

## S 11 KA 689/08 ZVW

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 11 KA 689/08 ZVW  
Datum  
31.03.2010  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 26/10  
Datum  
21.04.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Bei der Berechnung des Mindestpunktwertes für zeitgebundene genehmigungspflichtige Leistungen auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 ist der Abzug eines Notdienstfaktors zur Mitfinanzierung des organisierten ärztlichen Notdienstes nicht zu beanstanden, solange dadurch keine Benachteiligung der Psychotherapeuten gegenüber anderen Fachgruppen entsteht. Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Gerichtskosten einschließlich der Kosten des Revisionsverfahrens. Die Beteiligten haben einander im Übrigen keine Kosten zu erstatten.

Der Streitwert wird auf 5.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung der Klägerin für das Quartal III/04.

Die Klägerin ist Psychologische Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und nimmt als solche an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Sie rechnet mindestens 90 % ihrer Leistungen nach dem Abschnitt G IV des EBM ab.

Mit Honorarbescheid vom 07.02.2005 setzte die Beklagte für die Klägerin für das Quartal III/04 einen Gesamthonorarananspruch in Höhe von EUR 20.261,50 brutto und EUR 19.724,36 netto fest. Für "Psychotherapieleistungen" werden in dem Bescheid insgesamt 407.450 Punkte ausgewiesen. Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin am 19.04.2005 Widerspruch, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27.05.2005 zurückwies. Zur Begründung verwies sie auf die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 und Februar 2005, mit denen der Bewertungsausschuss die Vorgaben des Bundessozialgerichts umgesetzt habe. Unter Berücksichtigung dieser Beschlüsse habe sie, die Beklagte, auch für die Zeit ab dem 01.07.2004 für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts G IV des EBM einen Mindestpunktwert ermittelt, der sich im Primärkassenbereich auf 4,67 Cent und im Ersatzkassenbereich auf 4,70 Cent belaufe. Diese Punktwerte seien bereits um die anteiligen Aufwendungen für den organisierten Notdienst reduziert. Lasse man diesen minimalen prozentualen Abzug außer Acht, ergebe sich für die zeitgebundenen genehmigungspflichtigen Psychotherapien ein Punktwert von 4,84 Cent im Primär- und Ersatzkassenbereich. Auch die Minderung des Punktwertes um die anteiligen Aufwendungen für den organisierten Notdienst sei nicht zu beanstanden. Gleichfalls korrekt sei, dass die "übrigen" abgerechneten Leistungen, wie z.B. probatorische Sitzungen, mit dem floatenden Punktwert der entsprechenden Honorargruppe vergütet worden seien, denn eine Stützungsverpflichtung sei aufgrund der Rechtsprechung und der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses nur für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts G IV des EBM gegeben.

Gegen diesen Bescheid hat die Klägerin am 30.06.2005 Klage erhoben. Sie hat zunächst vorgetragen, die angefochtenen Bescheide seien rechtswidrig. Der Bewertungsausschuss habe auch mit seinen neuen Beschlüssen den Begriff der "angemessenen Höhe der Vergütung pro Zeiteinheit" in rechtswidriger Weise konkretisiert. Das Berechnungsmodell des Ausschusses beruhe nach wie vor in einigen Punkten auf "strukturellen Fehlfestlegungen". Fehlerhaft sei zunächst die Höhe der in Ansatz gebrachten Praxiskosten, bei denen die ermittelte Höhe nicht hinreichend nachvollziehbar und zudem die in die Berechnung eingestellten Personalkosten zu niedrig seien. Auch sei die Art und Weise der Berechnung inkongruent. Eine starre Kostenquote sei nicht systemgerecht. Zudem seien mindestens Kosten für eine Halbtagskraft mit einer Vergütung nach BAT VII sowie Kosten für eine Reinigungskraft anzusetzen. Bei dem erforderlichen linearen Kostenansatz und der - vom BSG zugrunde gelegten - Kostenquote von 40,2 % ergäben sich Betriebskosten von EUR 46.109. Weiter sei bei

