

L 7 Ka 870/96

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 27 Ka 2523/94

Datum
19.06.1996

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 Ka 870/96

Datum
10.12.1997

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 19. Juni 1996 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Im übrigen haben die Beteiligten einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Es geht in dem Rechtsstreit um die Honorarbescheide des Klägers für die Quartale I und II/93 und dabei um die Angemessenheit der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen.

Der Kläger ist in als Arzt für Psychiatrie niedergelassen, als Vertragsarzt zugelassen und hat in den streitbefangenen Quartalen gegenüber der Beklagten ausschließlich psychotherapeutische Leistungen abgerechnet, und zwar nach EBM die Nummern:

865 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis zu 25 Sitzungen (Kurzzeittherapie), je Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)
875 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung, je Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)
877 Analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung, je Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)
878 Analytische Psychotherapie als Gruppenbehandlung (6 bis 9 Teilnehmer), je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 100 Minuten, höchstens 2 Sitzungen pro Tag). Im Quartal I/93 behandelte der Kläger 7 Patienten der Primärkassen und 33 der Ersatzkassen und rechnete folgende Leistungen ab:

Nr. 865 = 16
Nr. 875 = 12
Nr. 877 = 270
Nr. 878 = 318 (davon 154 Primärkassen)

Mit 2 Honorarzusammenstellungen (ohne Datum) bewilligte die Beklagte dem Kläger folgendes Nettohonorar:

DM 40.118,20 (Arzt-Nr. 94/4438705) und DM 3.157,75 (Arzt-Nr. 59/4438705).

Hiergegen hat der Kläger am 3. November 1993 Widerspruch erhoben im wesentlichen mit der Begründung, durch des Absinken des Honorars sei für seine Praxis eine existenzbedrohende Situation entstanden. Die psychotherapeutischen Leistungen würden nicht mehr angemessen vergütet. Die Beklagte habe ihre Möglichkeit der Honorarverteilung nicht genutzt.

Im Quartal II/93 behandelte der Kläger 9 Patienten der Primärkassen und 29 der Ersatzkassen und rechnete folgende Leistungen

ab:
Nr. 865 = 16
Nr. 875 = 5
Nr. 877 = 214 (davon 18 Primärkassen)

Nr. 878 = 224 (davon 112 Primärkassen)

Mit Honorarzusammenstellung (ohne Datum) bewilligte die Beklagte dem Kläger folgendes Nettohonorar: DM 31.439,44 (Arzt-Nr. 94/4438705), DM 2.641,58 (Arzt-Nr. 59/4438705).

Hiergegen hat der Kläger am 30. Dezember 1993 Widerspruch erhoben mit der bisherigen Begründung. Mit Widerspruchsbescheid vom 28. Juni 1994 hat die Beklagte den Widerspruch zurückgewiesen mit der Begründung, die gesetzlichen Vorschriften gestatteten es nicht, Sonderentgelte für psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Budgets zu vereinbaren. Es sei auch gerechtfertigt, die psychotherapeutischen Leistungen der Honorargruppe 6 zuzuordnen, der 80 % der ärztlichen Leistungen angehörten. Bei psychotherapeutischen Leistungen werde der Nachteil der festen Zeitvorgabe durch den Vorteil der geringen Investitionskosten ausgeglichen während bei anderen ärztlichen Leistungen der Vorteil der Rationalisierungsmöglichkeiten mit einem sehr viel höheren Investitionsvolumen ermöglicht werde. Selbst, wenn psychotherapeutische Leistungen einer eigenen Honorargruppe zugeführt worden wären, wäre der Punktwert dadurch zusätzlich gefallen, da im Quartal I/93 der Leistungsbedarf bei psychotherapeutischen Leistungen gegenüber Quartal I/91 um 36,89 % und im Quartal II/93 gegenüber II/91 um 28,3 % angewachsen sei durch starkes Anwachsen der Zahl der Behandler. Deshalb stützten die anderen ärztlichen Leistungen die überproportionalen Zuwächse in der Psychotherapie. Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit einem festen Punktwert hätte zur Folge, daß dies zu Lasten anderer Leistungen gehen würde. Hierzu bestehe keine rechtliche Notwendigkeit und es habe sich in der Abgeordnetenversammlung hierfür keine Mehrheit finden lassen. Die Quotierung beruhe auf dem Gesundheitsstrukturgesetz, das ein Honorarbudget vorsehe, das für 1993 als Ausgangspunkt das Honorarvolumen 1991 zugrunde lege, mit vielfältigen Zu- und Abschlägen. Einen Vertrauensschutz für eine feste Vergütung könne es bei einem solchen System nicht geben. Die Bekanntmachung der Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) am 1.5.1993 im Hessischen Ärzteblatt stelle keine unzulässige Rückwirkung dar, da nicht in einen abgeschlossenen Sachverhalt eingegriffen worden sei. Zu diesem Zeitpunkt habe die Verteilung der Gesamtvergütung für die streitbefangenen Quartale noch bevorstanden.

