

L 7 KA 11/02 -25

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

7

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen

S 1 KA 68/01

Datum
24.04.2002

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen

L 7 KA 11/02 -25

Datum
10.10.2007

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 24. April 2002 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten auch deren außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung höheren Honorars für das Quartal I/00.

Die Klägerin ist seit Juni 1999 im Zuständigkeitsbereich der Beklagten als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und rechnete aufgrund dieser Zulassung Leistungen gegenüber der Beklagten erstmals im Quartal III/99 ab. Seit dem Quartal I/01 nimmt sie an der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) - Anlage 11 des Bundesmantelvertrages - Ärzte/Ersatzkassen - teil.

Mit ihrem Honorarbescheid vom 7. August 2000 setzte die Beklagte das der Klägerin zustehende Honorar für das Quartal I/00 auf 45.894,85 DM (= 23.465,66 EUR) fest. Hierbei legte sie ihrer Honorarberechnung ihren zum 1. Januar 2000 neu gefassten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zugrunde, der entsprechend den Vorgaben des Gesetzgebers sowie den hierzu beschlossenen Kriterien des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Trennung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich sowie zur Regelung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen keine Unterscheidung nach Fachgruppen sowie praxisbudgetierten und nicht praxisbudgetierten Ärzten mehr vorsah, sondern - in seiner Grundstruktur - nur noch zwischen Hausärzten und Fachärzten sowie praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen unterschied. Ferner bestimmte dieser HVM, dass hinsichtlich der Fachärzte zwischen den im Abschnitt G IV des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) geregelten und von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten erbrachten genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen, Großgeräteleistungen/ Leistungen der Strahlentherapie und den übrigen Leistungen zu unterscheiden sei. Auf der Grundlage dieser Regelungen vergütete die Beklagte die von der Klägerin angeforderten 828.965 Punkte für insgesamt 349 Behandlungsfälle aus dem (allgemeinen) Honorarfonds der Fachärzte mit Punktwerten von 4,8 DPf für die nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und 5,9 DPf für die praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen im Primärkassenbereich und Punktwerten von (grundsätzlich) 6,5 DPf für die nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und (grundsätzlich) 7,8 DPf für die praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen im Ersatzkassenbereich. Hieraus ergab sich ein durchschnittlicher Fallwert von 131,50 DM (= 67,24 EUR). Von den angeforderten Punkten entfielen 13.000 Punkte auf Leistungen der Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM-Ä, die jedoch nicht zu den genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen gehörten. Budgetierungsmaßnahmen nach dem EBM-Ä oder dem HVM der Beklagten unterlag die Klägerin nicht.

Gegen diesen Honorarbescheid legte die Klägerin Widerspruch ein und führte aus: Die ihr zuerkannte Vergütung sei nicht mehr angemessen, was insbesondere auf die Änderung des HVM zurückzuführen sei. Dieser HVM sehe für Leistungen von nicht praxisbudgetierten Ärzten, zu denen sie mit ihrer kleinen Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie gehöre, keinen eigenen Punktwert mehr vor, der in der Vergangenheit stets weit über dem Punktwert für die nicht praxisbudgetierten Leistungen gelegen habe. Des Weiteren benachteilige der HVM die Fachgruppe der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie jedenfalls gegenüber den Hausärzten und den Psychotherapeuten in nicht mehr hinnehmbarer Weise. Denn er berücksichtige vor allem nicht, dass auch die Fachgruppe der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in ganz erheblichem Maße zeitgebundene Gesprächsleistungen erbrächten, die eine Mengenausweitung nicht erlaubten. Jedenfalls sei es ungerecht, die im Notfalldienst erbrachten Leistungen bei den Fachärzten niedriger zu vergüten als bei den Hausärzten. Um ihr die Fortführung ihrer Praxis zu ermöglichen, sei zumindest eine Härtefallregelung zu treffen.