der Ermittlung des Ertrages der ärztlichen Vergleichsgruppen deren durchschnittlicher Ist-Jahresumsatz nicht in vollem Umfang, sondern bereinigt um Honorare aus belegärztlicher Behandlung, aus Kapitel O und U ebenso wie Dialysekosten, regional vereinbarte Kosten und Honorare aus Vergütungen nach [§ 63 SGB V](#) herangezogen worden, was das Gebot der Honorargerechtigkeit verletze. Auch seien bei der Berechnung des Vergleichsertrages nach Ziffer 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses die Betriebskosten bei der Vergleichsarztgruppe doppelt in Ansatz gebracht worden. Darüber hinaus sei die vorgesehene Quartalsobergrenze von 561.150 Punkten nur dann zulässig, wenn, bezogen auf das gesamte Jahr, die in einem Quartal nicht ausgenutzte Quote auf die übrigen Quartale dieses Jahres übertragen werden könne. Schließlich müsse der Mindestpunktwert auch auf die zwar zeitgebundenen, jedoch nicht genehmigungspflichtigen probatorischen Sitzungen der Psychotherapeuten erstreckt werden, soweit sich den probatorischen Sitzungen tatsächlich eine genehmigungspflichtige Psychotherapie anschließe. Über die Rechtswidrigkeit der Beschlüsse des Bewertungsausschusses hinaus sei auch die Umsetzung dieser Beschlüsse durch die Beklagte fehlerbehaftet.

Die Beklagte hat die Ansicht vertreten, die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Sie seien sowohl sachlich als auch rechnerisch richtig. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses entsprächen den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 S. 4 SGB V](#). Weder die zugrunde gelegten Betriebsausgaben in Höhe der von EUR 40.634 noch die Herausnahme bestimmter Leistungsarten bei der Ermittlung des Ist-Umsatzes der Vergleichsarztgruppe sei zu beanstanden. Die Höhe der Betriebsausgaben beruhe auf den Werten des Zentralinstituts Köln, welche dieses anlässlich einer Kostenstrukturanalyse für Psychotherapeuten für das Jahr 1999 ermittelt habe. Auch die Bereinigung des Ist-Umsatzes sei korrekt, da sich dieser nur auf anerkanntes Honorar aus ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit beziehe. Rechtmäßig sei darüber hinaus auch die Quartalsobergrenze, die auch vom Bundessozialgericht bisher nicht in Frage gestellt worden sei. Schwankungen innerhalb eines Quartals seien insoweit zu tolerieren. Es sei schließlich rechtlich auch nicht geboten, dass für probatorische Sitzungen, die sich aufgrund der fehlenden Genehmigungspflichtigkeit und Zeitabhängigkeit von anderen vertragsärztlichen Leistungen gerade nicht signifikant unterschieden, ein Mindestpunktwert gezahlt werden müsse. Sie habe die Beschlüsse des Bewertungsausschusses überdies korrekt umgesetzt.

Das SG Marburg (Urteil vom 04.07.2007, Az. [S 11 KA 270/05](#)) hat die Klage teilweise abgewiesen, die Beklagte jedoch verurteilt, unter Abänderung ihres Bescheides vom 06.02.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.07.2005 über die Honoraransprüche der Klägerin für das Quartal III/04 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die Bescheide seien rechtswidrig, weil die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 und Februar 2005, auf deren Grundlage das dem Kläger zuerkannte Honorar berechnet wurde, ihrerseits rechtswidrig seien. Denn mit diesen Beschlüssen habe der Bewertungsausschuss den Begriff der nach [§ 85 Abs. 4 S. 4 SGB V](#) zu gewährleistenden "angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit", auch unter Berücksichtigung des ihm zustehenden Gestaltungsspielraums, in rechtlich fehlerhafter Weise interpretiert und umgesetzt. Nicht zu beanstanden sei hingegen, dass nur für die genehmigungspflichtigen zeit- und antragsgebundenen Leistungen nach Abschnitt G IV des EBM ein regionaler Mindestpunktwert vorgegeben werde. Nicht geboten sei, die Mindestpunktwert-Regelung auch auf probatorische Sitzungen auszudehnen.