Hiergegen hat der Kläger am 26. Juli 1994 Klage erhoben. Er hat u.a. vorgelegt eine Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vom 17. Juni 1993, "Zur wirtschaftlichen Lage der Vertragspsychotherapeuten in der KV Nordbaden", "Vergleich der Einkommen der Psychotherapeuten mit Einkünften anderer Ärzte", "Betriebswirtschaftliche Analyse und Kalkulation ausgewählter Gebührenziffern für Psychotherapeuten-Praxen" (im 2. Quartal 1995), "Umfrage der VVP Südbaden - Vertragspsychotherapeuten 1993", sowie "Gutachten über die Verfassungsmäßigkeit des Art. 26 Gesundheitsstrukturgesetz" (Prof. H.)

Der Kläger hat u.a. vorgetragen, sein Jahreseinkommen aus seiner Psychotherapiepraxis, die er volltags mit einem 50-Wochenstundendeputat betreibe, habe sich im Kassenarztbereich 1993 auf DM 63.000,- belaufen, abzüglich Steuern und Versicherungen. Dies bedeute, daß die Psychotherapie-Honorare im Schnitt seit langem mindestens 50 % zu niedrig seien. Die Stellungnahme der Beklagten zu dem Gutachten von sei unseriös und unsubstantiiert. Von einer Angemessenheit der Vergütung der Psychotherapeuten könne deshalb im Bereich der Beklagten nicht mehr gesprochen werden. Das verbleibende Einkommen liege weit unterhalb desjenigen anderer niedergelassener Ärzte oder auch angestellter Ärzte. Diese Entwicklung der Honorierung sei existenzbedrohend. Das unzureichende Ergebnis der reinen psychotherapeutischen Praxis werde von den vorgelegten Stellungnahmen und betriebswirtschaftlichen Auswertungen in vollem Umfang bestätigt. Damit sei auch der Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit verletzt. Dies insbesondere auch deshalb, weil den sog. Erstattungspsychologen mittlerweile höhere, weil feste Honorare gezahlt würden. Wenn die Beklagte darauf hinweise, daß es ihr in der vorhergehenden Zeit gelungen sei, für psychotherapeutische Leistungen einen festen Punktwert auszuhandeln, dann ergebe sich daraus gerade die Notwendigkeit auch aus der Sicht der Beklagten, den Punktwert auch für die streitbefangenen Quartale zu stabilisieren. In den Vertragsverhandlungen mit der KBV zum EBM seien als Mindesthonorar für eine Einzelstunde DM 150,- als angemessen anerkannt worden. Die angefochtenen Bescheide seien deshalb aufzuheben und die Beklagte zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verurteilen.

Die Beklagte hat u.a. vorgetragen, ihr HVM sehe entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts den EBM als Grundlage für die Leistungsabrechnung vor und treffe dann eine spezielle Verteilungsregelung. Die Bindung an den EBM schließe jedoch eine Höherbewertung der einzelnen Leistung durch Zuerkennung höherer Punktwerte aus; dies sei vom Kläger auch nicht verlangt worden. Ab I/93 seien die psychotherapeutischen Leistungen dem allgemeinen Honorartopf zugeführt worden, so daß sie mit demselben Punktwert vergütet würden, wie diejenigen 85 % der ärztlichen Leistungen, die nicht einem Sondertopf zugeführt worden seien. Der Kläger müsse sich auch mit den anderen niedergelassenen Ärzten vergleichen lassen und nicht mit den angestellten Ärzten. Die Bildung einer eigenen Honorargruppe für psychotherapeutische Leistungen hätte noch zu einem niedrigeren Punktwert geführt, da es in diesem Bereich eine enorme Leistungsausweitung gegeben habe, u.a. durch einen überdimensionalen Zuwachs allein psychotherapeutisch tätiger Ärzte. Zumindest für den Budgetzeitraum (1993 bis 1995) müsse sich die Angemessenheit der Vergütung auch an den Vorgaben des [§ 85 Abs. 3 a SGB V](#) orientieren. Gegenüber 1992 habe der Kläger für 1993 einen Umsatzverlust von 8,46 % hinnehmen müssen. Aber auch Allgemeinärzte und praktische Ärzte hätten hohe Umsatzeinbußen erlitten, die Gruppe der Radiologen sogar um 10 %. Die Beklagte habe als Konsequenz bei bestimmten Sondertöpfen Mindestpunktwerte eingebaut. Dies werde aber den Interessen des Klägers nicht gerecht, dessen Vergütung sich nach dem allgemeinen Punktwert richte. Auf die Festsetzung eines festen Punktwertes oberhalb des allgemeinen Punktwertes habe der Kläger keinen Anspruch.