Diesen Widerspruch wies die Beklagte mit ihrem Widerspruchsbescheid vom 2. April 2001 als unbegründet zurück und führte aus: Der Honorarbescheid sei nicht zu beanstanden. Mit ihm seien die Regelungen des HVM zutreffend umgesetzt worden, die ihrerseits nicht gegen höherrangiges Recht verstießen. Denn sie folgten lediglich dem auf [§ 85 Abs. 4](#) a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) beruhenden Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Trennung der Gesamtvergütungen für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung sowie zur Regelung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Für eine Härtefallregelung sei vor diesem Hintergrund kein Raum.

Mit ihrer Klage hat die Klägerin geltend gemacht: Die Vorschrift des [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#), nach der der Verteilungsmaßstab Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte enthalten müsse, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten, müsse auf die Fachgruppe der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechend angewendet werden. Denn auch diese Fachgruppe erbringe in erheblichem Maße Leistungen, die wegen ihrer Zeitgebundenheit einer Ausweitung der Leistungsmenge entgegenstünden. Ohne Stützung des Punktwerts zumindest für die zeitgebundenen Leistungen könne eine angemessene Vergütung nicht mehr erzielt werden.

Das Sozialgericht hat die Klage mit seinem Urteil vom 24. April 2002 abgewiesen. Zur Begründung hat es sich die Ausführungen der Beklagten im Widerspruchsbescheid zu Eigen gemacht und ergänzend ausgeführt: Auf eine Stützung des Punktwerts habe die Klägerin schon deshalb keinen Anspruch, weil in ihrem Fall nur 13.000 Punkte auf Leistungen der Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM-Ä entfielen.

Gegen dieses ihr am 24. Mai 2002 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 3. Juni 2002. Die Berufungsschrift ist unter dem Briefkopf der Prozessbevollmächtigten der Klägerin gefertigt worden und enthält u. a. die E-Mail- und die Internetadressen des Prozessbevollmächtigten, der die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht vertreten hat. Neben einem Hinweis auf dem Schriftsatz beigefügte Anlagen schließt die Berufungsschrift - maschinen geschrieben - mit "Rechtsanwalt" und einer handschriftlich über die Schlusszeilen gezogenen Wellenlinie. Zur Begründung ihrer Berufung trägt die Klägerin vor: Richtig sei zwar, dass sie nicht überwiegend mit Leistungen des Abschnitts G IV EBM-Ä befasst sei. Bei den von ihr erbrachten Leistungen, die weitgehend unter die sonstigen Bereiche des Abschnitts G EBM-Ä fielen, handele es sich jedoch im Wesentlichen um zeitgebundene Leistungen, die ihr - ebenso wie den in [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) angesprochenen Personengruppen sowie den sonstigen Angehörigen ihrer Fachgruppe - eine Leistungsausweitung nicht erlaubten. Vor diesem Hintergrund habe auch sie Anspruch darauf, je Zeiteinheit angemessen vergütet zu werden. Auch wenn ihre Leistungen bzw. diejenigen ihrer Fachgruppe möglicherweise nicht mit demselben Punktwert honoriert werden müssten wie die genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen des Abschnitts G IV EBM-Ä, müssten die Leistungen ihrer Fachgruppe aber zumindest so vergütet werden wie die Leistungen der Hausärzte, weil die Leistungen ihrer Fachgruppe letztlich der hausärztlichen Grundversorgung zuzurechnen seien. Da die ihr und ihrer Fachgruppe gewährte Vergütung so niedrig sei, dass eine weitere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung aus wirtschaftlichen Gründen in Frage stehe, drohe im Zuständigkeitsbereich der Beklagten ein Sicherstellungsdefizit, weil hier nur 6 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie vertragsärztlich tätig seien. Ungeachtet der vorstehenden Ausführungen sei der Honorarbescheid der Beklagten aber auch deshalb rechtswidrig, weil das vertragsärztliche Vergütungssystem in seiner Gesamtheit gegen europäisches Wettbewerbsrecht verstoße.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 24. April 2002 und den Honorarbescheid der Beklagten vom 7. August 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. April 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, sie hinsichtlich ihres Honoraranspruchs für das Quartal I/00 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrag trägt sie vor: Die Berufung sei jedenfalls unbegründet. Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt habe, stehe der Klägerin ein Anspruch auf eine höhere Vergütung nicht zu.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) formgerecht eingelegt worden, weil die Berufungsschrift dem Schriftformerfordernis genügt. Dieses Schriftformerfordernis, das grundsätzlich nur dann erfüllt ist, wenn der Schriftsatz handschriftlich unterschrieben ist, soll gewährleisten, dass aus dem Schriftsatz der Inhalt der Erklärung, die abgegeben werden soll, und die Person, von der sie ausgeht, hinreichend zuverlässig entnommen werden können. Ferner muss feststehen, dass es sich bei dem Schriftstück nicht nur um einen Entwurf handelt, sondern dass es mit Wissen und Willen des Ausstellers dem Gericht zugeleitet worden ist (vgl. Bundessozialgericht - BSG - [SozR 3-1500 § 67 Nr. 21](#)). Dabei muss sich bereits aus dem Schriftsatz für sich allein oder in Verbindung mit beigefügten Unterlagen der Urheber und sein Wille, das Schreiben in den Rechtsverkehr zu bringen, hinreichend sichtbar ergeben, ohne dass darüber Beweis erhoben werden müsste (vgl. BSG [SozR 3-1500 § 151 Nr. 4](#)).