Mit Beschluss vom 29.08.2007 hat die Kammer auf Antrag der Beklagten die Sprungrevision zugelassen. Die Beklagte hat daraufhin am 26.09.2007 die Sprungrevision auch eingelegt.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 28.05.2008 (Az. [B 6 KA 43/07 R](#)) das Urteil des SG Marburg aufgehoben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das SG Marburg zurückverwiesen. Es hat festgestellt, dass die Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 18.2.2005 zur Berechnung der Psychotherapie-Punktwerte für die hier maßgeblichen Zeiträume ab 2002 rechtmäßig sind. Gleichwohl hat der Senat in der Sache nicht abschließend über die Honoraransprüche der Klägerin entschieden, weil das SG die hierfür erforderlichen tatsächlichen Feststellungen in Bezug auf die Einwendungen der Klägerin gegen die Richtigkeit der von der Beklagten vorgenommenen Punktwertberechnung aufgrund seiner abweichenden Rechtsauffassung nicht getroffen hatte. Nicht beanstandet hat das BSG zunächst die Vorgabe eines festen Betrags von 40.634 Euro für die bei der Berechnung des Psychotherapie-Punktwertes zu berücksichtigenden Betriebsausgaben einer voll ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis. Der Bewertungsausschuss war von Rechts wegen nicht verpflichtet, die Betriebskosten solcher Psychotherapeuten mit einer prozentualen Kostenquote von z. B. 40,2 % ihrer Soll-Umsätze zu erfassen. Auch die Höhe der berücksichtigten Betriebskosten begegnet keinen Bedenken. Auch nicht zu beanstanden ist nach dem BSG der Berechnung zugrunde liegende "Fachgruppenmix". Als wesentliche Vorgabe für die Berechnung der Psychotherapie-Punktwerte enthält der Beschluss vom 18.2.2005 nähere Maßgaben für die Ermittlung des Vergleichsertrags der zum Einkommensvergleich herangezogenen Arztgruppen. Während Nr. 2.2.1.6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses die für die unterschiedlichen Zeiträume einheitlich anzuwendenden Berechnungsvorgaben aufstellt, sind unter Nr. 2.3 bis 2.7 für die jeweilige Periode das maßgebliche Bezugsjahr und die Vergleichsgruppe festgelegt. Gemäß Nr. 2.3 und Nr. 2.4 ist in den Jahren 2000 und 2001 auf den Ertrag der Allgemeinmediziner im hausärztlichen Versorgungsbereich abzustellen; für die nachfolgenden Zeiträume ist der "Fachgruppenmix" maßgeblich. Auch die vom Bewertungsausschuss in Nr. 2.2.1.6 Abs. 2 des Beschlusses vom 18.2.2005 vorgegebene Bereinigung der zum Vergleich herangezogenen Honorare um bestimmte Leistungen begegnet nach den Feststellungen des Senats jedenfalls insoweit keinen durchgreifenden Bedenken, als sie sich - für Zeiträume ab 1.1.2002 - auf die durchschnittlichen Erträge der Arztgruppen des "Fachgruppenmix" bezieht. Dies hält sich im Rahmen des Gestaltungsspielraums, der den Normgeber berechtigt, gerade im Bereich eines komplexen sowie der Steuerung dienenden Regelungsgefüges pauschalierende und typisierende Vorgaben zu treffen und auszuwählen, nach welchen Kriterien er Sachverhalte als im Wesentlichen gleich oder ungleich ansieht.

Dem Sozialgericht hat der Senat aufgegeben, bei seiner erneuten Entscheidung zu klären, ob der weitere Einwand der Klägerin berechtigt ist, der auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses für alle Kassenarten einheitlich zu bestimmende Psychotherapie-Punktwert sei von der Beklagten aufgrund von Bestimmungen der Honorarverteilung zu Unrecht zur Finanzierung der im vertragsärztlichen Notdienst erbrachten Leistungen um unterschiedliche Quoten im Primär- und Ersatzkassenbereich reduziert worden. Weiter hat das BSG dem SG aufgegeben, im Rahmen seiner erneuten Entscheidung die rechnerische Umsetzung der Finanzierung der im Notdienst erbrachten ärztlichen Leistungen nach den Vorgaben des HVM bzw. HVV im Einzelnen nachzuvollziehen. Weiterhin muss aufgeklärt werden, ob diese Umsetzung den normativen Vorgaben in den Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 der ab 1.7.2003 geltenden Grundsätze der Honorarverteilung der Beklagten entspricht (die wegen des erst mit Wirkung ab Quartal II/2005 zwischen Krankenkassen und KÄV abgeschlossenen Honorarverteilungsvertrags bis einschließlich Quartal I/2005 weiterhin zur Anwendung kamen, vgl. info.doc Nr. 3/2004 S 28, Nr. 3/2005 S 16, abrufbar über [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) unter Publikationen). In Abschnitt 4 Nr. 3 Abs. 2 der genannten Anlagen ist jeweils geregelt, dass die erforderlichen Honoraranteile zur Vergütung der Leistungen im ärztlichen Notdienst mit einem festen Punktwert "durch Quotierung aller nach diesen Honorarverteilungsgrundsätzen festgestellten Punktwerte (ausgenommen Mindestpunktwerte)" zur Verfügung gestellt werden.