Die Beklagte hat u.a. vorgelegt eine Zusammenstellung der Entwicklung des Punktwertes für psychotherapeutische Leistungen, Statistiken über Entwicklung der Arztzahlen sowie der Honorarumsätze und den 2. Widerspruchsbescheid vom 24.8.1995 (Ersatzkassen) unter Hinweis auf die Bekanntmachung des HVM-Ersatzkassen am 23.6.1995 für 1993.

Mit Urteil vom 19. Juni 1996 (in 5 verbundenen Parallelverfahren) hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Klage abgewiesen und u.a. damit begründet, die angefochtenen Honorarbescheide seien rechtmäßig. Gegen die rückwirkende Inkraftsetzung des HVM-Ersatzkassen für die Quartale I bis III/93 bestünden keine Bedenken, da es insoweit zu keinen - jedenfalls neuen oder weiteren - Benachteiligungen des Klägers gekommen sei. Es sei damit lediglich die auf der vertraglichen Abmachung bestehende Verteilung nachvollzogen worden. Die Bekanntmachung der Änderung des HVM im Mai 1993 bezüglich des Primärkassenbereichs stelle keine unzulässige Rückwirkung dar, da nicht in einen abgeschlossenen Sachverhalt eingegriffen werde. Die Beklagte sei nicht verpflichtet gewesen, für psychotherapeutische Leistungen eine eigene Honorargruppe zu bilden oder einen festen Punktwert zu garantieren. Die Frage, ob eine besondere Honorargruppe zu bilden sei, falle in die Entscheidungsprärogative der Beklagten, in die die Gerichte nicht eingreifen dürften. Aus dem Grundsatz der

