

S 12 KA 1267/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 1267/05

Datum
04.10.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 68/06

Datum
30.10.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Schiedsamt nach [§ 89 SGB V](#) ist nicht zuständig für die Anpassung der gesamtvertraglichen Regelungen an den Mehraufwand für die psychotherapeutischen Leistungen, der auf Grund der veränderten Rechtslage in den Jahren 2000 bis 2003 entstanden ist. Dies gilt auch dann, wenn Nachverhandlungen mit der Klausel „Sollte sich als Ergebnis des über die Höhe der Vergütung dieser zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen beim Bundessozialgericht anhängigen Rechtsstreits ergeben, dass die Vorgaben des Bewertungsausschusses angepasst werden müssen und sich hieraus höhere Honoraranforderungen der Leistungserbringer ergeben, werden die Vertragspartner in Verhandlungen eintreten.“ vereinbart wurden. Eine Kassenärztliche Vereinigung hat keinen gesetzlichen Anspruch auf eine Anpassung der Gesamtvergütung aus diesem Grund.

1. Der Beschluss vom 05.10.2005 wird insoweit aufgehoben, als der Beklagte es auch für das 1. Halbjahr 2004 abgelehnt hat, die Mehraufwendungen, die in Folge der veränderten Rechtslage durch den Beschluss des Bewertungsausschusses entstanden sind, mehr als hälftig zu Lasten der Beigeladenen aufzuteilen.

2. Der Beklagte wird verpflichtet, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Antrag vom 04.08.2005 bzgl. des 1. Halbjahres 2004 neu zu bescheiden.

3. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

4. Die Klägerin hat zu 8/9, der Beklagte zu 1/9 die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die von der beigeladenen AOK Hessen zu entrichtende Vergütung zeitbezogener genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen gem. Abschnitt G IV EBM in den Jahren 2000 bis 2004 (1. Halbjahr).

Die Klägerin beantragte unter Datum vom 04.08.2005 wegen der strittigen Vergütung bei dem Beklagten eine Entscheidung. Sie trug vor, die Verhandlungen seien in der letzten Verhandlungsrunde am 04.02.2005 endgültig für gescheitert erklärt worden. Die Gesamtforderung belaufe sich auf 18.399.589,00 Euro. Die Beigeladene sei zu verpflichten, zusätzlich zu der bereits – für die Jahre 2000, 2002 und 2003 auf der Grundlage des für diesen Zeitraum geschlossenen Honorarvertrages bzw. für das Jahr 2001 auf der Grundlage des für diesen Zeitraum ergangenen Beschlusses des Landesschiedsamtes - entrichteten Gesamtvergütung eine Nachzahlung für zeitbezogene genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen nach Abschnitt G IV EBM zu leisten, und zwar für das Jahr 2000 in Höhe von 1.494.896,57 Euro, für das Jahr 2001 in Höhe von 2.092.383,47 Euro, für das Jahr 2002 in Höhe von 2.009.408,09 Euro, für das Jahr 2003 in Höhe von 2.103.257,15 Euro und für das Jahr 2004 in Höhe von 2.639.643,72 Euro. Weiter sei ein Betrag in Höhe von 8,06 Mio. Euro zu leisten, den sie unter Anrechnung vertraglicher Stützungsmaßnahmen seitens der Primärkassen in den Quartalen I/02 bis II/04 zusätzlich für die hier streitigen Leistungsbereiche zu Lasten der fachärztlichen Versorgungsebene aufgewendet habe. Die Vergütungen müssten die Mehraufwendungen aufgrund des nach den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 28.01.2004 ergangenen Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 und die Stützungsbeträge berücksichtigen. Über alle Kassenarten hinweg ergäben sich Außenstände in Höhe von rund 100 Mio. Euro. Die Bundessozialgerichtsentscheidungen bedingten eine Anpassung der vertraglichen Regelungen gem. [§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). In den Honorarverträgen 2002 und 2003 seien ausdrückliche Verhandlungsklauseln hierfür vereinbart worden. Dennoch entziehe sich die Beigeladene jeglicher Finanzierungsverantwortung. Sie habe von Anfang an in allen Honorarverhandlungen die zu niedrig bemessenen Gesamtvergütungsanteile kritisiert und die Kassenseite vergeblich aufgefordert, die strittigen Leistungen zu einem festen Punktwert außerhalb des budgetierten Teils der Gesamtvergütung zu finanzieren. Sie sei auch gar

nicht in der Lage, die Nachzahlungsansprüche der Psychotherapeuten ad hoc und in vollem Umfang zu bedienen. Es handele sich um "neue Leistungen" und einen neuen Versorgungsbedarf, der von den Krankenkassen zu finanzieren sei. Die Einbeziehung der Psychotherapeuten habe nach den Vorstellungen des Gesetzgebers kostenneutral vonstatten gehen sollen. Ferner erläuterte die Klägerin im Einzelnen die Berechnung der geltend gemachten Nachzahlungsbeträge. Sie reichte den Honorarvertrag für das Jahr 2004 zur Verwaltungsakte nach und wies auf Abschnitt I.3.1. des Vertrages hin, wonach die Verhandlungen über die Finanzierung der Mehrkosten aufgrund der höher bewerteten psychotherapeutischen Leistungen endgültig für gescheitert erklärt worden seien.