Diese Kriterien sind hier erfüllt. Zwar ist die auf der Berufungsschrift befindliche Unterschrift nicht lesbar; der Name des Prozessbevollmächtigten, von dem sie stammt (hier: Rechtsanwalt S), lässt sich nicht entziffern. Aus dem Schriftsatz ergibt sich jedoch mit hinreichender Deutlichkeit, dass er von Rechtsanwalt S herrührt, weil im Kopf des Schriftsatzes nicht nur sein Name, sondern auch seine E-Mail- und Internetadressen aufgeführt sind, die sich wiederum im Wesentlichen aus seinem Namen und seiner Berufsbezeichnung zusammensetzen. Zudem entspricht die Berufungsschrift auch von ihrem Aufbau und ihrem Schriftbild her den im Rechtsverkehr allgemein üblichen Gepflogenheiten, so dass auszuschließen ist, dass dem Gericht hier nur ein bloßer Entwurf zugeleitet worden ist.

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Denn das angegriffene Urteil ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die ihm zugrunde liegende Klage ist zulässig, aber unbegründet. Die Beklagte hat den der Klägerin für das Quartal I/00 zustehenden Honoraranspruch in zutreffender Höhe festgestellt.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 SGB V](#) in der Fassung des zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999. Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen zu, die gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu verteilen sind. Bei der Verteilung sind gemäß [§ 85 Abs. 4 Sätze 2 und 3 SGB V](#) Art und Umfang der von dem betroffenen Vertragsarzt erbrachten - abrechnungsfähigen - Leistungen nach Maßgabe der Regelungen im HVM zu berücksichtigen. Hierbei muss der HVM gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte enthalten, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) hat gemäß [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#) erstmalig bis zum 28. Februar 2000 der Bewertungsausschuss zu bestimmen. Zu diesen Kriterien gehören insbesondere solche zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; ferner obliegt es dem Bewertungsausschuss, den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) zu treffenden Regelungen zu bestimmen.

Den vorgenannten Bestimmungen hält der Honorarbescheid der Beklagten stand. Hierbei bestehen zunächst keine Bedenken dagegen, dass die Beklagte in ihrem HVM nur noch zwischen Hausärzten und Fachärzten unterschieden hat. Diese Unterscheidung beruht auf der zwingenden Vorgabe des [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#), wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu verteilen haben. Diese Vorgabe bedeutet, dass zur Vergütung hausärztlicher Leistungen nur das Honorarkontingent für den hausärztlichen Versorgungsbereich zur Verfügung steht und fachärztliche Leistungen ausschließlich aus dem strikt getrennten Honorarkontingent für die fachärztliche Versorgung finanziert werden dürfen mit der Folge, dass Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, nur die leistungsproportionale Teilhabe am Honorarkontingent der Hausärzte beanspruchen können und Vertragsärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, mit ihrem Anspruch auf leistungsproportionale Teilhabe an den Gesamtvergütungen auf das Honorarkontingent der Fachärzte beschränkt sind. Auch punktwertausgleichende Stützungsmaßnahmen zwischen beiden Versorgungsbereichen kommen nicht in Betracht (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 24](#)).