Angemessenheit der Vergütung folge nicht, daß eine Einzelleistung in bestimmter Weise zu vergüten sei. Ein subjektives Recht könne nur ausnahmsweise erwachsen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das Kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet werde. Bereits aus dem Umstand weiterer Zulassungen sei zu folgern, daß eine generelle Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung nicht gegeben sei. Aus den vorgelegten Gutachten und Stellungnahmen könne nicht geschlossen werden, daß das Führen einer psychotherapeutischen Praxis heute nicht mehr möglich sei. Zum einen widerlege diese Annahme allein die Zunahme der niedergelassenen Psychotherapeuten. Zum anderen basierten alle Modellrechnungen auf standespolitisch zu bewertenden Grundannahmen. Auch wenn zuzugestehen sei, daß nur ein Einkommen verbleibe, das im unteren Bereich oder unterhalb der Ärztteeinkommen liege, so gebe es keine Rechtsnorm, aus der eine Anhebung der Vergütung zu folgern sei. Jedenfalls könne der HVM insoweit nicht als willkürlich bezeichnet werden, daß der Kläger unangemessen benachteiligt sei, insbesondere unter Deckelung des Gesamthonorarvolumens. Insofern trage der Kläger das Risiko eines freiberuflich Tätigen, der keine Garantie für eine feste Vergütung beanspruchen könne. Das vorgelegte Gutachten der Henker-Consulting sei nicht geeignet, eine willkürliche Benachteiligung der Erbringer psychotherapeutischer Leistungen nachzuweisen. Zutreffend habe die Beklagte auf die unterschiedlichen Kostenstrukturen hingewiesen sowie die nicht nachvollziehbaren Kostengrößen des Gutachtens. Unter Berücksichtigung der aufwendigen Ausbildung müßte an und für sich ein entsprechendes Honorar erzielbar sein und es bestehe für die Beklagte durchaus Anlaß, über die Honorargerechtigkeit nachzudenken. Es sei aber keine Rechtsnorm ersichtlich, die der Beklagten oder dem Gericht eine verbindliche Vorgabe über das ärztliche Einkommen geben würde. Die Beklagte sei an EBM bzw. BMÄ und E-GO gebunden. Die Gerichte seien nicht befugt, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Leistungen in die Bewertung des Bewertungsmaßstabes einzugreifen. Die Bewertung der hier strittigen psychotherapeutischen Leistungen sei aus rechtlicher Sicht nicht zu beanstanden, insbesondere sei eine mißbräuchliche oder willkürliche Ausübung der Bewertungskompetenz nicht zu erkennen. Anhaltspunkte für eine Verfassungswidrigkeit der [§§ 72 Abs. 2](#) und 85 SGB V seien nicht ersichtlich. Es werde Sache der zuständigen Bewertungsgremien und der Beklagten sein, von sich aus die Vergütung der umstrittenen Leistungen zu überprüfen. Insoweit hätten die Bewertungsgremien mit der Neufassung des EBM die Punktzahl der strittigen Leistungen ab diesem Jahr erhöht. [Artikel 12 GG](#) sei nicht verletzt. Die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen betreffe nicht die Freiheit der Berufswahl des Arztes, sondern die Berufsausübung. Die HVM der Beklagten seien auf der Grundlage der genannten gesetzlichen Regelungen erlassen worden. Anhaltspunkte für eine Verfassungswidrigkeit der [§§ 72 Abs. 2](#) und 85 SGB V seien nicht ersichtlich.