Die Beigeladene verwies mit Datum vom 27.09.2005 auf ein von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Auftrag gegebenes Gutachten des Prof. Dr. R. XY. vom Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität BX. vom 15.07.2004 und dessen Replik vom 26.11.2004 auf eine Erwiderung der Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Weiter führte sie aus, die Leistung der Gesamtvergütung einerseits und die Honorarverteilung andererseits sei zu unterscheiden. Es handele sich um eine Rechtskreistrennung. Zwischen beiden liege eine gesetzliche Zäsur. Der Anspruch des niedergelassenen Arztes richte sich ausschließlich an die Kassenärztliche Vereinigung. Hieran habe auch die Beteiligung der Krankenkassenverbände an dem Honorarverteilungsvertrag ab Juli 2004 nichts geändert. Soweit der Honoraranteil der Psychotherapeuten zu niedrig gewesen sei, so sei dies ein Verteilungsproblem und bedeute im Umkehrschluss, dass der Anteil der übrigen Arztgruppen zu hoch gewesen sei. Mit dem Psychotherapeutengesetz sei 1999 eine basiswirksame Erhöhung der Gesamtvergütung erfolgt. In den Folgejahren habe es keine weiteren Sonderregelungen gegeben. Die Psychotherapeutenvergütung sei stets als innerbudgetäres Verteilungsproblem definiert worden. Ein Anspruch aus dem Rechtsinstitut des Wegfalls der Geschäftsgrundlage gem. [§ 59 SGB X](#) sei nicht gegeben. Im Übrigen stehe einer Erhöhung der Gesamtvergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität entgegen. Die Gesamtvergütungen für die Jahre 2000 bis 2004 seien jeweils maximal angepasst worden. In den Vertragsklauseln zu Verhandlungen liege keine Zusage zur Übernahme zusätzlicher Kosten. Die Verhandlungen hätten auch stattgefunden. Die Forderung in Höhe von 8,06 Mio. Euro zur Stützung des Punktwertes in den Quartalen I/02 bis II/04 werde erstmals im Schiedsamtantrag erhoben. Auch die Berechnung dieses Betrages sei nicht nachvollziehbar. Den Erhöhungsbetrag von 7,1 Mio. DM nach dem Honorarvertrag 2000 habe sie geleistet. Im Schiedsspruch für das Jahr 2001 sei festgelegt worden, dass die Klägerin aus der Erhöhung der budgetierten Gesamtvergütung einen Betrag von 4, Mio. DM zweckgebunden für die Stützung psychotherapeutischer Leistungen verwenden müsse. Es lägen rechtsverbindliche Honorarverträge vor, die eine angemessene Vergütung sichergestellt hätten. Die vertragsärztliche Versorgung sei zu keinem Zeitpunkt gefährdet gewesen. Sie bestreite hilfsweise auch in der Höhe alle Forderungen.

Hierauf erwiderte die Klägerin mit Schriftsatz vom 29.09.2005, sie verweise auf die bereits vorgelegte Stellungnahme der Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Der Beklagte führte mit der Klägerin und dem Beigeladenen am 05.10.2005 eine mündliche Verhandlung durch.

Mit Beschluss vom 05.10.2005, ausgefertigt am 24.10.2005, bestimmte der Beklagte, dass der Mehraufwand für die psychotherapeutischen Leistungen, der auf Grund der veränderten Rechtslage in den Jahren 2000 bis 2004 (1. Halbjahr) entstanden sei, von den Parteien hälftig zu tragen sei. Dies bedeute nach dem derzeitigen Informationsstand, dass die Vertragsparteien je 4.496.397,73 Euro zu tragen hätten. Die Klägerin werde die notwendigen Berechnungsgrundlagen innerhalb von vier Wochen liefern. Die Beigeladene werde innerhalb von vier Wochen nach Erhalt diese Daten prüfen und den entsprechenden Betrag anweisen. Zur Begründung führte er aus, auf der Grundlage der jeweils getroffenen Annahmen seien beide schriftsätzlich eingereichten Antragsbegründungen nachvollziehbar und vertretbar erschienen. Rechtsgrundlage für die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen bildeten entweder entsprechende Nachverhandlungsklauseln in den Verträgen oder, soweit diese fehlten, die Grundsätze vom Wegfall der Geschäftsgrundlage. Der geänderte Beschluss des Bewertungsausschusses stelle mit seinen ökonomischen Konsequenzen quasi ein ex-post-Risiko dar, mit dem sich die Vertragsparteien nunmehr konfrontiert sähen. Die ökonomischen Effekte dieses Risikos gelte es, nach Gesichtspunkten der Zumutbarkeit auf die Vertragsparteien aufzuteilen. Da es auch hier an einem eindeutigen Kriterium mangle, liege es nahe, eine hälftige Teilung festzusetzen. Bei einer Nichtbeteiligung des Beigeladenen ginge der Beschluss des Bewertungsausschusses ausschließlich zu Lasten der fachärztlichen Vergütung. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität stehe einer Beteiligung der Krankenkasse im Zuge einer Vertragsanpassung hier ausnahmsweise auch dann nicht entgegen, wenn dadurch die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen überschritten würde. Zu berücksichtigen sei, dass in den vergangenen Jahren die Ausgaben für die vertragsärztliche Vergütung von allen Behandlungsarten am moderatesten angestiegen sei.

Das Hessische Sozialministerium teilte unter Datum vom 28.10.2005 mit, dass es Beanstandungen nach [§ 89 Abs. 5 Satz 5 SGB V](#) nicht erhebe.

Gegen den Beschluss vom 05.10.2005 hat die Klägerin am 25.11.2005 die Klage erhoben. Sie trägt ergänzend zu ihren Ausführungen im Schiedsamtverfahren vor, sie habe in allen Honorarverhandlungen die zu niedrigen Gesamtvergütungsanteile kritisiert. Die Beigeladene genehmige die Leistungen und habe die Möglichkeit, das Leistungsgeschehen zu beeinflussen. Entscheidend sei aber, dass es sich um "neue Leistungen" handele. Die Finanzierungsverantwortung liege bei den Krankenkassen. Der angefochtene Beschluss sei unzureichend begründet.

Die Klägerin beantragt,
den Beschluss vom 05.10.2005 insoweit aufzuheben, als ihr weitergehender Antrag abgelehnt wurde und den Beklagten zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er ist der Auffassung, er habe alle Argumente der Vertragsparteien in ausgewogenem Verhältnis berücksichtigt. Aus den Nachverhandlungsklauseln lasse sich kein bestimmtes Ergebnis ableiten. Aus ökonomischer Sicht sei zwar die Kritik an einer zu geringen Vergütung nachvollziehbar, es obliege aber dem Schiedsamt nicht, gesetzgeberische Entscheidungen zu korrigieren. Für eine Finanzierung der psychotherapeutischen Leistungen zu einem festen Punktwert außerhalb des budgetierten Teils der Gesamtvergütung fehle eine Rechtsgrundlage. Der Schiedsspruch entspreche weitgehend den Schiedssprüchen und vertraglichen Vereinbarungen in anderen KV-Bereichen. Auch das Hessische Sozialministerium habe keine Beanstandungen erhoben.

