerspruchsbescheid vom 10. Dezember 2001 zurück. Ergänzend zur Begründung des Widerspruchsbescheides vom 3. Juli 2001 führte die Beklagte aus, dass nach der Rechtsprechung des BSG zu den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten, die durch einen festen Punktwert zu stützen seien, nur solche Ärzte gezählt werden könnten, die 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV des EBM erzielten. Dies aber sei bei der Klägerin nicht der Fall. Außerdem bestehe nach der Rechtsprechung des BSG ein Anspruch auf einen festen Punktwert nicht für einen Zeitraum, in welchem ein gesetzliches Ausgabebudget bestanden habe. Dies aber sei gemäß Art. 11 Abs. 1 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (PsychThG-SGB-V-ÄndG), das zum 1. Januar 1999 in Kraft getreten sei, hinsichtlich der im Jahre 1999 erbrachten psychotherapeutischen Leistungen der Fall. Für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 1999 sei das Ausgabevolumen vorgesehen gewesen, das im Jahr 1996 für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen durch Ärzte und Delegationspsychotherapeuten zur Verfügung gestanden habe, einschließlich der Steigerungsraten in den Jahren 1997 bis 1999 zuzüglich des im Jahre 1997 von den Krankenkassen für psychotherapeutische Leistungen aufgewendeten Kostenerstattungsvolumens, das um 40 % aufgestockt worden sei. Durch das zeitgleich in Kraft getretene Solidaritätsstärkungsgesetz sei eine Bestimmung in das SGB V aufgenommen worden, wonach der Honorarverteilungsmaßstab sicherzustellen habe, dass die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werde. Bei der Ermittlung des Punktwertes sei Art. 11 Abs. 2 PsychThG-SGB-V-ÄndG zu berücksichtigen, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen verpflichtet seien, geeignete Maßnahmen zu treffen, wenn der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen geltende Punktwert den durchschnittlichen rechnerischen Punktwert, der für die Leistungen des Kapitels B II des EBM gelte, um mehr als 10 % unterschreite. Die

Punktwerte für die psychotherapeutischen Leistungen sowie für den rechnerischen Durchschnittspunkt看wert der Leistungen des Kapitels B II des EBM hätten betragen:

Quartal I/99 Quartal II/99 Quartal III/99 Quartal IV/99
EK PK EK PK EK PK EK PK
PT-Leistungen 8,71 7,00 7,84 6,91 7,00 7,00 8,14 7,23
BII-Leistungen 8,71 7,42 8,72 7,68 8,44 7,49 9,04 8,03

Bedingt durch die Honorarverhandlungen mit den Primärkassen sei es im Quartal II/99 möglich gewesen, ein höheres Honorarvolumen für dieses Quartal zu Verteilung zu bringen, so dass der ursprüngliche Punktwert im Primärkassenbereich von 5,73 Pfennigen auf 6,91 Pfennige habe erhöht werden können. Eine entsprechende Nachvergütung sei erfolgt. Im Quartal IV/99 hätten bei der Feststellung der Punktwerte Primär- und Ersatzkassenbereich die Vorgaben zur Stützung gemäß Art. 11 PsychThG Anwendung gefunden, wobei für den Bereich der Ersatzkassen darauf hinzuweisen sei, dass die Stützungsmaßnahmen bislang teilweise zu Lasten der allgemeinen Honorarverteilung hätten vorgenommen werden müssen. Die Ersatzkassen seien aufgefordert worden, sich an diesem für diese Maßnahme aufgerundeten Betrag hälftig zu beteiligen. Soweit die Klägerin gerügt habe, im Quartal II/99 sei ein falscher Punktwert bekannt gegeben worden, sei dies nicht zutreffend. Mit Rundschreiben der Landesstelle der Beklagten vom 8. Dezember 1999 (Anlage 6 des Rundschreibens) seien die vor den Honorarverhandlungen mit den Primärkassen zunächst festgesetzten Punktwerte für das Quartal II/99 veröffentlicht worden. Hiergegen hat die Klägerin am 31. Dezember 2001 beim Sozialgericht Frankfurt am Main Klage erhoben (Az.: S 29 KA 4500/01).

Das Sozialgericht (SG) hat die Klagen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und mit Urteil vom 24. November 2004 als unbegründet abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen nach einem festen Mindestpunktwert. Nach der Rechtsprechung des BSG bestehe eine Stützungsverpflichtung nur für die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen der so genannten großen Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM und auch nur gegenüber solchen Leistungserbringern, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig seien. Dazu gehörten auch solche Ärzte, die 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV EBM erzielten, zu denen die Klägerin aber nicht gehöre. Dies gelte sowohl für das Jahr 1999 wie auch für das Jahr 2000. Die Feststellung der Rechtswidrigkeit des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen durch Urteil des BSG vom 28. Januar 2004 ([B 6 KA 52/03 R](#)) habe keine Auswirkungen auf das vorliegende Verfahren, insoweit es lediglich um die Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und Vertragstherapeuten gehe, zu denen die Klägerin nicht gehöre. Die Vergütung der Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie im Jahr 2000 verstoße auch nicht gegen das Angemessenheitsgebot. Zwar behaupte die Klägerin, der Punktwertverfall auf 7,01 Pfennig (EK) und auf 6,41 Pfennig (PK) im Jahr 2000 gefährde den Sicherstellungsauftrag, ein Beleg dafür, dass diese Arztgruppe nicht mehr kostendeckend oder rentabel arbeiten könne, sei jedoch nicht ersichtlich. Dies gelte auch für die von der Klägerin behauptete extreme Benachteiligung der Nervenärzte gegenüber den anderen Arztgruppen. Eine Parallele zu den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten bestehe bei den Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, die auch oder überwiegend neurologisch tätig würden, gerade nicht, weil sie nicht zwingend auf die Erbringung der streng zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen Leistungen der großen Psychotherapie angewiesen seien. Auch der Hinweis auf Ausnahmereglungen für die Notfalldienste sei nicht stichhaltig, weil insoweit eine Verpflichtung zur Leistung bestehe und eine unkontrollierte Mengenausweitung nicht möglich sei. Auch aus der Personengebundenheit der psychiatrischen Leistungen könne keine Stützungsverpflichtung hergeleitet werden.