Hiergegen hat der Kläger am 8. Juli 1996 Berufung eingelegt. Der Kläger trägt vor, von einer angemessenen Vergütung i.S. von [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) könne nicht mehr gesprochen werden, da nach Abzug der Praxiskosten ihm wie seinen Kollegen kein "angemessener Verdienst" mehr verbleibe, wie mit dem Gutachten und den übrigen Unterlagen in der ersten Instanz nachgewiesen worden sei. Dies könne nicht substantiiert bestritten werden. Als erforderliche Mindestvergütung für die Einzeltherapie (EBM Nr. 865) ergebe sich nach der Kalkulation der KBV ein Betrag von DM 152,40 nach Henker-Consulting von DM 151,26. Die Psychotherapeuten lägen mit weitem Abstand an der untersten Grenze der Arzteinkommen, die statistische Verteilung brähe bei Umsätzen von über DM 140.000,- praktisch ab. Aus der zwischenzeitlichen Erhöhung der Psychotherapieleistungen von 900 bzw. 1.000 Punkten auf 1.450 ergebe sich ebenfalls die frühere eklatante Unterbewertung. Die KBV und die Krankenkassen sähen in ihrem gemeinsamen Empfehlungsschreiben einen Betrag von DM 132,-/Behandlungsstunde (durch einen gestützten Mindestpunktwert von 9,13 Pf) als (noch) angemessenes Honorar an. In Bayern und Rheinhessen sei ein Stundensatz von DM 145,- (Punktwert 10 Pf) durchgesetzt worden, in Westfalen-Lippe 10 Pf im Ersatzkassenbereich, 9 Pf im Primärkassenbereich, AOK Rheinland 10 Pf. Es sei bekannt, daß der größte Teil der Allgemein- und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse, de facto aus Kostengründen keine Psychotherapieleistungen mehr durchführten. Die dadurch unversorgten Patienten würden durch sog. "Erstattungspsychotherapeuten" versorgt, die jedoch fast durchweg nicht über die fachliche Qualifikation verfügten, die in den Psychotherapierichtlinien für die vertragsärztliche Versorgung gefordert werde. Hierfür gäben die Krankenkassen bundesweit etwa einen gleich großen Betrag aus, wie für die vertragsärztliche Richtlinienpsychotherapie. Damit stehe fest, daß die Sicherstellung einer quantitativ ausreichenden Versorgung mit Psychotherapie nicht nur gefährdet, sondern tatsächlich nicht möglich sei. Durch die unterschiedliche Honorierung liege ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) vor. Die unzureichende Honorierung führe zum Wegfall der Supervision und Fortbildung und zur Behandlung von mehr Patienten als zumutbar und mit Qualität leistbar sei. Bei der Darstellung der betriebswirtschaftlichen Situation seiner Praxis blieben etwaige Einnahmen aus nicht kassenärztlicher Tätigkeit außer Ansatz. Woher er zusätzliche Finanzmittel zur Sicherung seiner Existenz beziehe, sei nur von untergeordnetem Interesse. Nach der Zusammenstellung des Steuerberaters habe er 1993 einen Gewinn aus kassenärztlicher Tätigkeit i.H. von DM 73.498,84 erwirtschaftet bei 51,1 Stunden pro Woche (I/93) und Gesamteinnahmen von DM 159.680,24. 1996 habe sich die Situation deutlich verbessert bei einer Punktzahl von 1.450 pro Einzelsitzung und einem festen Punktwert von 8,5 Pf mit einem KV-Umsatz von DM 169.683,63 bei einer Verminderung der Kassentätigkeit gegenüber 1993. Dies spiegele seine Bemühungen wieder, seine wirtschaftliche Existenz durch andere Tätigkeiten abzusichern. Bei den Personalkosten seien DM 8.000,- für Notdienst-Vertretungen enthalten, die die ihn vertretenden Allgemeinmediziner erhielten. In den Jahren 1979 bis 1989 seien ihm mindestens DM 240.000,- als Ausbildungskosten entstanden, die ebenfalls wie die Praxisgründungsinvestitionen von DM 30.000,- mit 8,5 % zu verzinsen seien und deshalb zu jährlichen Finanzierungskosten von DM 22.800,- führten. Ein weiterer Nachteil der psychotherapeutischen Praxen sei die fehlende Vertretungsmöglichkeit im Krankheitsfall. Außerdem könne er nur den Ausfall des Praxisüberschusses versichern lassen, während die fixen Kosten weiterliefen.