Die Beigeladene beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt ergänzend zu ihrem bisherigen Vorbringen vor, sie sei weiterhin von der Richtigkeit ihrer im Schiedsamtverfahren dargelegten Rechtsposition überzeugt. Insofern sei schon die Schiedsamtentscheidung dogmatisch schwer nachvollziehbar gewesen. Eine vollständige Finanzierung entbehre jeglicher Rechtsgrundlage. Das in den Psychotherapie-Richtlinien vorgesehene Gutachterverfahren binde sie an die Entscheidung des Gutachters. Die Ablehnungsquote liege bei ca. einem Prozent. Eine Mengensteuerung durch sie könne nicht erfolgen. Für Entscheidungen über Veränderungen der Gesamtvergütung komme dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität Vorrangwirkung zu. In seinem Urteil vom 28.01.2004 habe das BSG lediglich die Möglichkeit benannt, dass sich die Notwendigkeit einer Modifizierung der Gesamtvergütung ergeben könnte. Eine Nachzahlungsverpflichtung der Kostenträger sei nicht geregelt worden und könne hieraus nicht abgeleitet werden. Der Nachzahlungsbetrag wegen der Stützungsmaßnahmen sei on den vergangenen Honorarverhandlungen nicht gefordert worden. Er sei auch nicht der Höhe und dem Grunde nach erläutert worden. Dem Honorarvertrag 2001 sei unter Abschnitt I, Ziff. 1.3 zu entnehmen, dass die Gesamtvergütung gegenüber dem Ausgangsjahr 1999 primärkassenseitig um weitere bis zu 7,1 Mio. DM – und nicht wie von der Klägerin behauptet nur um 4,1 Mio. DM – zu erhöhen sei. Die Klägerin habe sich verpflichtet, den etwaigen Mehrbedarf zusätzlich in gleicher Höhe zu bedienen. Im Schiedsspruch für das Jahr 2001 sei ein Betrag von 4,0 Mio. DM zweckgebunden für die Stützung des Punktwertes für psychotherapeutische Leistungen festgesetzt worden. Hierbei habe ein Punktwert von 0,08 DM zugrunde gelegt werden sollen. Es entziehe sich ihrer Kenntnis, ob die Klägerin den Betrag hierfür verwandt habe. Sie habe den Schiedsspruch lediglich mit Blick auf in anderen Bundesländern bereits rechtskräftig getroffenen Entscheidungen über eine hälftige Kostenbeteiligung der Krankenkassen durch ein Schiedsamt zugestimmt. Im Übrigen macht sie sich zusammenfassend die Ausführungen des Prof. Dr. XY. zu eigen. Die Kammer hat mit Beschluss vom 30.11.2006 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten und der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Die zulässige Klage ist nur z. T. begründet. Der Beschluss vom 05.10.2005 ist rechtswidrig, verletzt aber die Klägerin nur bzgl. des 1. Halbjahres 2004 in ihren Rechten. Der Beschluss war daher nur insoweit aufzuheben. Die Klägerin hat nur darauf einen Anspruch, dass der Beklagte sie über ihren Antrag vom 04.08.2005 bzgl. des 1. Halbjahres 2004 neu bescheidet. Im Übrigen war die Klage abzuweisen.

Der Beschluss vom 05.10.2006 ist rechtswidrig.

Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest ([§ 89 SGB V](#))

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, unterliegen Schiedssprüche gemäß [§ 89 SGB V](#) - auf Anfechtung der Gesamtvertragsparteien hin - nur in eingeschränktem Umfang gerichtlicher Kontrolle. Denn das Schiedsamt hat bei der Festsetzung von Gesamtverträgen über die vertragsärztliche Vergütung einen Gestaltungsspielraum. Seine Schiedssprüche sind ebenso wie die von ihnen ersetzten Vereinbarungen der vorrangig zum Vertragsabschluss berufenen Vertragsparteien auf Interessenausgleich angelegt und haben Kompromisscharakter. Dementsprechend sind sie nur daraufhin zu überprüfen, ob sie die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. In formeller Hinsicht wird geprüft, ob das Schiedsamt den von ihm zu Grunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt hat und sein Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis ausreichend erkennen lässt. Die inhaltliche Kontrolle ist darauf beschränkt, ob der vom Schiedsspruch zu Grunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob das Schiedsamt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, d. h. insbesondere die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat (vgl. BSG, Ur. v. 14.12.2005, Aktenzeichen: [B 6 KA 25/04 R](#), juris, Rdnr. 12; BSG, Ur. v. 16.07.2003, Aktenzeichen: [B 6 KA 29/02 R](#), [BSGE 91, 153](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 3](#) = [GesR 2004, 95](#) = [SGB 2004, 429](#), zitiert nach juris, Rdnr. 21; BSG, Ur. v. 27.04.2005, Aktenzeichen: [B 6 KA 42/04 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 16](#) = [GesR 2006, 35](#) = [NZS 2006, 270](#), juris Rdnr. 14).

Die Begründung muss dem wirklichen Sachverhalt entsprechen. Insbesondere muss sich aus ihr ergeben, dass der Sachverhalt richtig und vollständig ermittelt worden ist. Die Begründung muss beim beschwerenden Verwaltungsakt, um überhaupt eine Nachprüfung von Ermessensfehlern zu ermöglichen, ausdrücklich die Überlegungen schlüssig darglegen, auf die sich die Entscheidung stützt. Rechtmäßig ist ein Schiedsspruch daher nur, wenn sich aus der Begründung ergibt, dass das Schiedsamt seine Aufgabe, unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen festzusetzen, erfüllt hat. Dazu gehört die Berücksichtigung aller für die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen und für die Angemessenheit der Vergütung maßgebenden Umstände. Die Pflicht des Landesschiedsamts zur Ermittlung des Sachverhalts und zur Darstellung der für die Entscheidung maßgebenden Gründe wird dadurch bestimmt, inwieweit die Vertragsparteien entscheidungserhebliche Umstände vortragen oder solche Umstände bei pflichtgemäßer Aufklärung des Sachverhalts bekannt werden. Das Schiedsamt kann nicht allen Tatsachen nachgehen, die entfernt etwas mit dem Gegenstand seiner Entscheidung zu tun haben. In der Begründung braucht es sich nur mit Tatsachen auseinanderzusetzen, die erkennbar erhebliches Gewicht für die Entscheidung haben. Für den Umfang der Begründung ist maßgebend, dass sie ausreicht, um den jeweiligen Vertragsparteien die Angemessenheit der Vergütung unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen darzulegen (vgl. BSG, Ur. v. 03.12.1980, Aktenzeichen: [6 RKa 1/78](#), [SozR 2200 § 368h Nr. 3](#) = [BSGE 51, 58](#) = [USK 80314](#) = [KVRs A-6150/1](#), juris Rdnr. 38 f.).