In Fußnoten, deren Qualität als amtliche Anmerkung oder lediglich redaktioneller Hinweis nicht ersichtlich wird, ist allerdings genau das Gegenteil dieser Regelung vermerkt, dass nämlich die Mindestpunktwerte nicht ausgenommen, sondern "entsprechend niedriger angesetzt" sind. Schließlich hat das BSG darauf hingewiesen, dass bei der rechtlichen Bewertung zu berücksichtigen ist, dass einerseits HVM-Regelungen den Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Anwendung eines Mindestpunktwerts für die Vergütung zeitgebundener und genehmigungsbedürftiger psychotherapeutischer Leistungen im Beschluss vom 18.2.2005 nicht widersprechen dürfen ([BSGE 92, 87 = SozR 4-2500 § 85 Nr 8](#), jeweils RdNr 14 f). Andererseits haben es die Psychotherapeuten hinzunehmen, dass aus den von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen auch die im Notdienst erbrachten Leistungen vergütet werden. Dies wird üblicherweise durch entsprechende Vorwegabzüge vor Aufteilung der Gesamtvergütungen auf die einzelnen Honorarbereiche umgesetzt, so wie dies auch in § 7 des HVM der Beklagten – allerdings für andere Leistungen wie etwa diejenigen der Universitäts-Polikliniken oder für Sonderhonorare und sonstige Leistungen – vorgesehen ist (dort LZ 701). Zu ermitteln ist, ob die Regelungstechnik der Beklagten, zunächst sämtliche Punktwerte ohne Berücksichtigung der Aufwendungen für den Notdienst zu berechnen und diese erst anschließend entsprechend dem Finanzbedarf für die Notdienstleistungen zu quotieren, zu wesentlich abweichenden Verteilungsergebnissen führt. In diesem Zusammenhang wird auch zu bewerten sein, ob diese Regelungstechnik möglicherweise eine Benachteiligung einzelner Gruppen von Psychotherapeuten (je nach Umfang ihres Anteils an G IV-Leistungen) – oder auch dieser insgesamt im Verhältnis zu anderen Arztgruppen, deren Leistungen ebenfalls mit festen Punktwerten vergütet werden – bewirkt.

Mit Beschluss vom 23.02.2007 hatte das erstinstanzliche Gericht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Beigeladene zu 1), den AOK-Bundesverband (Beigeladener zu 2), die Bundesverbände der Betriebskrankenkassen (Beigeladener zu 3), Innungskrankenkassen (Beigeladener zu 4) und Landwirtschaftlichen Krankenkassen (Beigeladener zu 6), die Verbände der Angestellten-Krankenkassen (Beigeladener zu 7) und der Arbeiter-Ersatzkassen (Beigeladener zu 8) sowie die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See (Beigeladene zu 5) zu dem Verfahren beigeladen. Mit Beschluss vom 23.12.2009 hat die erkennende Kammer die Beiladung hinsichtlich der Beigeladenen zu 2-8 aufgehoben und stattdessen den C. beigeladen.

Im vorliegenden Verfahren trägt die Klägerin nunmehr vor, dass sich aus der Methodik des Abzuges für den organisierten Notdienst eine deutliche Benachteiligung der Psychotherapeuten ergebe. Bis zum Quartal III/2002 sei es so gewesen, dass die Kosten für den organisierten Notdienst aus einer Quotierung des Honorars der Haus- und Fachärzte bezahlt worden seien. Dabei seien unterschiedliche Quoten für den Primär- und Ersatzkassenbereich festgelegt worden. Im Durchschnitt habe sich ein Punktwertabzug von ca. 3% ergeben. Mit dem Quartal IV/02 sei dann die Honorargruppe C eingeführt worden. Die für die Leistungen des organisierten Notdienstes notwendigen Honoraranteile seien durch Quotierung aller nach den Honorarverteilungsgrundsätzen festgestellten Punktwerte zur Verfügung gestellt worden. Diese Quotierung wirke sich für die Fachgruppe der Psychotherapeuten entscheidend anders aus als für die Fachgruppe der Haus- und übrigen Fachärzte. Bereits bei der Berechnung der Ist-Umsätze der Vergleichsarztgruppe des Fachgruppenmixes seien Abzüge vermutlich unter dem Faktor "regional vereinbarte Kosten" in Ansatz gebracht worden. Damit sei der Mindestpunktwert für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts G IV des EBM wegen des Bezugs zur Vergleichsgruppe ebenfalls gesunken. Durch diese Auswirkungen auf den Punktwert habe die Fachgruppe der Psychotherapeuten bereits eine Minderung des Mindestpunktwertes erfahren, bevor sie unmittelbar und erneut zur Finanzierung des Notdienstes mit herangezogen worden sei. Zudem sei durch einen Vorwegabzug der Anteile der erweiterten Honorarverteilung eine Benachteiligung der Psychotherapeuten entstanden.