Gegen das ihr am 28. April 2005 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 27. Mai 2005 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt eingelegt. Sie rügt, dass das Urteil erst nach mehr als fünf Monaten nach seiner Verkündung zugestellt worden ist. In der Sache macht sie weiterhin geltend, die Vergütung der Nervenärzte - insbesondere mit Schwerpunkt Psychotherapie - verstoße gegen das Angemessenheitsgebot, wodurch bereits der Sicherstellungsauftrag der Beklagten verletzt sei. Infolge eines extremen Punktwertverfalls im Jahre 2000 auf 7,01 Pfennige (EK) und 6,41 Pfennige (PK) könnten die Nervenärzte nicht mehr kostendeckend und rentabel arbeiten. Zwar liege zur Kostenstruktur der Nervenärzte bislang kein Sachverständigenutachten vor. Aufgrund der erbrachten Leistungen bestünden aber Parallelen zu den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten, da zu einem großen Teil ebenfalls zeitgebundene Leistungen erbracht würden und selbst bei fehlender Zeitgebundenheit es sachlich nicht gerechtfertigt sei, die Leistungen derart niedrig wie geschehen zu vergüten, zumal der Verzicht auf lange Gespräche vielfach kosten- und patientengünstiger sei. Wenn aber angesichts des drastischen Punktwertverfalls bei Leistungen der psychotherapeutisch und auch psychiatrisch tätigen Nervenärzte in Hessen nicht mehr von einer angemessenen Vergütung gesprochen werden könne und infolge dessen der Sicherstellungsauftrag der KV gefährdet sei, bestehe bereits kraft Gesetzes die Pflichtung der Beklagten zur höheren Vergütung dieser Leistungen. Die von der Rechtsprechung des BSG für die psychologischen Psychotherapeuten bzw. ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte entwickelten Grundsätze müssten auch für Nervenärzte wie die Klägerin gelten, die psychotherapeutisch und psychiatrisch tätig seien. Die Nervenärzte der KVH würden im Vergleich zu anderen Arztgruppen extrem benachteiligt. Aufgrund des Absinkens der Punktwerte im Jahre 2000 seien die Nervenärzte mit Schwerpunkt Psychotherapie zwischenzeitlich am unteren Ende der ärztlichen Einkommensskala angelangt. Ihr Einkommen habe sich im Vergleich zu anderen Arztgruppen unverhältnismäßig reduziert. Entgegen der Rechtsprechung des BSG bestehe die Stützungsverpflichtung trotz Nichterreichens der 90 %-Grenze der Leistungen der großen Psychotherapie gegenüber dem Gesamtleistungsbedarf. Die Notwendigkeit von Ausnahmen habe das BSG in seiner Entscheidung vom 26. Januar 2000 zum Notfalldienst ([B 6 KA 4/99 R](#)) grundsätzlich anerkannt. Die psychiatrischen Leistungen seien zwar im Gegensatz zu den psychotherapeutischen, genehmigungspflichtigen Leistungen, nicht bzw. nicht alle zeitgebunden. So sei die Gesprächsziffer 822 nur in Kombination mit der Ziffer 823 zeitgebunden (min. 30 Minuten). Ein derart langes Gespräch lohne sich aber gegenüber einer auf die gleiche Zeiteinheit herunter gebrochenen Psychotherapiesitzung nicht, weil es vergleichsweise schlechter bezahlt werde (Ziff. 822 EMB: 320 Punkte, Ziff. 823 EMB - Zuschlag zur Leistung nach Nr. 822 bei einer Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten: 450 Punkte). Eine Möglichkeit zur unkontrollierten Mengenausweitung bestehe bei den Nervenärzten nicht. Zwar seien die psychiatrischen Leistungen nicht sämtlich zeitgebunden, sie seien aber personengebunden. Im Gegensatz zu den Leistungen von Radiologen und Laborärzten seien sie nicht delegierbar, sondern müssten vom Psychiater selbst erbracht werden. Eine Leistungsausweitung sei daher nicht möglich. Sowohl die Punktzahl für die Quartalsbehandlung des einzelnen Patienten als auch die Fallzahlbegrenzung lasse eine Leistungsausweitung nicht zu, so dass die Honorareinbußen auch durch Verkürzung der Behandlungszeit eines einzelnen Patienten durch die kompensatorische Behandlung einer größeren Patientenzahl nicht aufgefangen werden könne.

Ferner sei auch der Gleichbehandlungsgrundsatz durch die erhebliche Benachteiligung der Nervenärzte gegenüber anderen Facharztgruppen, vor allem den Hausärzten und hausärztlich tätigen Internisten und Kinderärzten, verletzt. Dies betreffe vor allem die EMB

Ziffern 14, 15, 17, 18, 42, 801, 19, 25, 850 und 851. Diese Leistungen würden in der Fachgruppe der Nervenärzte um 27 % geringer vergütet als in den zuvor genannten Arztgruppen. Zwar könne grundsätzlich aus der Gleichheit der Leistungsart keine Gleichheit der Vergütung hergeleitet werden, soweit es sich um verschiedene Arztgruppen handele. Aber auch insoweit bestünden Grenzen, die dann verletzt seien, wenn die Vergütungsunterschiede ein extremes Ausmaß erreichten, das nicht mehr durch systembedingte oder andere sachlich Gründe gerechtfertigt werden könne. Diese Grenze sei bei den Nervenärzten in Hessen verletzt, soweit dieses insbesondere gegenüber den zuvor genannten Arztgruppen bei der Honorierung gemeinsamer Leistungsziffern benachteiligt würden. Zwar habe die Beklagte mitgeteilt, dass sie die Nervenärzte nach LZ 702 ihres HVM stützen werde, wenn der Punktwertdurchschnitt mehr als 15 % unter dem Gesamtdurchschnitt liege. Es bestehe jedoch derzeit keine Sicherheit, dass dies tatsächlich erfolgen werde. In diesem Zusammenhang habe auch eine Überprüfung des Trennungsfaktors zwischen Facharzt- und Hausarzttopf zu erfolgen. Schließlich habe die Beklagte selbst betont, dass bei der Hausarzt- und Facharztberechnung das für die Hausärzte beste Quartal zugrunde gelegt worden sei. Dies bedeute, dass vermutlich einige Millionen für die Facharzttopfe nicht mehr zur Verfügung gestanden hätten und infolge der Nichtberücksichtigung der durch die Budgetierung niedrigeren Honorare verloren gegangen seien. Infolge der unzureichenden Vergütung für psychotherapeutische Leistungen seien die Ärzte der Fachgruppe der Klägerin gezwungen, schwerer erkrankte Patienten durchschnittlich nur noch ein bis zweimal zu sehen, "um nicht in die Kostenfalle zu laufen". Denn während ein Psychotherapeut nur etwa 35 bis 40 Patienten pro Woche versorge, die vergleichsweise auch mäßig psychisch erkrankt seien, aber oft ein gutes soziales Funktionsniveau aufwiesen, versorge ein Nervenarzt das drei- bis vierfache an Patienten, die zudem oft schwer - zumindest meist schwerer - erkrankt seien, als neurotisch Gestörte. Der Nervenarzt aber könne sich nicht darauf zurückziehen, analog zum Psychotherapeuten nur 40 bis 50 Schwererkrankte, diese dann intensiver, zu behandeln, weil das dafür erzielbare Honorar von 35,00 bis 40,00 EUR im Quartal ein wirtschaftliches Überleben nicht sichern würde. Außerdem seien nach dem seit 1. April 2005 geltenden EBM 2000 sämtliche ärztlichen Leistungen zeitgebunden und unterschieden sich von den Leistungen der Richtlinien-Psychotherapien nur noch dadurch, dass sie nicht antragspflichtig seien.