Der Beklagte war für die Jahre 2000 bis 2003 nicht zuständig für die Anpassung der gesamtvertraglichen Regelungen an den Mehraufwand für die psychotherapeutischen Leistungen, der auf Grund der veränderten Rechtslage in den Jahren 2000 bis 2004 (1. Halbjahr) entstanden ist. Das Schiedsamt kann durch einen Schiedsspruch nur solche Verträge festsetzen, die die vertragsärztliche Versorgung betreffen und deren Abschluss gesetzlich zwingend vorgeschrieben ist. Anderweitig gesetzlich nicht vorgeschriebene Absprachen zwischen den

Vertragspartnern unterliegen nicht der Zuständigkeit des Schiedsamts (vgl. Hencke in: Peters (Hrsg.), Handbuch der Krankenversicherung, Teil II – Sozialgesetzbuch V, Loseblattausgabe, Stand: 15.02.2006, § 89, Rdnr. 3).

Allein dadurch, dass bisher keiner der Beteiligten die Zuständigkeit des Beklagten beanstandet hat, kann dessen Zuständigkeit nicht begründet werden. Das Gesetz sieht keine allein vertraglich vereinbare Zuständigkeit des Schiedsamtes vor. Dieses ist an die gesetzliche Zuständigkeit gebunden.

Gesamtvergütungsverträge nach [§ 82 Abs. 2 SGB V](#) und damit auch zwischen den Gesamtvertragsparteien strittige Vergütungsfragen für einzelne Teile der vertragsärztlichen Versorgung sind zwar grundsätzlich schiedsamtsfähig. Für den hier streitbefangenen Zeitraum der Jahre 2000 bis 2003 herrschte aber kein vertragsloser Zustand. Die Klägerin und die Beigeladene haben eine Vereinbarung gem. [§ 83 Abs. 1 SGB V](#) über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen für das Jahr 2000 am 06.11.2000, eine Vereinbarung für das Jahr 2002 am 21.01.2004 und für das Jahr 2003 ebfd. am 21.01.2004 geschlossen. Für das Jahr 2001 setzte der Beklagte mit Beschluss vom 19.11.2002 die Gesamtvergütung fest.

Im Vertrag für das Jahr 2000 wird unter I.1.3 wird die Gesamtvergütung gegenüber dem Ausgangsjahr zur Abgeltung des finanziellen Mehrbedarfs für psychotherapeutische Leistungen innerhalb des Bereichs der fachärztlichen Versorgung primärkassenseitig zusätzlich um einen Betrag in Höhe von bis zu 7,1 Mio. DM erhöht. Weiter wird darin vereinbart, dass die hieraus auf die einzelnen Primärkassen entfallenden Anteile unter Berücksichtigung der Entwicklung der Fallzahlen bereichseigener psychotherapeutisch tätiger Ärzte/Psychotherapeuten im Vergleich zu den entsprechenden Fallzahlen des Parallelquartals des Vorjahres berechnet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet sich ihrerseits, den etwaigen Mehrbedarf zusätzlich in jeweils gleicher Höhe zu bedienen. Die Vertragspartner streben im Vertragszeitraum die Einführung mengenbegrenzender Regelungen an. Im Schiedsspruch für das Jahr 2001 wird unter Nr. 2 der Punktwert für antrags- und genehmigungspflichtige, zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen auf 8,0 Pf festgesetzt. Für die finanzielle Stützung aus der Steigerung der budgetierten Gesamtvergütung gilt, dass sie nur bis zu diesem Wert erfolgt. In der Begründung führte der Beklagte hierzu aus, die partielle Stützung des Punktwertes für psychotherapeutische Leistungen aus dem Zuwachs der budgetierten Gesamtvergütung ziele darauf ab, eine allzu einseitige Belastung der fachärztlichen Praxen zu vermeiden. Im Hinblick auf die Höhe des Punktwertes folge das Schiedsamt dem Antrag der Beigeladenen. Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 25.08.1999 mit einem Punktwert von 10 Pf. habe sich auf einen Zeitraum vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes bezogen. Seine generelle Anwendung würde zu einer Bevorzugung der Psychotherapeuten gegenüber den übrigen Arztgruppen führen. Zudem gingen von einem festen Punktwert von 10 Pf. für psychotherapeutische Leistungen in ökonomischer Hinsicht fragwürdige Anreizeffekte auf die Leistungsanbieter aus. Das Schiedsamt sei davon ausgegangen, nur den für das Jahr 1999 in Art. 11 PsychThG gegebenen Vorgaben genügen zu müssen.

Damit enthalten die Vereinbarung für das Jahr 2000 und der Schiedsspruch für das Jahr 2001 keine Nachverhandlungs- oder Anpassungsklauseln, weder in allgemeiner Form noch im Hinblick auf den hier strittigen Leistungsbereich der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Eine nachträgliche Vereinbarung hierüber haben die Gesamtvertragsparteien nicht geschlossen.

Dem Beklagten war nicht in der Begründung zu folgen, es gehe weniger um die Frage, ob und auf welcher Rechtsgrundlage eine Erhöhung der Gesamtvergütungen zulässig sei. Als Landesschiedsamt kann der Beklagte wie jede andere Behörde nur innerhalb seiner Zuständigkeit und aufgrund einer Rechtsgrundlage handeln.

Der Beklagte stellt auch nicht fest, ob aus seiner Sicht Nachverhandlungsklauseln in den Verträgen bestehen. Er führt lediglich lapidar aus, Rechtsgrundlage für die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen bildeten entweder entsprechende Nachverhandlungsklauseln in den Verträgen oder, soweit diese fehlten, die Grundsätze vom Wegfall der Geschäftsgrundlage, ohne zu erläutern, wovon er ausgeht bzw. darzulegen, weshalb es auf eine Festlegung nicht ankomme. Nachverhandlungsklauseln haben die Gesamtvertragsparteien, wie bereits ausgeführt, für die Jahre 2000 und 2001 nicht vereinbart.

Soweit der Beklagte vermutlich vom Wegfall der Geschäftsgrundlage ausgeht, da er keinen Bezug auf eine Nachverhandlungsklausel vornimmt, verkennt er deren Grundlagen. Der aus [§ 242 BGB](#) von der Rechtsprechung entwickelte Wegfall der Geschäftsgrundlage ist für den Bereich der öffentlich-rechtlichen Verträge in [§ 60](#) Verwaltungsverfahrensgesetz und dem wortgleichen und hier maßgeblichen [§ 59 SGB X](#) vom Gesetzgeber positiviert worden, den der Beklagte in den Beschlussgründen nicht aufgreift. Nach [§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) kann, wenn sich die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vertragsinhalts maßgebend gewesen sind, seit Abschluss des Vertrages so wesentlich geändert haben, dass einer Vertragspartei das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten ist, diese Vertragspartei eine Anpassung des Vertragsinhalts an die geänderten Verhältnisse verlangen oder, sofern eine Anpassung nicht möglich oder einer Vertragspartei nicht zuzumuten ist, den Vertrag kündigen.