Der Kläger hat u.a. die Honorarzusammenstellungen der Jahre 1993 und 1996, eine Gewinnermittlung des Steuerberaters G. vom 31.7.1997 (für das Jahr 1993, nur Einnahmen aus kassenärztlicher Tätigkeit), sowie eine Arbeitszeitberechnung vorgelegt. Der Kläger hat ferner vorgelegt ein Gutachten der D. T. G. "Bericht über die Auswertung der empirischen Erhebung Praxis- und Kostenstruktur "Ärzte in freier Praxis" für die KBV" (durchgeführt von Juli 1996 bis Juli 1997).

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 19. Juni 1996 sowie die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I und II/93 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 28. Juni 1994 und vom 24. August 1995 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über die Honorarforderungen der Quartale I und II/93 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, hilfsweise,
die Revision zuzulassen.

Die Beklagte und die Beigeladenen zu 1) bis 4) beantragen,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor die Vertragsärzte seien nicht unmittelbarer Normadressat des [§ 72 Abs. 2 SGB V](#). Die vom Kläger vorgebrachten Umstände zeigten nicht auf, daß das kassenärztliche System insgesamt gefährdet sei. Ein richterlicher Eingriff in das Tarifgefüge des kassenärztlichen Versorgungssystems sei keinesfalls gerechtfertigt. Der Gesetzgeber habe die Schaffung des EBM dem paritätisch mit Vertretern der Bundesmantel-Vertragspartner besetzten Bewertungsausschuß übertragen. Diese paritätische Zusammensetzung bewirke, daß die unterschiedlichen Interessen der beteiligten Gruppen zum Ausgleich kämen. Wegen der besonderen Sachnähe komme diesem ein eigener Regelungsspielraum zu. Nur, wenn dieser Regelungsspielraum überschritten sei oder der Ausschuß sich von sachfremden Erwägungen habe leiten lassen, die zu einer bewußten Benachteiligung einer ärztlichen Gruppe führe, dürfe ein Eingriff von außen erfolgen. Die Zuordnung der psychotherapeutischen Leistungen ab I/93 in die Honorargruppe, die 85 % aller Leistungen beinhalte, liege im Ermessen der Beklagten und sei gerichtlich nur beschränkt überprüfbar. Die Verteilung der Vergütung und damit auch die Vergütung der einzelnen Fachgruppen erfordere die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Das Berufsbild des Psychotherapeuten werde geprägt von der persönlichen Leistungserbringung (ohne Vertretungsmöglichkeit) und dem zusätzlichen Zeit- und Kostenaufwand für Supervision und Fortbildung. Soweit diese Faktoren auf die defizitäre Rentabilität einer Praxis durchschlugen, zähle dies zu dem allgemeinen Berufsrisiko des Psychotherapeuten. Eine verbindliche gesetzliche Vorgabe, welche die Höhe des ärztlichen Honorars bestimmten, existierten nicht. Insbesondere seien die psychologischen Gesprächsleistungen in § 85 nicht als besonders förderungswürdig aufgelistet. Als handlungs- und nicht erfolgsorientierte Tätigkeiten seien die Gesprächsleistungen auch nur in Mindestzeittakten zu bewerten. Die Zeitvorgaben entsprächen deswegen gerade den Besonderheiten der Leistungen. Die einzige wirksame Maßnahme, die dem Anliegen der Psychotherapeuten Rechnung trage, sei die Schaffung eines festen Punktwertes; dies sei ab 1.1.1996 mit einem festen Punktwert von 8,5 Pf erreicht worden, ohne daß hierzu eine Rechtspflicht bestanden habe. Aus dieser Maßnahme könne auch nicht rückschauend eine Rechtswidrigkeit der früheren Regelung abgeleitet werden. Soweit der Kläger eine Ungleichbehandlung von Psychotherapeuten und Erstattungs-Psychotherapeuten rüge, gehe dies schon deshalb fehl, da die Beklagte in keinerlei Beziehung zu den Erstattungs-Psychotherapeuten stehe und deren Vergütung außerhalb des gesetzlich vorgesehenen vertragsärztlichen Versorgungssystems stehe. Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Gerichtsakten ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt, [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die Berufung ist auch zulässig. Der Senat konnte im Termin zur mündlichen Verhandlung am 10. Dezember 1997 auch in Abwesenheit von Vertretern der Beigeladenen zu 5) bis 7) verhandeln und entscheiden, da alle Beteiligten rechtzeitig und ordnungsgemäß geladen und dabei darauf hingewiesen worden waren, daß auch im Falle ihrer Abwesenheit verhandelt und entschieden werden könne.

Die Berufung ist jedoch unbegründet.

Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 19. Juni 1996 ist nicht zu beanstanden, soweit es den Kläger betrifft (hinsichtlich der übrigen verbundenen Parallelverfahren ist es im vorliegenden Verfahren nicht streitgegenständlich).

Die Honorarbescheide der Beklagten sind in den streitbefangenen Quartalen I und II/93 zu Recht ergangen. Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Neubescheidung seiner geltend gemachten Honorarforderungen nach [§§ 72 Abs. 2](#) letzter Halbsatz, [75 Abs. 2 Satz 1](#), [82 Abs. 2](#), [85 Abs. 3](#) u. 4, [87 Abs. 1](#) u. 2 SGB V. Die Beklagte hat die vom Kläger geltend gemachten Einzelleistungen ausschließlich aus dem Bereich der psychotherapeutischen Leistungen in Übereinstimmung mit EBM und HVM honoriert. Sie hat die sich aus dem EBM ergebenden Punktzahlen mit den sich aus dem HVM unter Berücksichtigung der Zugehörigkeit zur Honorargruppe 6 (alle übrigen Leistungen) errechneten Punktwerten multipliziert und dem Kläger als Bruttohonorar gutgebracht. Darin kann ein Rechtsverstoß nicht gesehen werden. Wegen der Begründung im Einzelnen wird auf die Ausführungen des erstinstanzlichen Urteils zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen, [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