Eine Stützungsverpflichtung der Beklagten zugunsten der Fachgruppe der Neurologen und Psychiater ergebe sich schließlich daraus, dass der Punktwert der aus dem Honorartopf dieser Fachgruppe erbrachten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger sei als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen, wie eine "Untersuchung des entsprechenden Honorartopfes für die Nervenärzte im Bereich der KV Hessen" ergeben werden. Diese Folgerung sei aus dem Urteil des BSG vom 9. September 1998 ([B 6 KA 55/97 R](#)) zu ziehen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 24. November 2004 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale I und II/2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juli 2001 sowie der Honorarbescheide für die Quartale II und III/1999 und III und IV/2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Dezember 2001 zu verurteilen, über die Honorierung der Leistungen der Klägerin gemäß der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil des SG für zutreffend und nimmt ergänzend auf die Begründung der angefochtenen Widerspruchsbescheide Bezug. Die Garantie eines festen Punktwertes für Leistungen der großen Psychotherapie auch zugunsten solcher Ärzte, die die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM nicht nur nebenbei und in quantitativer Hinsicht in ganz untergeordnetem Umfang erbringen, wie dies im Urteil des BSG vom 25. August 1999 (Az.: [B 6 KA 14/98 R](#)) angesprochen sei, könne nicht schon im Jahre 2000 Bedeutung erlangen. Insofern sei nämlich zu berücksichtigen, dass Ausnahmetatbestände generell restriktiv umzusetzen seien, um im kassenärztlichen Bereich insbesondere einem weiteren Punktwertverfall entgegenzuwirken, das Ziel der Punktwertstabilisierung im Interesse letztlich aller Vertragsärzte zu garantieren und auf diese Weise eine gewisse unabdingbare Kalkulationssicherheit zu gewährleisten. Im Übrigen sei auch in den Fällen, in denen es ggf. nach der Rechtsprechung des BSG geboten sein könne, den genannten Ärzten ebenfalls einen festen Punktwert zuzubilligen, den Kassenärztlichen Vereinigungen ein entsprechender Ermessensspielraum einzuräumen. Bei den Quartalen des Jahres 2000 handele es sich um die ersten nach Einführung des PsychThG am 1. Januar 1999, durch das psychologische Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die gesetzliche Krankenversicherung integriert worden und infolge dessen zahlreiche zusätzliche Leistungserbringer in das System der Vertragsärztlichen Versorgung eingeströmt seien. Zum damaligen Zeitpunkt seien daher insbesondere auch die honorarmäßigen Auswirkungen überhaupt noch nicht absehbar gewesen, zumal das für die Vergütung der betroffenen Psychotherapeuten im Jahre 1999 zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen unmittelbar durch das gesetzlich festgelegte Budget und nicht durch den Honorarverteilungsmaßstab der jeweiligen KV festgesetzt worden sei. Aufgrund dessen könne die vom BSG angedachte Ausnahmeregelung allenfalls mit Blick auf weiter in der Zukunft liegende Quartale relevant werden. Die Honorarentwicklung der Fachgruppe der Klägerin im Bereich der Beklagten stelle sich in den Quartalen I/99 bis IV/00 wie folgt dar:

Quartal durchschnittliches Nettohonorar voll zugelassener Neurologen und Psychiater/Doppelzulassung

I/99 42.447,08 EUR

II/99 39.790,33 EUR

III/99 38.426,99 EUR

IV/99 41.960,40 EUR

I/00 39.822,44 EUR

II/00 37.522,69 EUR

III/00 37.792,18 EUR

IV/00 38.315,34 EUR

Außerdem hat die Beklagte vorgetragen, nach den von ihr im einzelnen dargelegten Zahlen in den streitigen Quartalen, auf die insoweit Bezug genommen wird, sei nicht erkennbar, dass in dieser Zeit psychotherapeutische Leistungen in großem Umfang von Ärzten erbracht worden wären, die nicht mindestens 90% ihres Umsatzes mit Leistungen aus Abschnitt G IV EBM erzielten.

Auf Nachfrage des erkennenden Senats hat die Vorsitzende der zuständigen Kammer des Sozialgerichts Frankfurt am Main mitgeteilt, dass das angefochtene Urteil mit Gründen und Unterschrift der Vorsitzenden am Tag der Unterzeichnung der Schlussverfügung am 22. April 2005 der Geschäftsstelle des SG übergeben worden sei. Ferner hat der Senat die Beteiligten darauf hingewiesen, dass es auch bezüglich des Quartals III/99 zu Nachverhandlungen mit den Ersatzkassen gekommen ist, weshalb die Punktwertdifferenz zwischen psychotherapeutischen Leistungen gegenüber solchen nach Kapitel B II EBM auch insoweit entsprechend den gesetzlichen Vorgaben auf maximal 10 % begrenzt

werden konnte, wie gerichtskundig sei. Außerdem hat der Senat die Beteiligten auf die Maßgeblichkeit der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) herausgegebenen "Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland" für die Beurteilung der tatsächlichen Entwicklung der ärztlichen Vergütung hingewiesen.