Eine Anpassung der Vereinbarung an die veränderten bzw. verkannten wirklichen Umstände erfolgt im Regelfall nur für die Zukunft. Ein Anpassungsverlangen auf Änderung von Vertragsleistungen für die Vergangenheit ist zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen (vgl. Bonk, in: Stelkens/Bonk/Sachs, Verwaltungsverfahrensgesetz, 6. Auflage 2001, Rdnr. 24), wird dann aber auf den Zugang des ernsthaften schriftlichen Anpassungsverlangens beschränkt (vgl. BVerwG, Urteil vom 26.01.1995, Aktenzeichen: [3 C 21/93](#), [NVwZ 1996, 171](#) ff., 173; BSG, Urt. v. 05.02.2003, Aktenzeichen: [B 6 KA 6/02 R](#), [SozR 4-2500 § 83 Nr. 1](#) = [GesR 2003, 248](#) = SGB 2004, 745, juris Rdnr. 31; Engelmann in: von Wulffen, SGB X, 5. Aufl. 2005, § 59 Rdnr. 8 m.w.N.). SG München schließt einen Wegfall der Geschäftsgrundlage bei bereits abgewickelten Vertragsverhältnissen aus (vgl. SG München, Urt. v. 27.06.2002, Aktenzeichen: S 33 KA 5287/98). Soweit das Bundessozialgericht für das Vertragsarztrecht eine von den im SGB X allgemein geregelten Bestimmungen über den öffentlich-rechtlichen Vertrag abweichende Handhabung zulässt, weil sich der konkrete Inhalt von Gesamtverträgen erst im Nachhinein, ggf. sogar erst Jahre nach Ablauf der Vertragsdauer, ergibt (etwa weil Schiedssprüche zur sozialgerichtlichen Überprüfung gestellt werden oder weil die Frage der Vergütung von den Partnern gänzlich neu geregelt werden muss, nachdem sich eine Regelung nach dem Ergebnis solcher Prüfung als rechtswidrig erwiesen hat), hat es entscheidend darauf abgestellt, dass der konkret zu beurteilende Gesamtvertrag selbst Regelungen für den Fall der Änderung der Verhältnisse enthalten kann und im konkreten Fall enthalten hat, denen dann nach dem Grundsatz der Spezialität Vorrang zukommt (vgl. BSG, Urt. v. 05.02.2003, Aktenzeichen: [B 6 KA 6/02 R](#), aaO.). Im vorliegenden Streitfall fehlt es aber für die Jahre 2000 und 2001 gerade an Anpassungsklauseln, deren Nichtbeachtung von einer der Vertragsparteien zu einem vertragslosen Zustand vergleichbaren Lage führen und damit eine Zuständigkeit des Beklagten begründen könnte. Auch wenn nach dem Bundessozialgericht aus

dem Verständnis von der Funktion des Schiedsverfahrens die sachliche Zuständigkeit der Schiedsämter mit Rücksicht darauf, dass es ihnen obliegt, zur Wahrung des sozialen Friedens zwischen Ärzten und Krankenkassen beizutragen und Konfliktsituationen zu beseitigen, nicht eng, sondern im Zweifel erweiternd auszulegen ist (vgl. BSG, Urt. v. 05.02.2003, Aktenzeichen: [B 6 KA 6/02 R](#), aaO., Rdnr. 34), so begründet dies aber keine allgemeine Zuständigkeit des Schiedsamtes im Sinne einer allgemeinen Schlichtungsinstanz.

Der Vertrag für das Jahr 2000 und der Schiedsspruch für das Jahr 2001 beziehen sich aber auf feste und im Jahr 2005 bereits abgelaufene Zeiträume, so dass schon von daher auch unter dem Gesichtspunkt des Wegfalls der Geschäftsgrundlage eine Anpassung nicht erfolgen konnte.

Für die Jahre 2002 und 2003 ist ebenfalls von einer Unzuständigkeit des Beklagten auszugehen.

Im den Verträgen für das Jahr 2002 und 2003 wird jeweils unter Abschnitt 3.1 geregelt, dass antrags- und genehmigungspflichtige, zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses vergütet werden. Ferner heißt es weiter: "Sollte sich als Ergebnis des über die Höhe der Vergütung dieser zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen beim Bundessozialgericht anhängigen Rechtsstreits ergeben, dass die Vorgaben des Bewertungsausschusses angepasst werden müssen und sich hieraus höhere Honoraranforderungen der Leistungserbringer ergeben, werden die Vertragspartner in Verhandlungen eintreten."

Soweit der Beklagte davon ausgegangen sein sollte, diese Vertragsklauseln verpflichteten die Gesamtvertragsparteien zu einer nachträglichen Vergütungsanpassung, so verkennt er deren Inhalt. In der Klausel verpflichteten sich die Vertragsparteien lediglich, in Verhandlungen einzutreten. Wenn auch damit die Erwartung einer Änderung der vergütungsrechtlichen Vorschriften auf Seiten der Klägerin verbunden gewesen sein mag, so hat sich eine Verpflichtung hierzu – anders als z. B. in dem der Entscheidung des BSG v. 05.02.2003, Aktenzeichen: [B 6 KA 6/02 R](#), aaO, zugrundeliegenden Fall – im Vertragstext nicht niedergeschlagen. Die Verhandlungsbereitschaft ist aber von der Klägerin nicht bestritten worden. Aus im Ergebnis aus Sicht der Klägerin fehlgeschlagenen Verhandlungen kann aber mangels einer fehlenden vertraglichen Nachbesserungspflicht der Beigeladenen nicht auf eine schiedsfähige Konfliktlage geschlossen werden.