Ergänzend weist der erkennende Senat darauf hin, daß das neu vorgelegte -Gutachten zu keinem abweichenden Ergebnis führt. Zunächst wird darin bestätigt, daß die ärztlichen Psychotherapeuten mit der geringsten (prozentualen) durchschnittlichen Kostenbelastung von 42,6 % arbeiten, wobei in der Umsatzklasse zwischen DM 100.000,- und DM 140.000,- pro Jahr der Kostenanteil nur noch bei 39,6 % liegt und bei höheren Umsätzen weiter sinkt (Bl. 29). Die durchschnittlichen jährlichen Praxiskosten liegen bei ca. DM 55.000,- (Bl. 72), wobei hiervon ein Teil in Höhe von ca. DM 37.000,- auf die gesetzliche Krankenversicherung entfällt (Anlage 14). Dabei wird klargestellt, daß die Ausbildungskosten nicht zu berücksichtigen sind, da sie nicht als Betriebsausgaben einzustufen sind (Bl. 82, vgl. Bl. 26 - Gutachten). Aus Bl. 34 des -Gutachtens läßt sich grafisch ablesen, daß bei ärztlichen Psychotherapeuten durchschnittlich ungefähr 25 % des Umsatzes auf den privaten Sektor entfallen, so daß der vertragsärztliche Umsatz mindestens (weitere Einzelheiten hinsichtlich der übrigen Kostenträger lassen sich der Kopie des Gutachtens nicht entnehmen) um 1/3 zu erhöhen ist, um den durchschnittlichen Gesamtumsatz einer psychotherapeutischen Praxis zu erhalten.

Entgegen der Auffassung des Klägers spielt es deshalb durchaus eine Rolle, welche zusätzlichen (nicht aus der gesetzlichen Krankenversicherung) Einnahmen von einem Psychotherapeuten erzielt werden, um die Wirtschaftlichkeit der Praxis insgesamt zu erfassen und zu berücksichtigen. Die Behauptung des Klägers, es liege in seinem Fall eine existenzbedrohende Entwicklung vor, war ohne die entsprechenden Angaben nicht nachvollziehbar und konnte deshalb keine Berücksichtigung finden, abgesehen davon, daß es bei der Frage nach der Angemessenheit der Vergütung von ärztlichen Leistungen ([§ 72 Abs. 2](#) letzter Halbsatz, SGB V) nicht auf die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Arztpraxis ankommen kann.

Hinsichtlich der als unzulässig gerügten Rückwirkung des HVM ist noch auf das Urteil des BSG vom 17. September 1997 ([6 RKA 36/97](#)) hinzuweisen (Pressemitteilung des BSG 66/97 vom 18.9.1997). Danach ist eine rückwirkende Änderung des EBM rechtswidrig, da die Leistungserbringung im vertragsärztlichen System sich grundsätzlich nur nach den Vorschriften richten könne, die im Zeitpunkt der Leistungserbringung gelten. Die vom Kläger begehrte Höherbewertung der psychotherapeutischen Leistungen ist damit auch nach Auffassung des erkennenden Senats nicht über eine rückwirkende Änderung des EBM zu erreichen. Dies gilt selbst dann, wenn keine kostendeckende Vergütung gegeben ist, da kein Anspruch auf eine nachträgliche Korrektur der Leistungsbewertung besteht. Dem Bewertungsausschuß muß selbst in einem solchen Fall zunächst die Möglichkeit eröffnet werden, die als unzureichend erkannten Bewertungssätze für die Zukunft zu korrigieren. Erst wenn er trotz eines eindeutig feststellbaren Anpassungsbedürfnisses und auch nach

Ablauf eines ausreichend bemessenen Ermittlungs- und Entscheidungszeitraumes untätig bleibt, kann ersatzweise ein Eingreifen der Gerichte in Betracht gezogen werden (Urteil Bundessozialgericht vom 7.2.1996 – [6 RKa 6/95](#)). Genau so wurde im Falle der Psychotherapeuten vorgegangen, denn zwischenzeitlich wurde die Punktzahl für Einzeltherapien auf einheitlich 1.450 erhöht gegenüber den Punktzahlen in den streitigen Quartalen von 900 bzw. 1.000. Damit hat der Bewertungsausschuß sich so verhalten, wie es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die vom erkennenden Senat geteilt wird, verlangt wird.

Die Beklagte hat vielmehr das rechtlich zulässige Mittel angewandt, nämlich die Änderung des HVM, die auch dann noch möglich ist, wenn das ärztliche Leistungsgeschehen bereits abgeschlossen ist, die Verteilung des Honorars jedoch noch ansteht (BSG [6 RKa 36/97](#) s.o.). Die Änderung war auch erforderlich, da sie u.a. auch der Umsetzung der Budgetierung durch das GSG vom 21.12.1992 ([BGBl I, S. 2266](#)) diene.