Wegen weiterer Einzelheiten und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist in der Sache unbegründet.

Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 24. November 2004 und die angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II und III 1999 und I bis IV 2000 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 3. Juli 2001 und 10. Dezember 2001 sind im Ergebnis rechtmäßig. Der Klägerin steht kein Anspruch auf höhere Vergütung für die von ihr erbrachten psychotherapeutischen oder sonstigen vertragsärztlichen Leistungen im streitigen Zeitraum gegen die Beklagte zu.

Soweit es um die im Jahre 1999 liegenden Quartale geht, kommen Punktwertkorrekturen für psychotherapeutische Leistungen durch die Beklagte ohnehin nicht in Betracht, weil das in diesem Jahr zu Verfügung stehende Ausgabevolumen für psychotherapeutische Leistungen bereits unmittelbar durch das Gesetz selbst festgelegt war. Gemäß Artikel 11 Abs. 1 PsychThG-SGB-V-ÄndG vom 16. Juni 1998 (BGBl. I, S. 1320) war dies aber für die ab 1. Januar 1999 erbrachten psychotherapeutischen Leistungen der Fall.

Nach Abs. 2 dieser Vorschrift hatten die Parteien des Gesamtvertrages nach [§ 82 Abs. 2 SGB V](#) und nicht allein die jeweilige KV geeignete Maßnahmen zur Behebung der Punktwertdifferenz zu treffen, soweit der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen geltende Punktwert den für die Vergütungen der Leistungen nach Abschnitt B II des EBM geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der beteiligten Krankenkassen um mehr als 10 % unterschritt. Dies war, wie die Beklagte in ihrem Widerspruchsbescheid vom 10. Dezember 2001 unwidersprochen ausgeführt hat, im Quartal II 1999 der Fall, weshalb in Honorarverhandlungen mit den Primärkassen durch Aushandlung eines höheren Honorarvolumens für das Quartal II 1999 eine Stützung des Punktwertes im Primärkassenbereich von ursprünglich 5,73 Pfennige auf 6,91 Pfennige mit entsprechender Nachvergütung erfolgte. Damit lag zwar der Punktwert für psychotherapeutische Leistungen sowohl im Bereich der Ersatzkassen als auch der Primärkassen noch immer geringfügig mehr als 10 % unter dem Punktwert für Leistungen nach Abschnitt B II des EBM, weitere Maßnahmen zur Stützung des Punktwertes für psychotherapeutische Leistungen waren der Beklagten aus den zuvor genannten Gründen aber verwehrt. Auch in den Quartalen III und IV 1999 kam es zu entsprechenden Stützungsmaßnahmen durch die Parteien des Gesamtvertrages, weshalb die Punktwertdifferenz zwischen den maßgeblichen Leistungen nach Artikel 11 Abs. 2 PsychThG-SGB-V-ÄndG in diesem Quartal bei allen Kassen bei maximal 10 % blieb. Eine nachträgliche Korrektur des Punktwertes durch die Beklagte ist unter diesen Voraussetzungen nach ständiger Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt, ausgeschlossen (so: Urteile vom 20. Januar 1999, [B 6 KA 46/97 R](#), vom 25. August 1999, [B 6 KA 14/98 R](#) und vom 28. Januar 2004, [B 6 KA 52/03 R](#)).

Für die ebenfalls streitigen Quartale I bis IV 2000 bildet [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der Fassung des zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 - GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 - vom 22. Dezember 1999 ([BGBl. I, S. 2626](#)) die maßgebliche Rechtsgrundlage für die Honorarverteilung. Danach hat die KV die Gesamtvergütung zunächst getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu verteilen. Nach Satz 4 dieser Vorschrift war die Beklagte verpflichtet, in ihren Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die hinsichtlich der hier streitigen zeitgebundenen und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten sollten. Nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) hatte der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung nach Abs. 4 zu bestimmen und dabei insbesondere auch Regelungen zur Umsetzung von [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) zu treffen. Dem ist der Bewertungsausschuss zunächst mit seinem Beschluss vom 16. Februar 2000 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten gemäß [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) nachgekommen, dessen Rechtswidrigkeit allerdings das BSG mit Urteil vom 28. Januar 2004 ([B 6 KA 52/03 R](#)) festgestellt hat, weil der zuvor genannte Beschluss des Bewertungsausschusses bei den psychotherapeutischen Leistungen an das tatsächliche und nicht an das rechtmäßige Vergütungsniveau des Jahres 1998 anknüpfte und damit die rechtswidrigen Verhältnisse in die Folgezeit perpetuierte mit der Folge, dass sich der hieraus ergebende Punktwert nicht mehr dem Tatbestandsmerkmal der "angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit" in [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) entsprach. In derselben Entscheidung hat das BSG allerdings auch ausgeführt, dass verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Gültigkeit der gesetzlichen Vorgaben für die Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen in [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) und die Normsetzungsbefugnis des Bewertungsausschusses gemäß [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) nicht bestehen. Dem schließt sich der erkennende Senat an. Mit Beschluss vom 29. Oktober 2004 hat der Bewertungsausschuss in Ausführung des zuvor zitierten BSG Urteils vom 28. Januar 2004 seine nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1](#) letzter Halbsatz SGB V erlassenen Beschlüsse aufgehoben und mit Wirkung ab 1. Januar 2000 die Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten neu geregelt. Hierbei hat der Bewertungsausschuss, wie schon bisher, entsprechend der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) die Fachgruppe der Ärzte für Neurologie und Psychiatrie, auch soweit sie die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen aus Abschnitt G IV EBM nicht nur nebenbei und nicht nur in quantitativer Hinsicht in ganz untergeordnetem Umfang erbringen, in die Garantie eines Mindestpunktwertes nicht einbezogen, soweit diese Leistungen nicht 90% des Gesamtleistungsbedarfs ausmachten.

Hieraus folgt jedoch weder ein Verstoß gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung mit der Folge eines subjektiv öffentlichen Rechts auf Korrektur der Vergütung, noch verstößt die hieraus folgende unterschiedliche Höhe des Punktwertes für gleiche Leistungen aus unterschiedlichen Honorartöpfen gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit.