Aber auch wenn man davon ausgeht, dass ein schiedsamtstfähiger Konflikt zwischen den Gesamtvertragsparteien bzgl. der Jahre 2000 bis 2003 vorlag, so liegen die Voraussetzungen für einen Wegfall der Geschäftsgrundlage nicht vor. [§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) verlangt, dass sich die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vertragsinhalts maßgebend gewesen sind, seit Abschluss des Vertrages so wesentlich geändert haben, dass einer Vertragspartei das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten ist. Der Beklagte führt in den Beschulssgründen lediglich aus, dass die Informationsgrundlage, die beim Abschluss der jeweiligen Honorarvereinbarungen vorgelegen habe, sich im nachhinein geändert habe und es wohl außer Frage stehe, dass sich auf der Basis der geänderten Rechtslage seinerzeit andere Anträge der Verhandlungspartner bzw. Verhandlungsprozesses ergeben hätten. Dem vermochte die Kammer nicht zu folgen. Eine Änderung war lediglich dadurch eingetreten, dass mit der letztinstanzlichen Entscheidung des Bundessozialgerichts (vgl. Urt. v. 28.01.2004, Aktenzeichen: [B 6 KA 52, 53, 23 u. 25/03 R](#) -) die Rechtswidrigkeit des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 verbindlich festgestellt worden war. Die Frage der Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Bewertungsausschusses war aber von Anfang an umstritten, wie im Übrigen die Vergütungshöhe der psychotherapeutischen Leistungen seit den 1990er Jahren umstritten war und nunmehr auch der auf die Urteile des Bundessozialgerichts ergangene neue Beschluss des Bewertungsausschusses rechtlich umstritten ist, wie zahlreiche Klagen vertragsärztlicher Psychotherapeuten bei dem SG Marburg zeigen. Von daher hätte es den Vertragsparteien oblegen, eine Anpassungsklausel zu vereinbaren oder für den Fall, dass eine der Vertragsparteien damit nicht einverstanden ist, hätte die andere Vertragspartei den Gesamtvertrag nicht abschließen dürfen. Soweit solche Unwägbarkeiten nicht durch Vorbehaltsklauseln in den Vertragstext aufgenommen werden, hat jede Vertragspartei die hieraus für sie folgenden Risiken zu tragen (vgl. a. BVerwG, Urteil vom 26.01.1995, Aktenzeichen: [3 C 21/93](#), aaO., S. 172). Im Übrigen zeigt ein Vergleich der Verträge für die Jahre 2000 und 2001, dass die Vertragsparteien unterschiedliche Regelungen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen getroffen haben und diese damit expliziter Verhandlungsgegenstand gewesen ist.

Ein gesetzlicher Anspruch der Klägerin auf eine Anpassung der Verträge durch eine Nachvergütung besteht nicht.

Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen. Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart vereinbart. Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt ([§ 85 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB V](#)). Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfanges beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ([§ 71](#)) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten. Abweichend von Satz 2 ist eine Überschreitung der Veränderungsraten nach [§ 71 Abs. 3](#) zulässig, wenn Mehrausgaben auf Grund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach [§ 135 Abs. 1](#) entstehen; dabei ist zu prüfen, inwieweit die Mehrausgaben durch Minderausgaben auf Grund eines Wegfalls von Leistungen, die auf Grund einer Prüfung nach [§ 135 Abs. 1 Satz 2 und 3](#) nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen, ausgeglichen werden können ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#)).

Das Gesetz eröffnet mit der Vertragsabschlusskompetenz den Gesamtvertragspartnern erheblichen Gestaltungsspielraum bei Einhaltung bestimmter gesetzlicher Vorgaben. Entsprechend enthalten in der Praxis Gesamtverträge regelmäßig nicht nur die Anpassungen der Kopfpauschalen, sondern zahlreiche vergütungsrelevante Einzelregelungen, bei denen – wie für Vertragsschlüsse typisch – die widerstreitenden Interessen der Vertragspartner zu einem sachgerechten Ausgleich gebracht werden können und müssen. Auch dieser Umstand steht regelmäßig einer isolierten Prüfung einzelner Bestimmungen einer Gesamtvergütungsvereinbarung entgegen. In welchem Umfang der tatsächlichen Bedarfssituation einer einzelnen Krankenkasse durch den vertragsschließenden Landesverband Rechnung zu tragen ist, ist in [§ 85 Abs. 2 SGB V](#) nicht unmittelbar vorgegeben, sondern unterliegt in weitem Umfang der Disposition der Vertragspartner (vgl. BSG, Urt. v. 28.09.2005, Aktenzeichen: [B 6 KA 71/04 R](#), SozR 4 2500 § 83 Nr. 2 = [GesR 2006, 168](#) = [MedR 2006, 226](#) = [NZS 2006, 385](#)

= Breith 2006, 542, juris Rdnr. 25).

Umgekehrt gilt aber auch, dass, soweit nicht abweichend vereinbart, die Gesamtvergütung für sämtliche vertragsärztliche Leistungen entrichtet wird. Die Gesamtvergütung erfolgt mit befreiender Wirkung. Die Krankenkassen werden durch die Entrichtung der Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung von ihren finanziellen Verpflichtungen befreit (vgl. Hencke, aaO., Rdnr. 7). Die "befreiende Wirkung" i. S. des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) ist ein zentrales und unverzichtbares Element des gegenwärtigen vertragsärztlichen Vergütungssystems. Die einzelne Krankenkasse muss ihre Ausgaben kalkulieren können, weil sie die Beiträge ihrer Mitglieder so festsetzen muss, dass diese die Ausgaben decken ([§ 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Nachschusspflichten für länger zurückliegende Zeiträume sind in diesem System Fremdkörper, weil wegen der Wechselmöglichkeit der Versicherten ([§ 175 SGB V](#)) möglichst vermieden werden muss, dass aus Beiträgen der aktuellen Mitglieder Leistungen für ein anders zusammengesetztes Versichertenkollektiv eines vergangenen Zeitraums finanziert werden (vgl. BSG, Urt. v. 31.08.2005, Aktenzeichen: [B 6 KA 6/04 R](#), aaO., juris Rdnr. 23).

Die Gesamtvergütung ist unabhängig von der Vergütung, die der einzelne Vertragsarzt erhält. Dieser hat nur einen Anspruch auf Teilnahme an der Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Soweit der Gesetzgeber im Anschluss an die BSG-Rechtsprechung mit dem GKV-GRG 2000 (Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Gesundheitsreformgesetz v. 22.12.2000, BGBl I 2626) mit Wirkung ab 01.01.2000 bestimmt hat, dass im Verteilungsmaßstab Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten und bestimmter Fachärzte sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen sind, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten ([§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)), so ist Adressat dieser Regelung ausschließlich die Kassenärztliche Vereinigung bzw. jetzt auch die Gesamtvertragsparteien, aber nur in Bezug auf die Vereinbarung des Honorarverteilungsvertrages. Der miteingeführte neue Abs. 4a gibt dem Bewertungsausschuss auf, hierfür Regelungen zu treffen. Vorgaben für die Gesamtvergütung werden hierdurch nicht gemacht.