Hinsichtlich der beanstandeten Honorarverteilung durch die Beklagte, hat die Rechtsprechung akzeptiert, daß grundsätzlich verschiedene Honorartöpfe mit sich daraus ergebenden Punktwerten gebildet werden (z.B. Bundessozialgericht 7.2.96 – [6 RKa 68/94](#) = [NZS 1996, S. 636](#)). Im vorliegenden Falle ist von besonderer Bedeutung, daß der Honorartopf Nr. 6 alle übrigen Leistungen- zwar im Punktwert gefallen ist gegenüber den für die Psychotherapeuten bis Ende 1992 ausgehandelten festen und hohen Punktwerten, daß jedoch die psychotherapeutischen Leistungen 1993 gegenüber dem Bezugsjahr 1991 so zugenommen haben (u.a. auch durch eine Zunahme der Behandler), daß ein eigener Honorartopf für diese Leistungen einen wesentlich geringeren Punktwert ergeben hätte. Es kann also vom Begehren des Klägers her gesehen nicht rechtswidrig sein, daß die Beklagte für die psychotherapeutischen Leistungen keinen eigenen Honorartopf gebildet hat, da damit das Klageziel – höhere Punktwerte – nicht erreicht werden konnte.

Eine Anspruchsgrundlage für einen höheren Punktwert ist nicht gegeben. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Punktwertentwicklung für psychotherapeutische Leistungen sich folgendermaßen zeigt:

Zeit
Ersatzkassen Primärkassen
1991 11,1 9,6
1992 11,25 10
I/93 9,25 9
II/93 10,85 9
III/93 10,5 9
IV/93 9,76 9

Das bedeutet, daß im Ersatzkassenbereich von den beiden streitbefangenen Quartalen lediglich das Quartal I/93 mit 9,25 Pfennig einen erheblich geringeren Punktwert erbracht hat, während im zweiten Quartal mit einem Punktwert von 10,85 Pf der vorhergehende Punktwert des Jahres 1992 lediglich um 3,5 % unterschritten wird. Mit Ausnahme des Quartals IV/93 ist der Punktwert in der Folgezeit, auch im Jahr 1994 nicht, nicht unter 10 Pf gesunken. Im Primärkassenbereich ist der Rückgang des Punktwertes stärker. Gegenüber dem Jahr 1992 ist eine Einbuße von 10 % und gegenüber dem Jahr 1991 immerhin noch eine Einbuße von 6,25 % gegeben und im Jahr 1994 sanken die Punktwerte im Primärkassenbereich auf 8,89 – 8,55 – 8,8 – 8,6 weiter. Es ist dabei jedoch zu berücksichtigen, daß nach den von der Beklagten für Hessen mitgeteilten Häufigkeiten der einzelnen Leistungen in den beiden Kassenarten (in den streitbefangenen Quartalen) gerade in den Einzel- und Gruppentherapien (EBM Nr. 877 und Nr. 878), die bei den Psychotherapeuten den größten Umsatz erbringen, die Leistungen im Ersatzkassenbereich bei der Einzeltherapie ca. 4 mal so häufig sind und bei den Gruppentherapien noch ca. 2 mal so häufig. Dabei spielten die Gruppentherapien in Hessen insgesamt nicht die Rolle, wie Einzeltherapien (nur 1/5 bis 1/6 zahlenmäßig) und erbrachten nur wesentlich geringere Punktzahlen (350 zu 1.000 in den streitbefangenen Quartalen). Daraus ergibt sich, daß sich der Punktwertverfall in der Psychotherapie auf die Gesamtwirtschaftlichkeit der Durchschnittspraxis entscheidend in den Quartalen ausgewirkt hat, in denen der Punktwert der Ersatzkassen besonders niedrig war, also I/93 und IV/93. Unter Berücksichtigung der der Beklagten zuzugestehenden Anfangs- und Erprobungsregelung und der besonderen Schwierigkeiten der Umsetzung des GSG sowie der kaum zu prognostizierenden Entwicklung sowohl der Arztzahlen als auch der Anzahl der zu honorierenden Leistungen in den verschiedenen Arztgruppen, sowie der später erfolgten Stützung des Punktwertes durch die Beklagte als auch die Höherbewertung im Rahmen des EBM kann eine die Psychotherapeuten belastende willkürliche Ausgestaltung des HVM hinsichtlich der streitbefangenen Quartale nicht festgestellt werden (vgl. zum Gesamtkomplex auch Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 9.4.1997 – L 5/Ka 46/96 = MedR 1997, S. 521).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision ist vom Senat wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen worden, [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#).

Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2008-02-22