Im Übrigen folgt die von der Beklagten vorgenommene Unterscheidung zwischen Haus- und Fachärzten dem auf [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#) gestützten Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Trennung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung (DÄBl 2000, A-556, abgedruckt auch bei Engelmann (Hrsg); Gesetzliche Krankenversicherung - Soziale Pflegeversicherung, Nr. 766), dessen Vorgaben ebenso wie diejenigen in [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#), auf denen er beruht, mit Verfassungsrecht im Einklang stehen (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 26](#)).

Dass der Beklagten bei der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 Fehler unterlaufen sein könnten, macht die Klägerin selbst nicht geltend. Hierfür ist auch sonst nichts ersichtlich. Als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie fällt sie unter das Honorarkontingent der Fachärzte. Ihrem - auch ansonsten neben der Sache liegenden - Hinweis darauf, dass sie Leistungen erbringe, die der hausärztlichen Grundversorgung zuzurechnen seien, kommt bereits vor diesem Hintergrund keine Bedeutung zu.

Dass die Beklagte im Rahmen des Honorarkontingents der Fachärzte nur zwischen den im Abschnitt G IV EBM-Ä geregelten und von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten erbrachten genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen, den Großgeräteleistungen/ Leistungen der Strahlentherapie und den übrigen Leistungen unterschieden hat, erweist sich als unbedenklich. Denn eine Verpflichtung, den einzelnen Arztgruppen im HVM getrennte Honorarkontingente zuzuordnen, besteht insbesondere vor dem Hintergrund der zum 1. Januar 2000 gesetzlich vorgeschriebenen Neugestaltung der Vergütung hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung grundsätzlich nicht (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#)). Vor allem reichen insoweit die Unterschiede zwischen den praxisbudgetierten und den nicht praxisbudgetierten Arztgruppen im Sinne der seinerzeit noch geltenden Regelungen des Abschnitts A I B EBM-Ä für sich genommen nicht aus, davon auszugehen, dass sich der der Beklagten als Normgeber bei der Ausformung ihres HVM zustehende Entscheidungsspielraum zugunsten getrennter Fachgruppentöpfe auf Null reduziert haben könnte (vgl. BSG wie vor). Damit bestehen zugleich keine Bedenken dagegen, dass der HVM für Leistungen von nicht praxisbudgetierten Ärzten, zu denen die Klägerin mit ihrer Fachgruppe gehört, keine eigenen Punktwerte mehr vorsieht.

Dass die Beklagte mit Blick auf die Zeitbindung zahlreicher der von der Fachgruppe der Klägerin erbrachten Leistungen (die Klägerin hat z. B. 245 x die Leistung der Nr. 846 EBM-Ä mit einer Dauer von mindestens 40 Minuten erbracht) für diese Fachgruppe keinen besonderen Honorarfonds geschaffen hat, ist nicht zu beanstanden. Denn der Zeitfaktor spielt nur für die im Honorarfonds Psychotherapie zusammengefassten Leistungen, d. h. die im Abschnitt G IV des EBM-Ä geregelten und von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten erbrachten genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen, eine besondere Rolle. Die Schaffung dieses Honorarfonds ist auf die - mit Verfassungsrecht im Einklang stehenden (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#)) - Bestimmungen der [§§ 85 Abs. 4 Satz 4, Abs. 4 a Satz 1](#), letzter Halbsatz SGB V zurückzuführen. Hiernach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im HVM Regelungen - nur - zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten und deren Inhalt der Bewertungsausschuss zu bestimmen hat. Den Inhalt der Regelungen hat der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 16. Februar 2000 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten (DÄBl 2000, A-877) bestimmt und seine Regelungen in Anlehnung an die vorausgegangene Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Vergütung der Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend bzw. ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (vgl. grundlegend BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)), auf die Vertragsärzte und -therapeuten, die mindestens 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus den Leistungen des Abschnitts G IV und des Abschnitts G V EBM-Ä sowie den Leistungen nach den Nrn. 855 bis 858 des Abschnitts G III EBM-Ä generieren, sowie die antrags- und genehmigungspflichtigen und zeitgebundenen Leistungen des Abschnitts G IV EBM-Ä beschränkt. Diese - zwingenden - Vorgaben hat die Beklagte in ihren HVM übernommen. Sie hätte hierbei zwar eine Erweiterung sowohl des Personenkreises als auch der Leistungen regeln dürfen. Eine Verpflichtung hierzu hat jedoch im Lichte der angeführten Rechtsprechung des BSG nicht bestanden.