Die Klägerin beantragt,  
den Bescheid der Beklagten vom 07.02.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, sie hinsichtlich ihrer Vergütung für das Quartal III/04 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Die Beigeladenen stellen keinen Antrag.

Die Beklagte trägt unter Vorlage detaillierter Berechnungen und Programmieranweisungen vor, wie sie die Arztzahlen des Fachgruppenmixes ermittelt habe. Dauerassistenten hätten keine Berücksichtigung gefunden, zudem seien auch nur Personen ohne Jobsharing mit eingestellt worden. Darüber hinaus habe man nur diejenigen Ärzte gezählt, die in allen 4 Quartalen des Jahres unter der gleichen Arztnummer jeweils mindestens eine der relevanten Leistungen abgerechnet hätten. Bezug nehmend auf die Frage der Beteiligung der Psychotherapeuten an der Finanzierung des Notdienstes trägt die Beklagte weiter vor, dass die den Psychotherapeuten zugewiesenen Mindestpunktwerte so berechnet wurden, dass hier bereits ein Abzug vorgenommen worden sei. Dies komme zum Ausdruck durch die Formulierung in Fußnote 12 in der es heiße, dass die Mindestpunktwerte entsprechend niedriger angesetzt seien. Die bereits erfolgte Absenkung sei gerade auf den Abzug für Leistungen des organisierten ärztlichen Notdienstes zurückzuführen. Dies werde auch deutlich im Kontext mit Ziffer 4 der Anlage 1 bzw. 2 der Leitzahl 702. Dort heiße es, dass für zeitgebundene genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts G IV des EBM innerhalb der Honoraruntergruppen A 2.1 bis A 2.3 ein Mindestpunktwert gemäß Vorgaben des Bewertungsausschusses für ausschließlich psychotherapeutische Ärzte bis zu einer bestimmten Punktzahl zu vergüten sei. In der entsprechenden Fußnote werde dann darauf hingewiesen, dass der Mindestpunktwert unter Berücksichtigung der anteiligen Aufwendungen für Leistungen des Honorarbereichs C reduziert wurde. Der Zusatz, dass Mindestpunktwerte ausgenommen sein sollen, habe somit ausschließlich Klarstellungsfunktion dahingehend, dass keine weitere Reduzierung erfolgen solle. Keinesfalls sei die Formulierung jedenfalls so zu verstehen, als solle der Mindestpunktwert keinem Abzug für Leistungen des organisierten ärztlichen Notdienstes unterliegen.

Im streitigen Quartal sowie in den Folgequartalen habe der Abzug im Hinblick auf die sonstigen Punktwerte wie folgt ausgesehen:

Quartal	Notdienstfaktor EK	Notdienstfaktor PK
III/04	2,79 %	3,46 %
IV/04	2,75 %	3,65 %
I/05	2,56 %	3,41 %

Dieser Notdienstfaktor für die sonstigen Punktwerte errechne sich dabei auf der Basis des Jahres 2001 wie folgt:

Quartal PK EK

Honorarbedarf für Honorarbereich C Minderungsquote %-Anteil bezogen auf Gesamtvergütung Honorarbedarf für Honorarbereich C