Wegen eines Verstoßes gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) kann ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeit erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird. Bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe, wie dies hier von der Klägerin geltend gemacht wird, ist dies regelmäßig nicht der Fall (so: BSG, Urteil vom 8. Dezember 2004, [B 6 KA 4/04 R](#) m.w.N.). Dem schließt sich der erkennende Senat an. [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist nicht als Anspruchsgrundlage ausgestaltet, sondern enthält lediglich eine abstrakte Zielvorgabe. Zur Konkretisierung des

Begriffs der Angemessenheit hat das Gesetz einen prozeduralen Weg gewählt, wie schon aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) selbst hervorgeht, in dem die Angemessenheit der Vergütung als Ziel einer vertraglichen Regelung vorgegeben wird. Hierfür sieht das Gesetz ein komplexes System vor, wonach die Krankenkassen nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung honorieren, sondern mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine Gesamtvergütung entrichten, deren Höhe in einem Gesamtvertrag von den kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart wird. Kommt keine Vereinbarung zustande, kann das Schiedsamt angerufen werden. Nur die vereinbarte oder die durch Schiedsspruch festgesetzte Gesamtvergütung kann die KV auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) an die Vertragsärzte verteilen; Nachforderungen der KV an die Krankenkassen sind grundsätzlich ausgeschlossen. Lediglich in der besonderen, nicht auf andere Konstellationen übertragbaren Situation der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen hat das BSG im Hinblick auf die von den Partnern des Bewertungsausschusses in diesem speziellen Fall gemeinsam zu tragende Verantwortung für ein angemessenes Vergütungsniveau der zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen die Möglichkeit angesprochen, nachträglich die Höhe der Gesamtvergütung zu modifizieren. Von Bedeutung für die Vergütung des einzelnen Vertragsarztes ist darüber hinaus auch der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuss vereinbarte Bewertungsmaßstab ([§ 87 Abs. 1 SGB V](#)), von dessen Bewertungsrelationen in den Verteilungsmaßstäben und anderen, die Vergütung betreffenden, Regelungen nicht abgewichen werden darf. Die angemessene Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen ist nach den Vorstellungen des Gesetzgebers Ergebnis dieses komplexen Konkretisierungsprozesses. Eine Verletzung der Obliegenheit, auf eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen hinzuwirken, könnte allenfalls dann vorliegen, wenn flächendeckend und unabhängig von Besonderheiten in einzelnen Regionen und/oder bei einzelnen Arztgruppen ein Vergütungsniveau zu beobachten wäre, das mangels ausreichenden finanziellen Anreizes zu vertragsärztlicher Tätigkeit zur Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten führt (so zutreffend: BSG, Urteil vom 8. Dezember 2004, [a.a.O.](#)). Eine solche Situation hat in den streitbefangenen Quartalen offensichtlich nicht bestanden und scheint auch bis heute nicht zu bestehen. Für die Arztgruppe der Nervenärzte betrug der Honorarumsatz 1999 im gesamten Bundesgebiet durchschnittlich 302.000,00 DM, woraus sich bei einem durchschnittlichen Betriebskostenanteil von 53,8 % ein Durchschnittseinkommen vor Steuer in Höhe von 139.524,00 DM ergab (siehe: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Herausgeber KÄBV, 2000, Tabellen D4 und D7). Im Jahr 2000 betrug der Honorarumsatz im Durchschnitt je Nervenarzt im Bundesgebiet 298.900,00 DM, was bei einem etwas gesunkenen Betriebskostenanteil in Höhe von 53,3 % zu einem Einkommen vor Steuer in Höhe von durchschnittlich jährlich 139.586,30 DM pro Arzt führte (Grunddaten a.a.O., 2001, Tabellen D3 und D6). Hieraus erhellt, dass das den Nervenärzten in den streitigen Quartalen rein aus vertragsärztlicher Tätigkeit zur Verfügung stehende monatliche Durchschnittseinkommen weder erheblich gesunken ist noch in Anbetracht seiner Höhe von etwa 11.000,00 DM monatlich auf ein unangemessen niedriges Vergütungsniveau der vertragsärztlichen Tätigkeit in den streitbefangenen Quartalen schließen lässt. Mit diesen das gesamte Bundesgebiet betreffenden Durchschnittsdaten stimmen die von der Beklagten mit Schriftsatz vom 31. August 2006 übersandten Honorarumsatzzahlen bezüglich der Fachgruppe der voll zugelassenen Neurologen und Psychiater in Hessen im Wesentlichen überein und auch die der Klägerin in den streitigen Quartalen bewilligten Honorarzahllungen weichen nicht nennenswert vom Bundesdurchschnitt der Nervenärzte oder vom Durchschnitt der Neurologen und Psychiater in Hessen ab. Zwar liegen die Durchschnittseinkommen der Nervenärzte nach Abzug des Betriebskostenanteils in den streitigen Quartalen nach den bereits zitierten Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung etwas unterhalb des durchschnittlichen Einkommens aller Vertragsärzte, die von der Klägerseite behauptete Gefährdung des Sicherstellungsauftrages der KV ist jedoch in Anbetracht der verbleibenden Vergütungshöhe ausgeschlossen, wobei an dieser Stelle bereits nebenbei darauf hingewiesen wird, dass dies nach den "Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung etc." auch in den nachfolgenden Jahren jedenfalls bis zum Jahr 2003 ausgeschlossen erscheint, ohne dass hierbei weitere Einkünfte der Neurologen und Psychiater aus privatärztlicher sowie aus Gutachterstätigkeit berücksichtigt wurden. Es ist auch nicht erkennbar, dass die Anzahl der Neurologen und Psychiater, die überwiegend psychotherapeutisch tätig sind, wegen zu geringer Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen erheblich zurückgegangen wäre. Nach den Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2005 (Tabelle 1.5 und 6) ist die Anzahl der Nervenärzte von 1995 bis 2004 mit absolut 4.991 Ärzten etwa gleich geblieben. Im Jahr 2006 waren 3.600 Ärzte überwiegend psychotherapeutisch tätig. Dem stand die deutlich höhere Zahl von 11.400 psychologischen Psychotherapeuten gegenüber (so: Bericht vom 109. Deutschen Ärztetag in DÄ, Heft 22, S. 1501). Zwar wurde auf dem 109. Deutschen Ärztetag die Befürchtung geäußert, dass sich das Ungleichgewicht zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten künftig noch vergrößern werde, dass in den hier streitigen oder auch in nachfolgenden Quartalen eine Gefährdung des Sicherstellungsauftrages der KV eingetreten sein könnte, erscheint in Anbetracht der zuvor genannten Zahlen aber ausgeschlossen.