Wie das BSG zwischenzeitlich entschieden hat, ist der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten allerdings rechtswidrig, weil er an anderer Stelle auf strukturellen Fehlfestlegungen beruht, was zwangsläufig die Teilnichtigkeit des HVM der Beklagten nach sich zieht (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#)). Auf diese Teilnichtigkeit kann sich die Klägerin jedoch nicht mit Erfolg stützen, weil sie zu einem insoweit nicht betroffenen Personenkreis gehört. Dass der Bewertungsausschuss mittlerweile am 29. Oktober 2004 rückwirkend zum 1. Januar 2000 einen neuen Beschluss zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten erlassen hat (DÄBl 2004, A-574), führt zu keinem anderen Ergebnis. Die Beklagte muss diesen Beschluss zwar in den noch nicht rechtskräftig abgeschlossenen Fällen beachten. Auch dieser Beschluss befasst sich jedoch nur mit den im Abschnitt G IV EBM-Ä geregelten genehmigungsbedürftigen und zeitabhängigen Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten und bringt damit für die Klägerin und ihre Fachgruppe keine Besserstellung.

Dass der Gesetzgeber im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) dahingehend geändert hat, dass im HVM Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen sind, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten, führt ebenfalls zu keinem anderen Ergebnis. Denn diese Änderung ist erst zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Sie signalisiert nicht, dass die frühere Nichtberücksichtigung insbesondere der Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater rechtswidrig gewesen sein könnte, sondern zeigt nur an, dass diese Fachgruppe auch schon früher hätte einbezogen werden können. Auf ihrer Grundlage hat der Bewertungsausschuss den Inhalt der im HVM zu treffenden Regelungen zur angemessenen Vergütung je Zeiteinheit neu bestimmt (vgl. DÄBl 2004, A-575) und sich hierbei wiederum nur auf die - von der Klägerin im Quartal I/00 nicht erbrachten - genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen des Abschnitts G IV EBM-Ä bezogen. Letzteres ist bei sachgerechter Auslegung der Neufassung des Gesetzes im Lichte der Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Vergütung der überwiegend bzw. ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten (vgl. grundlegend BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)) nicht zu beanstanden mit der Folge, dass auch der HVM-Geber keine weiteren Leistungen berücksichtigen muss.