Minderungsquote %-Anteil bezogen auf Gesamtvergütung

I/01 18,0 Mio. DM 3,41 % 10,2 Mio. DM 2,56 %

III/01 17,6 Mio. DM 3,46 % 10,2 Mio. DM 2,79 %

IV/01 18,9 Mio. DM 3,65 % 11,0 Mio. DM 2,75 %

Für den Mindestpunkt看 Psychotherapie sei ein konstanter Faktor von 2,6915% im Falle der Ersatzkassen und 3,3126% im Falle der Primärkassen zugrunde gelegt worden. Insoweit seien die Angaben im Widerspruchsbescheid richtig zu stellen. Es sei nicht der Notdienstfaktor herangezogen worden, der für die sonstigen Punktwerte zur Anwendung gekommen sei. Hier sei ein fester, gleichbleibender Faktor angesetzt worden. Es sei auch zweckmäßig gewesen, eine einheitliche Abzugsquote zugrunde zu legen, da auch der Mindestpunkt看 für einen gewissen Zeitraum hätte festgeschrieben werden müssen. Nur so habe eine Stabilität des Mindestpunktwerts erreicht werden können. Vor diesem Hintergrund habe man einen durchschnittlichen Bedarf ermittelt, der zur Finanzierung des Notdienstes benötigt worden sei und, daran orientiert, den Faktor berechnet. Die Beklagte legt dar, dass der Mindestpunkt看 geringer gewesen wäre, wenn er den gleichen Abzug für den Notdienst erfahren hätte, wie die sonstigen Punktwerte:

Quartal PT-Mindestpunkt看 PT-Mindestpunkt看 bei Abzug Notdienstfaktor EK wie sonstige Punktwerte PT-Mindestpunkt看 bei Abzug Notdienst entsprechend HVM EK, wie ausgezahlt PT-Mindestpunkt看 bei Abzug Notdienstfaktor PK wie sonstige Punktwerte PT-Mindestpunkt看 bei Abzug Notdienst entsprechend HVM PK, wie ausgezahlt

III/04 4,83 4,695 4,700 4,663 4,670

IV/04 4,83 4,697 4,700 4,654 4,670

I/05 4,83 4,706 4,700 4,665 4,670

Insoweit seien die Psychotherapeuten nicht beschwert, sondern durch diese Regelung sogar begünstigt worden.

Bei der Berechnung der Ist-Umsätze des Fachgruppenmixes seien gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses ausschließlich die Honoraranteile aus belegärztlicher Behandlung, Honorar aus Kapitel O und U sowie Dialysesachkosten, regional vereinbarte Kosten und Honorar aus Vergütung nach § 63 SGB unberücksichtigt geblieben. Bei den regional vereinbarten Kosten handele es sich um Kosten, die nicht im EBM sondern über hessische Pseudoziffern abgebildet würden. Da ab dem Quartal IV/02 der Notdienst über einen Honorarabzug mit Faktor finanziert worden sei, habe man diesen Faktor den Ist-Umsätzen wieder hinzusetzen müssen, was sich aus der vorgelegten Berechnung ergebe. In die Vergleichsberechnung seien zudem die reinen Bruttohonorare, d. h. die Honorare vor EHV-Abzug einbezogen worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird zunächst ausdrücklich Bezug genommen auf die von der Beklagten vorgelegten Programmieranweisungen und Berechnungen, Bl. 17 bis 27 der Gerichtsakte, sowie den Vortrag der Beklagten im Rahmen der mündlichen Verhandlung. Zudem nimmt die Kammer Bezug auf die Verwaltungsakte, die Gerichtsakte zum Verfahren [S 11 KA 270/05](#) sowie die Akte des Bundessozialgerichts zum Aktenzeichen [B 6 KA 43/07 R](#) und die Prozessakte im vorliegenden Verfahren, die allesamt in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die zulässige Klage ist nicht begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 07.02.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2005 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung, weil die Beklagte die rechtmäßigen Vorgaben des Bewertungsausschusses im HVM bzw. HVV in nicht zu beanstandender Weise umgesetzt hat. Insbesondere folgt auch die Berechnung des Mindestpunktwertes den vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Maßstäben.

Rechtsgrundlage der Berechnungen ist zunächst der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (Beschluss gemäß § 85 Abs. 4a SG V durch den Bewertungsausschuss nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004; abgeändert hinsichtlich vorliegend nicht maßgeblicher Zeiträume durch den Beschluss in der 96. Sitzung), in dem der Bewertungsausschuss aufgrund der Urteile des BSG vom 28.01.2004 ([B 6 KA 52/03 R](#) und [B 6 KA 53/03](#)) eine Neuregelung der Vergütung der Psychotherapeuten auch rückwirkend für den Zeitraum ab dem 01.01.2000 getroffen hat.