Die Rechtsverhältnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den Vertragsärzten und zu den Krankenkassen sind streng zu trennen (vgl. BSG, Urt. v. 31.08.2005, Aktenzeichen: [B 6 KA 6/04 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 21](#) = [BSGE 95, 86](#) = [GesR 2006, 165](#) = [MedR 2006, 441](#) = [SGB 2006, 493](#), juris Rdnr. 22; BSG, Urt. v. 21.11.1986, Aktenzeichen: [6 RKa 5/86](#), [SozR 2200 § 368f Nr. 11](#) = [BSGE 61, 19](#) = USK 86259 = KVRs A-6150/16, juris Rdnr. 13; BSG, Urt. v. 10.05.1995, Aktenzeichen: [6 RKa 7/94](#), [SozR 3-5545 § 19 Nr. 1](#) = [BSGE 76, 113](#) = DOK 1995, 505 = USK 9583 = Die Leistungen 1997, 144, juris Rdnr. 15; Hecke, aaO., § 95, Rdnr. 4). Die betragsmäßige Festsetzung der von den Krankenkassen zu zahlenden Gesamtvergütung beinhaltet für den einzelnen Vertragsarzt offensichtlich keine abstrakt-generelle Norm, die seinen Status bestimmt oder Vorgaben für sein Verhalten macht, sondern legt in dem kollektivvertraglich geprägten und aus diesem Grunde gestuften System der Preisvereinbarung für die vertragsärztlichen Leistungen eine Gesamtsumme als Parameter fest, an welchen nachfolgend in der abgetrennten Rechtsbeziehung zwischen Vertragsarzt und Kassenärztlicher Vereinigung bei der Honorarverteilung nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) lediglich tatbestandlich angeknüpft wird (vgl. BSG, Beschl. v. 25.05.2005, Aktenzeichen: [B 6 KA 27/04](#), juris, Rdnr. 9). Dieses vom Gesetz vorgegebene gesamtvertragliche Vergütungssystem auf kollektiv-vertraglicher Grundlage schließt es aus, dass sich der einzelne Vertragsarzt im Rahmen eines Rechtsstreits über die Rechtmäßigkeit eines ihn betreffenden Honorarbescheides darauf berufen kann, die Höhe der zwischen den Kollektivvertragspartnern vereinbarten Gesamtvergütung sei unzureichend (vgl. BSG, Urt. v. 31.08.2005, Aktenzeichen: [B 6 KA 6/04 R](#), aaO., juris Rdnr. 17).

Der Gesetzgeber hat lediglich für das Jahr 1999 selbst Vorgaben für die psychotherapeutische Vergütung gemacht. Mit Art. 11 EinfG-PsychThG (Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998, [BGBl I 1311](#)) legte der Gesetzgeber ergänzend zu der Einführung einer Approbation und der erstmaligen Zulassung der Psychologischen Psychotherapeuten zu vertragsärztlichen Versorgung für das Jahr 1999 ein Honorarvolumen für psychotherapeutische Leistungen fest. Art. 11 EinfG-PsychThG enthielt zunächst eine Ausgabenobergrenze. Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages nach [§ 82 Abs. 2 SGB V](#) für das Jahr 1999 das Ausgabenvolumen zu vereinbaren, das für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen höchstens zur Verfügung stehen sollte, wofür das Gesetz bestimmte Vorgaben machte. Die Regelung des Art. 11 EinfG-PsychThG erschöpfte sich allerdings nicht in der Normierung einer Ausgabenobergrenze. Sie traf zugleich eine Absicherung für ein bestimmtes Mindesthonorarniveau, indem sie für die psychotherapeutischen Leistungen eine Vergütungsuntergrenze festlegte. Für den Fall, dass der zu Grunde gelegte Punktwert denjenigen, der sich durchschnittlich für die Vergütung der Leistungen nach Abschnitt B II EBM ergab, um mehr als 10 % unterschritt, hatten die Gesamtvertragsparteien gemäß Art. 11 Abs. 2 EinfG-PsychThG geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz zu treffen. Ferner war geregelt, dass sich das Ausgabenvolumen nach Absatz 1 um die Beträge verringerte, die von der Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) als Erstattungen für psychotherapeutische Leistungen aufgewendet worden waren (Art. 11 Abs. 3 EinfG-PsychThG). Dieses so errechnete Honorarvolumen musste vollständig – d. h. ohne Abzweigung von Anteilen für die Vergütung anderer Leistungen – zur Honorierung psychotherapeutischer Leistungen verwendet werden (Art. 14 Abs. 3 Satz 1 GKV-SolG). Nach Art. 15 EinfG-PsychThG trat Art. 11 des Gesetzes am 31. Dezember 1999 außer Kraft (vgl. BSG, Urt. v. 06.11.2002, Aktenzeichen: [B 6 KA 21/02 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 49](#) = [BSGE 90, 111](#) = Breith 2003, 317 = [MedR 2003, 424](#) = [SGB 2003, 630](#), juris Rdnr. 11 ff.). Für die Folgezeit ab dem Jahr 2000 hat der Gesetzgeber, wie bereits ausgeführt, die Regelungskompetenz den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen. Bei der dargestellten Vorschrift des Art. 11 EinfG-PsychThG handelt es sich mithin um eine Übergangsregelung, deren Geltungsdauer von vornherein auf das Jahr 1999 beschränkt war. Sie legte in ihrem Abs. 1 eine Ausgabenobergrenze für psychotherapeutische Leistungen des Jahres 1999 fest, die aber unter gewissen Voraussetzungen durch Vereinbarung der Gesamtvertragsparteien erhöht werden konnte. Art. 11 Abs. 2 des Gesetzes verpflichtete außerdem die Gesamtvertragsparteien zu Maßnahmen, sofern der Punktwert für psychotherapeutische Leistungen einen Vergleichspunktwert in einem bestimmten Rahmen unterschritt (vgl. BSG, Urt. v. 06.11.2002, Aktenzeichen: [B 6 KA 21/02 R](#), aaO., juris Rdnr. 17). Weitere gesetzgeberische Interventionen hat der Gesetzgeber nur hinsichtlich der Honorarverteilung vorgenommen, nicht aber gegenüber den Gesamtvertragsparteien bei Festsetzung der Gesamtvergütung. Er hat die Berücksichtigung eventuell bestehender Besonderheiten bei der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen ab dem Jahre 2000 daher ausschließlich der Vertragskompetenz der Gesamtvertragsparteien überantwortet. Die bisherige BSG-Rechtsprechung hat den Gesetzgeber lediglich dazu bewogen, Vorgaben für die Honorarverteilung zu machen. Von daher fällt das Risiko der Vergütungshöhe der psychotherapeutischen Leistungen ausschließlich in den Bereich der Honorarverteilung und damit in den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung. Das Bundessozialgericht hat zwar in seiner Entscheidung bzgl. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 in einem obiter dictum ausgeführt, nach Neuregelung durch den Bewertungsausschuss könne insoweit auch die Notwendigkeit einer Anpassung der Gesamtvergütung bestehen, die Partner der Gesamtverträge – Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung – würden berücksichtigen müssen, dass die auf der Grundlage des – nunmehr als rechtswidrig erkannten – Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 für die