Auch [§ 2 Abs. 1 Buchstabe a\)](#) der Satzung der Beklagten ist als Rechtsgrundlage für einen subjektiven Anspruch auf angemessene Vergütung nicht geeignet, wie das BSG in seinem Urteil vom 8. Dezember 2004 ([a.a.O.](#)) bereits zutreffend ausgeführt hat.

Ein Anspruch der Klägerin auf höhere Vergütung in den hier streitigen Quartalen des Jahres 1999 und 2000 lässt sich auch nicht unmittelbar aus [Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) herleiten. Hierbei ist auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragssituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen. Darüber hinaus ist die Gesamtsituation der betroffenen Arztgruppe über einen längeren Zeitraum, nämlich über mindestens vier zusammenhängende Quartale, zu betrachten. Hiervon ausgehend umfasst der Schutz der vertragsärztlichen Tätigkeit aus [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Leistungen. Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen der [§§ 72 Abs. 2](#) und [85 Abs. 3](#) und [4 SGB V](#) erfolgt ist. Diese ergeben spezifisch vertragsärztliche Begrenzungen der Honorierung. Hierbei sind zwei Ziele zu realisieren, nämlich zum einen die Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und zum anderen eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen. Nötigenfalls sind diese Ziele in einen verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen, wofür der Gesetzgeber des SGB V ineinander greifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen hat. Das vom Gesetz hierfür vorgesehene Vergütungssystem, das unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Vertragsärzten seinerzeit grundsätzlich vermieden hat, ist grundsätzlich mit [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar. Dieser erlaubt, insbesondere um Marktungleichgewichte zu beseitigen, die Aushandlung der Preise zwischen den Verbänden der Ärzte und den Krankenkassen. Auch die mit diesem Vergütungssystem verfolgten Ziele sind mit [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar, nämlich das Ziel der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, die allgemeinen Vorgaben hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit dieser Versorgung sowie das Wirtschaftlichkeitsprinzip, das durch den Grundsatz der Beitragsstabilität eine besondere Ausprägung erfahren hat. Die Sicherung einer angemessenen Versorgung zu bezahlbaren Konditionen ist ein Gemeinwohlbelang von überragender Wichtigkeit. Ungeachtet seiner Ausgestaltung im Einzelnen kann kein System der Gesundheitsversorgung für nahezu alle Bürger auf Regelungen hinsichtlich der Preise von ärztlichen und nichtärztlichen Behandlungsleistungen verzichten. Über die Art und Weise, in der das Ziel einer

qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen und zugleich bezahlbaren Gesundheitsversorgung zu realisieren ist und wie in diesem Zusammenhang die (partiell) gegenläufigen Interessen von Patienten, Versicherten und Leistungserbringern zum Ausgleich zu bringen sind, entscheidet der Gesetzgeber. Die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur überragend wichtigen Gemeinwohlaufgabe der Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV in den zahlreichen Entscheidungen zum Recht der GKV seit derjenigen vom 31. Oktober 1984 ([BVerfGE 68, 193](#) ff.) gehören zu den "tragenden Gründen" der jeweiligen Urteile bzw. Beschlüsse. Sie binden deshalb auch die Gerichte. Die als verfassungskonform zu bewertenden gesetzlichen Grundstrukturen über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfordern einen Ausgleich u.a. zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung. Dieser Ausgleich ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG erst dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist. Dies ist nach den zuvor zitierten Grunddaten für die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland bezüglich der Gruppe der Nervenärzte und nach den von der Beklagten mitgeteilten Honorarumsätzen der Ärzte für Neurologie und Psychiatrie in Hessen auszuschließen. Soweit die Klägerin vorträgt, sie erbringe überwiegend - aber nicht zu 90 % - Leistungen der sogenannten großen Psychotherapie nach Abschnitt G IV des EBM, was sich besonders ungünstig auf ihre Einkommenssituation auswirke, ist dies jedenfalls aus den von ihr in den streitigen Quartalen erzielten Honorarumsätzen gegenüber der gesamten Fachgruppe der voll zugelassenen Neurologen und Psychiater im Zuständigkeitsbereich der Beklagten aber auch gegenüber der Fachgruppe der Nervenärzte im gesamten Bundesgebiet nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus müsste sich die Klägerin auch auf eine veränderte Schwerpunktsetzung innerhalb ihrer Praxis verweisen lassen, um ein für sie besser erträgliches Einkommen zu erzielen. Verfassungsrecht gebietet es jedenfalls nicht, dem Vertragsarzt im Einzelfall unabhängig von den Ursachen wenigstens alle Kosten zu erstatten, die ihm bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen entstanden sind. Der Vertragsarzt hat das Risiko einer unwirtschaftlich betriebenen Praxis und unternehmerischer Fehleinschätzungen selbst zu tragen. Noch deutlicher wertungsabhängig ist, welchen Gewinn ein Vertragsarzt aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erwarten darf. Einen allgemeinen verfassungsrechtlichen Maßstab hierfür gibt es nicht. Die Verfassung verlangt nicht, dass die Vergütung selbständiger Tätigkeiten der Entlohnung vergleichbarer abhängiger Beschäftigungen entspricht. Der Vertragsarzt hat daher keinen verfassungsrechtlichen Anspruch darauf, wenigstens einen Gewinn in der Höhe des (Brutto-) Einkommens von Krankenhausärzten zu erzielen. Selbständige Tätigkeit eröffnet die Möglichkeit zur Gewinnerzielung, garantiert sie aber nicht (so: BSG, Urteil vom 8. Dezember 2004, [a.a.O.](#)). Dieser Rechtsprechung des BSG schließt sich der erkennende Senat an.

Dass die Beklagte in den hier streitigen Quartalen nach LZ 607 ihres HVM zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung etwa im Zulassungsbezirk der Klägerin zu vorübergehenden Stützungsmaßnahmen verpflichtet gewesen sein könnte, ist nach den bereits dargestellten Fakten ausgeschlossen und wird auch von der Klägerin nicht vorgetragen.