Auch unter Berücksichtigung des in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochenen Gebots leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie des aus [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) herzuleitenden Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit hätte die Beklagte hier für die Fachgruppe der Klägerin keinen besonderen Honorarfonds schaffen oder spezielle Stützungsmaßnahmen ergreifen müssen. Denn ausweislich der von der Beklagten überreichten Fallzahl- und Fallwertstatistiken haben die Fachärzte im Zuständigkeitsbereich der Beklagten zwar bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 1.433 und einem durchschnittlichen Fallwert von 30,01 EUR im Quartal I/00 im Schnitt ein Honorar in Höhe von 43.004,33 EUR erzielt, das die Klägerin mit der ihr gezahlten Vergütung in Höhe von (45.894,85 DM =) 23.465,66 EUR deutlich unterschritten hat. Diese Unterschreitung ist jedoch nicht auf die Regelungen des erst zum 1. Januar 2000 neu gefassten Honorarverteilungsmaßstabs der Beklagten zurückzuführen, die von der Beklagten beim Auftreten eventueller Verwerfungen im Übrigen auch erst nach einer Beobachtungszeit von mindestens vier Quartalen hätten korrigiert werden müssen. Vielmehr beruht die - durch vergleichsweise niedrigere Praxisunkosten der Fachgruppe der Klägerin von höchstens 40 % ohnehin zu relativierende - Honorarunterschreitung neben der niedrigen Fallzahl der Klägerin von 349 Behandlungsfällen gegenüber 1.433 Behandlungsfällen der Fachärzte im Allgemeinen bzw. 903 Behandlungsfällen der Fachgruppe der Psychiater/Neurologen erkennbar auf Problemen, die für eine Anfängerpraxis typisch sind. Denn ausweislich der von der Beklagten überreichten Honoraraufstellung hat sich das Honorar der erst seit Juni 1999 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Klägerin schon ab dem Quartal I/01 auf deutlich höhere Werte eingependelt. So hat ihr Honorar für das Quartal I/01, in dem sie erstmalig an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilgenommen hat, bereits 42.917,30 EUR betragen und damit nur noch knapp unter dem auf einem Fallwert von 30,90 EUR beruhenden durchschnittlichen Honorar aller Fachärzte in Höhe von 43.476,30 EUR gelegen. Für die darauf folgenden Quartale sind ihr unter Berücksichtigung späterer Nachvergütungen dann sogar Honorare in Höhe von 45.363,08 EUR (Quartal II/01), 47.321,07 EUR (Quartal III/01) und 48.907,32 EUR (Quartal IV/01) gezahlt worden, mit denen sie die durchschnittlichen Honorare aller Fachärzte in Höhe von lediglich 41.108,76 EUR (Quartal II/01), 40.225,57 EUR (Quartal III/01) und 40.901,68 EUR (Quartal IV/01) um jeweils mehr als 4.000,00 EUR überschritten hat. Eine ungerechtfertigte Benachteiligung der Fachgruppe der Klägerin lässt sich damit nicht feststellen.

Auch aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. dem in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) festgeschriebenen Grundsatz angemessener Vergütung kann die Klägerin einen Anspruch auf Zuerkennung höheren Honorars nicht herleiten. Denn nach den genannten Bestimmungen kommt ein subjektiv-rechtlicher Anspruch auf höhere Vergütung ausnahmsweise nur dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)). Hierfür bestehen indes mit Blick auf die oben bereits dargestellten Zahlen keine Anhaltspunkte.

Dass das vertragsärztliche Vergütungssystem in seiner Gesamtheit gegen europäisches Wettbewerbsrecht, d. h. [Art. 81](#) des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, verstoßen könnte, ist nicht ersichtlich. Die genannte Vorschrift ist nach ihrem sachlichen Gehalt nicht auf das vertragsärztliche Vergütungssystem anwendbar, weil die an der Vergütung beteiligten Institutionen, d. h. insbesondere die Krankenkassen bei der Entrichtung der Gesamtvergütungen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Honorarverteilung, nicht unternehmerisch tätig werden. Sie kommen vielmehr lediglich den ihnen gemäß [§§ 85 ff. SGB V](#) auferlegten Pflichten nach, die allein den Zweck verfolgen, "den Fortbestand des deutschen Systems der sozialen Sicherheit sicherzustellen". Insoweit kann die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur Tätigkeit der Krankenkassenverbände bei der Festbetragsfestsetzung (vgl. Urteil vom 16. März 2004 - [C-264/01](#) -, zitiert nach juris) sowie die Rechtsprechung des BSG zur Tätigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beim Abschluss von Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 135 Nr. 10](#)) auf die an der Vergütung beteiligten Institutionen übertragen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Rechtsstreits in der Sache selbst.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil ein Grund hierfür nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved
2008-01-31