psychotherapeutische Versorgung der Versicherten zur Verfügung gestellten Gesamtvergütungsanteile zu niedrig veranschlagt worden seien, auf der Basis einer geänderten Rechtsgrundlage, wie sie vom Bewertungsausschuss zu schaffen sei, könne sich die Notwendigkeit ergeben, auch die Höhe der Gesamtvergütung zu modifizieren (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.2004, Aktenzeichen: [B 6 KA 52/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#) = [BSGE 92, 87](#) = [MedR 2004, 396](#) = Breith 2004, 827, juris Rdnr. 50). Das Bundessozialgericht hat ferner in einem weiteren obiter dictum seine Auffassung bestätigt, dass nur in ganz besonders gelagerten Ausnahmefällen, wenn die Krankenkassen über ihre Spitzenverbände unmittelbaren Einfluss auf Vergütungsentscheidungen genommen haben, eine Notwendigkeit nachträglicher Anpassung der Gesamtvergütungen bestehen könne, wie es bereits zur Vergütung bestimmter psychotherapeutischer Leistungen ab dem Jahre 2000 entschieden habe (vgl. BSG, Urt. v. 31.08.2005, Aktenzeichen: [B 6 KA 6/04 R](#), aaO., juris Rdnr. 23). Die Kammer sieht hierin aber nur eine Anregung an die Vertragsparteien, hierüber zu verhandeln, was sich im Übrigen der Beigeladene nicht verschlossen hat.

Für das Jahr 2004 ist aber von einer Zuständigkeit des Beklagten auszugehen.

Im am 08.08.2005 geschlossen Vertrag für das Jahr 2004 heißt es unter Abschnitt 3.1 Antrags- und genehmigungspflichtige, zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen: "Eine Einigung über die Finanzierung der Mehrkosten aufgrund der höher bewerteten psychotherapeutischen Leistungen basierend auf den Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 28. Januar 2004, Aktenzeichen: [B 6 KA 52/03 R](#), 53/03 R, 23/03 R und 25/03 für die Zeit bis 31. Dezember 2004 konnte nicht erzielt werden, da die Verhandlungen insoweit gescheitert sind." Damit haben die Vertragsparteien die hier strittige Vergütungsfrage ausdrücklich ausgeklammert. Sie haben diese Frage in der gesamtvertraglichen Vergütungsvereinbarung ausdrücklich als nicht einigungsfähig gekennzeichnet wird. Damit ist von einer Zuständigkeit des Beklagten auszugehen. Es ist dabei unerheblich, dass der Antrag bereits vor Abschluss des Vertrages gestellt wurde, da es sich allenfalls um wenige Tage handelt und davon auszugehen ist, dass die fehlende Einigung bereits absehbar war.

Für das Jahr 2004 ist der angefochtene Beschluss ebf. rechtswidrig, aber wegen unzureichender Begründung. Hierdurch wird die Klägerin in ihren Rechten verletzt.

Soweit der Beklagte in dem in diesem Verfahren angefochtenen Beschluss eine Entscheidung nur für das 1. Halbjahr 2004 getroffen hat, war dies von der Kammer nicht zu beanstanden. Sachlich hat der Beklagte das Verfahren bzgl. des 2. Halbjahr 2004 von diesem Verfahren getrennt und in das Verfahren über die Gesamtvergütung 2005 einbezogen. Dies war zulässig.

Soweit der Beklagte davon ausgeht, auf der Grundlage der jeweils getroffenen Annahmen seien beide schriftsätzlich eingereichten Antragsbegründungen nachvollziehbar und vertretbar erschienen, enthebt ihn dies nicht einer Prüfung der Rechtslage. Die Beigeladene hat umfänglich dargelegt, dass ein Anspruch der Klägerin nicht bestehen kann, während die Klägerin dargelegt hat, weshalb die Beigeladene für den geltend gemachten Mehraufwand vollumfänglich einzustehen habe. Hiermit setzt sich der Beklagte in der Begründung nicht auseinander. Für das Jahr 2004 treffen auch die Annahmen einer bestehenden Nachverhandlungsklausel oder des Wegfalls der Geschäftsgrundlage nicht zu. Soweit der Beklagte hierbei nicht zu erkennen gibt, von welcher Rechtsgrundlage er seine Entscheidung abhängig macht, wird auch nicht erkennbar, welchen gestalterischen Spielraum er ausfüllt bzw. ausfüllen will. Soweit der Beklagte eine hälftige Teilung festsetzt, wird dies nicht begründet. Das vom Beklagten festgestellte fehlende Kriterium enthebt ihn nicht, seine Entscheidungsgründe anzugeben. Die hier strittige Vergütungsfrage ist auch in den Gesamtkontext des Vertrages für das Jahr 2004 zu stellen, da nur dann die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität festgestellt werden kann. Aus den Bescheidgründen wird nicht ersichtlich, weshalb hier ausnahmsweise die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen überschritten werden dürfte. Nach [§ 71 SGB V](#) in der für das Jahr 2004 maßgeblichen Fassung, haben, abgesehen von hier nicht in Betracht kommenden weiteren Ausnahmen, die Gesamtvertragspartner die Vergütungsvereinbarung so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Sollte dies der Beklagte als gegeben ansehen, so hat er dies im Rahmen der Neubescheidung im Einzelnen darzulegen. Von daher war der Kammer auch nicht nachvollziehbar, aus welchen rechtlichen Grundlagen die Annahme des Beklagten folgt, die ökonomischen Effekte des neuen Beschlusses des Bewertungsausschusses müssten nach Gesichtspunkten der Zumutbarkeit auf die Vertragsparteien aufgeteilt werden.

Im Ergebnis war der Klage daher nur im tenorierten Umfang stattzugeben, im Übrigen war sie aber abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Die Quotelung folgt dabei in etwa den Verhältnissen des Unterliegens und Obsiegens nach Maßgabe des strittigen Zeitraums.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-08-25