Auch aus dem aus [Artikel 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Artikel 3 Abs. 1 GG](#) folgenden Gebot der Verteilungsgerechtigkeit lässt sich ein Anspruch auf höhere Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen zu Gunsten der Klägerin in den hier streitigen Quartalen nicht herleiten. Unstreitig gehört die Klägerin nicht zur Arztgruppe der ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten ([§ 101 Abs. 2](#) und [Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)), zu denen der EBM nur solche Ärzte rechnet, die mindestens 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV des EBM erzielen. Es ist auch nicht zu beanstanden, wenn sich die KV bei der Prüfung, ob ggf. der Punktwert für die zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen auf einen bestimmten Wert gestützt werden muss, an dieser Grenzziehung orientiert (unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten können Stützungsmaßnahmen einer KV lediglich zugunsten solcher Ärzte geboten sein, die ausschließlich oder ganz überwiegend die zeitabhängigen Leistungen nach Nr. 871 ff. EBM erbringen und abrechnen). Eine Stützungsnotwendigkeit für alle psychotherapeutischen Leistungen unabhängig davon, von welcher Arztgruppe sie erbracht werden, besteht nicht. Ärzte, die nur gelegentlich oder zu einem geringeren Teil ihrer gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit zeitabhängige Leistungen erbringen, haben andere Möglichkeiten, auf den Punktwertverrückgang zu reagieren als Ärzte, die nahezu ausschließlich solche Leistungen erbringen. Insoweit bestehen Unterschiede, die eine differenzierende Behandlung rechtfertigen (so: BSG, Urteil vom 20. Januar 1999, [B 6 KA 46/97 R](#)). Andere Ärzte, beispielsweise Ärzte für Psychiatrie oder Ärzte für Allgemeinmedizin, die die Qualifikation zur Erbringung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach Abschnitt G IV EBM besitzen, können den Umfang und die Ausrichtung ihrer Tätigkeit in anderer Weise steuern und neben den Leistungen nach den Nr. 871 ff. EBM andere psychotherapeutische oder psychosomatische Gesprächs- bzw. Behandlungsleistungen erbringen, die entweder nicht zuvor patientenbezogen bewilligt worden sein müssen oder nicht an exakte Zeitvorgaben gebunden sind. Sie sind daher nicht in gleichem Maße schutzbedürftig (so auch: BSG, Urteil vom 25. August 1999, Aktenzeichen: [B 6 KA 14 98 R](#)). Diese Gesichtspunkte, die sich der Senat in vollem Umfang zu Eigen macht, gelten in gleicher Weise für die Gruppe der voll zugelassenen Neurologen und Psychiater, denen darüber hinaus auch eine mehr neurologische Ausrichtung ihrer Praxis möglich ist, um den wirtschaftlichen Auswirkungen eines Punktwertverfalls entgegen zu wirken. Zwar sieht das BSG die KV als berechtigt an, einen festen Punktwert generell für die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen nach den Nrn. 871 ff. EBM vorzusehen, weil sich diese Leistungen deutlich von den anderen ärztlichen Leistungen unterscheiden. Ob diese Berechtigung in Zukunft in eine entsprechende Verpflichtung umschlagen wird, hat das BSG aber davon abhängig gemacht, wie sich die Leistungserbringung im Rahmen der großen Psychotherapie entwickeln würde. Würde sich erweisen, dass die entsprechenden psychotherapeutischen Leistungen in großem Umfang oder sogar überwiegend von solchen Ärzten erbracht würden, die zwar nicht 90 % ihres Umsatzes mit Leistungen aus Abschnitt G IV EBM erzielen, die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen aber auch nicht nur nebenbei und in quantitativer Hinsicht in ganz untergeordnetem Umfang erbringen, könne es geboten sein, einen festen Punktwert für die psychotherapeutischen Leistungen auch zu Gunsten dieser Ärzte zu garantieren. Für das Bestehen einer solchen Situation sah das BSG seinerzeit allerdings keine Anhaltspunkte (Urteil vom 25. August 1999, [a.a.O.](#)). Für den Eintritt einer solchen Entwicklung bereits in den Quartalen I bis IV 2000 gibt es zur Überzeugung des Senats allerdings ebenfalls keine Anhaltspunkte und solche sind auch von der Klägerin nicht substantiiert vorgetragen. Wenn sogar noch im Jahre 2006 beklagt wird, dass 3.600 überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten eine deutlich höhere Zahl von rund 11.400 psychologischen Psychotherapeuten gegenübersteht (so: Bericht vom 109. Deutschen Ärztetag in: DÄ Heft 22, 1501), so erscheint es allerdings schlechterdings ausgeschlossen, dass bereits im Jahr 2000 ein Zustand erreicht gewesen sein könnte, in dem psychotherapeutische Leistungen bereits in großem Umfang oder sogar überwiegend von Ärzten erbracht worden wären, die nicht mindestens 90 % ihres Umsatzes mit Leistungen aus Abschnitt G IV EBM erzielen. Dies bestätigen die von der Beklagten zuletzt schriftsätzlich vorgetragene Daten. Zur Überzeugung des Senats ist daher weiterhin zumindest in dem hier streitigen Jahr 2000 an der 90 %-Grenze festzuhalten, zumal den Ärzten der Fachgruppe, der die Klägerin angehört, die Möglichkeit offen steht, den Praxisschwerpunkt, wie bereits dargelegt, zu verlagern. Das BSG hat bereits verschiedentlich ausgeführt, dass ein Arzt, der sich innerhalb seines Gebiets oder Teilgebiets auf wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge spezialisiert hat, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich

zwischen einer größeren Zahl von Leistungen nicht mehr möglich ist, das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen Spezialpraxis tragen muss. Dies gilt etwa auch für praktische Ärzte, die vor allem, aber nicht ausschließlich, psychotherapeutische Leistungen erbringen. Macht ein Arzt geltend, er habe sich lediglich faktisch auf bestimmte Leistungen spezialisiert, erbringe aber auch andere Leistungen, für die die besonderen Bedingungen der ausschließlich psychotherapeutischen Behandlung nicht gelten, ist kein Grund dafür ersichtlich, das Risiko der Rentabilität, das der freiberufliche Vertragsarzt grundsätzlich selbst zu tragen hat, auf die KV und damit zugleich auf die anderen Ärzte abzuwälzen (so: BSG, Urteil vom 26. Januar 2000, [B 6 KA 4/99 R](#)). Den Ausführungen des BSG in dem zuvor zitierten Urteil, die ohne weiteres auf die Situation in der Praxis der Klägerin übertragbar sind, schließt sich der erkennende Senat an. Soweit die Klägerin geltend macht, bei einem Rückgang des Punktwerts für psychotherapeutische Leistungen nach Abschnitt G IV EBM um 15 % oder mehr gegenüber dem gestützten Punktwert der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten ergebe sich auch für ihre Fachgruppe gegenüber der Beklagten ein Anspruch auf Stützung des Punktwertes, brauchte der Senat der Frage, ob überhaupt der Punktwert für diese Leistungen in der Fachgruppe der Klägerin um 15 % oder mehr niedriger ist, nicht weiter nachzugehen, weil selbst bei Erreichen oder Überschreiten des zuvor genannten Prozentsatzes für die Beklagte keine Stützungsverpflichtung besteht. Zwar hat das BSG in seinem Urteil vom 9. September 1998 ([B 6 KA 55/97 R](#)), dem sich der erkennende Senat anschließt, ausgeführt, dass der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit grundsätzlich die Bildung von Honorartöpfen zulässt, sofern eine sachliche Rechtsfertigung besteht. Demgemäß können Honorartöpfe nach Leistungsbereichen gebildet werden, wenn damit Steuerungszwecke verbunden sind, die ihrerseits im Gesetz bzw. im vertragsärztlichen Vergütungssystem selbst angelegt sind, die zu verfolgen oder zu den legitimen Aufgaben der KV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags gehört. In diesem Zusammenhang ist auch die Begrenzung der Honorarvolumina auf dem bisherigen Stand in den einzelnen Leistungsbereichen zum Zwecke der Verhinderung von Leistungsausweitungen rechtmäßig. Allerdings löst die Bildung von Teilbudgets eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KV dahin aus, dass sie Verteilungsregelungen, mit denen sie in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abweicht, regelmäßig zu überprüfen hat. Sie hat sie zu ändern bzw. weiter zu entwickeln, wenn sich herausstellt, dass der Zweck der Regelung ganz oder teilweise nicht erreicht oder gar verfehlt wird, oder wenn die vorgenommene Einteilung in Teilbudgets dazu führt, dass der Punktwert in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfällt als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen und als Grund dafür keine von den jeweiligen Leistungserbringern selbst verursachten Mengenausweitungen erkennbar sind. Eine Korrekturverpflichtung setzt weiter voraus, dass es sich um eine dauerhafte, also nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt. Außerdem muss ein vom Umsatz her wesentlicher Leistungsbereich einer Arztgruppe betroffen sein. Die KV kann zudem berücksichtigen, dass auch bei von den Leistungserbringern nicht mit zu verantwortenden Mengenausweitungen typischerweise Rationalisierungseffekte entstehen, die einen gewissen Ausgleich für den Punktwertabfall darstellen können. "Werden Honorartöpfe für Leistungen gebildet, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können und bei denen ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit ein Punktwertabfall nicht zugerechnet werden kann, sieht der Senat im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen" (so: BSG, Urteil vom 9. September 1998, [a.a.O.](#)). Eine Verpflichtung zur Korrektur der Honorarverteilung besteht somit nicht, wenn die Ärzte des betroffenen Honorartopfes nicht nur auf Überweisung hin tätig werden können und daher durch eigenverantwortliche Mengenausweitung selbst zu einem Punktwertabfall beitragen können. Gerade dies ist aber bei der Arztgruppe, der die Klägerin angehört, der Fall, weil sie ihre ärztlichen Leistungen nicht nur auf Überweisung hin erbringen können, sondern für die der Grundsatz der freien Arztwahl gemäß [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gilt, denn sie gehört nicht zu den in [§ 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(PK\)](#) oder [§ 7 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(EK\)](#) genannten Ärzte mit bestimmten Gebietsbezeichnungen, die ihre Leistungen nur auf Überweisung hin erbringen dürfen (z.B. Radiologen, Laborärzte). Diesen Grundsatz hat das BSG in seinem Urteil vom 28. Januar 2004 ([B 6 KA 52/03 R](#)) erneut bestätigt. Danach setzt die Verpflichtung der KV, korrigierend einzugreifen, wenn bei festen Honorarkontingenten, die für verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden, die Punktwerte einer Arztgruppe für eine längere Zeit um 15 % oder mehr hinter dem Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen zurückbleiben, grundsätzlich voraus, dass die Ärzte für den Punktwertabfall nicht verantwortlich sind, vielmehr z.B. eine Mengenausweitung aufgrund vermehrter Überweisungen durch andere Vertragsärzte vorliegt. Dies aber ist in der Fachgruppe der Klägerin gerade nicht der Fall. Im Übrigen hat das BSG in der bereits zitierten Entscheidung vom 28. Januar 2004 ausgeführt, bei der Bemessung der Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten sei es nicht zu beanstanden, wenn bei der Vergleichsberechnung der Durchschnittsüberschuss anderer - fachärztlicher - Arztgruppen im unteren Einkommensbereich zugrunde gelegt würde. Dabei könne der Rückgriff auf die Arztgruppe der Nervenärzte nahe liegen, weil diese nach ihrem Leistungsspektrum am ehesten mit den Psychotherapeuten vergleichbar sei. Die Heranziehung einer von der Behandlungsausrichtung passenden Arztgruppe im unteren Ertragsbereich sei nicht gleichheitswidrig. Von dieser Bewertung, der sich der Senat anschließt, ausgehend kann eine Stützungsverpflichtung der Beklagten bezüglich der Fachgruppe der Klägerin in Hessen nicht bestehen, auch wenn der Punktwert für psychotherapeutische Leistungen nach Abschnitt G IV des EBM in dieser Fachgruppe um 15 % oder mehr niedriger sein sollte als der in der Fachgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten festgelegte Punktwert, denn nach den von der Beklagten mit Schriftsatz vom 31. August 2006 vorgelegten Zahlen lag der Honorarumsatz der Fachgruppe der Klägerin in Hessen nicht unter dem durchschnittlichen Honorarumsatz der gesamten Gruppe der Nervenärzte im Bundesgebiet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung.

Die Revision war nicht zuzulassen, denn die hier anzuwendenden rechtlichen Grundsätze beruhen auf der ständigen Rechtsprechung des BSG ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-04-23