Dieser Beschluss ist rechtmäßig (BSG, Urteile vom 28.05.2008, Az. [B 6 KA 41/07 R](#), 42/07 R und 43/07 R). Die Beklagte berechnet den Mindestpunkt看 für die zeitgebundenen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen und die sich daraus ergebenden Honorare auf Grundlage dieses Beschlusses.

Für den Zeitraum ab 1.7.2004 gilt danach, dass ein Vergleichsertrag zu bilden ist, der sich aus dem mit der Arztzahl gewichteten durchschnittlichen Ist-Umsatz der Fachärzte (Augenärzte, Chirurgen mit und ohne Schwerpunkt, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Orthopäden und Urologen) im fachärztlichen Versorgungsbereich gem. [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) im Jahr 2002 multipliziert mit einem Faktor für jede Arztgruppe ergibt.

1. Die Kammer hat zunächst keine Bedenken im Hinblick auf die Berechnung der Arztzahlen des Fachgruppenmixes. Die Beklagte hat in ihrem Schriftsatz vom 12.02.2009 ausführlich dargelegt, wie die Arztzahlen ermittelt wurden. Dauerassistenten und Jobsharer fanden keine Berücksichtigung. Darüber hinaus wurden nur Ärzte gezählt, die in allen vier Quartalen des Jahres 2002 unter der gleichen Arztnummer jeweils mindestens eine der relevanten Leistungen abgerechnet haben. Die Tatsache, dass Ärzte aus Gemeinschaftspraxen jeweils mit dem

Faktor 1 berücksichtigt wurden, ist zur Überzeugung des Gerichts ebenfalls von den Vorgaben des Bewertungsausschusses gedeckt, da es maßgeblich auf die Zahl der abrechnenden Personen ankommt. Die Gemeinschaftspraxis ist nur ein Zusammenschluss der abrechnenden Ärzte. Die Ermittlung der Arztzahlen wurde im Übrigen nach den Ausführungen der Beklagten von Seiten der Klägerin nicht mehr streitig gestellt.

2. Die Kammer ist zudem – auch nach der Vorlage der beiden Auszüge aus den Kurzprotokollen des beratenden Fachausschusses in der mündlichen Verhandlung – der Überzeugung, dass im Rahmen der Berechnung des Mindestpunktwertes Psychotherapie keine unzulässige Verminderung durch den Abzug von EHV-Anteilen erfolgt ist. Die grundsätzliche Rechtswidrigkeit eines solchen Abzuges folgt bereits aus der Tatsache, dass die psychologischen Psychotherapeuten an diesem System nicht teilnehmen (vgl. Hess LSG, Urteil vom 28.06.2006, [L 4 KA 35/05](#)).

Dass ein solcher Abzug jedoch gerade nicht vorgenommen wurde, ergibt sich bereits aus den von der Beklagten vorgelegten Programmieranweisungen, die zunächst ausschließlich auf das "Ambulante Anerkannte Honorar (LG 1 bis 9 und 12)×Bruttoquote (DM)" für den Bereich der Primär- und Ersatzkassen Bezug nehmen, Bl. 17 der Gerichtsakte. Aus dem "Klartext" der Programmieranweisung ergibt sich, dass es sich insoweit um das "quotierte Bruttohonorar PK+EK Gesamt" handelt, was auch der Beklagtenvertreter in der mündlichen Verhandlung erneut bestätigt hat. Dass es sich bei diesem Honorar um die Bruttohonorarforderung ohne EHV-Abzug handelt, ergibt sich auch aus der Systematik der EHV-Berechnung. Bei der Ermittlung der für die EHV einzubehaltenden Gesamtvergütungsanteile, die auf die einzelne Praxis entfallen, werden besondere Kosten berücksichtigt. Dies geschieht deshalb, weil innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung signifikante Abweichungen bei den Kostensätzen bestehen, die eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Honorargruppen im Sinne des Gleichbehandlungsgrundsatzes notwendig machen (BSG, Urteil vom 16.07.2008, Az. [B 6 KA 38/07 R](#)). Ein Abzug dieser Kostensätze vom Bruttohonorar ist daher grundsätzlich vor Berechnung des EHV-Abzuges notwendig. Ein derartiges Vorgehen hätte sich in der Programmieranweisung niederschlagen müssen. Dieser ist jedoch gerade nicht zu entnehmen, dass EHV-relevante Kostensätze abgezogen worden wären. Dass ein Vorwegabzug von EHV-Anteilen seitens der Beklagten tatsächlich vorgenommen wurde, obwohl er in der Programmieranweisung nicht erfasst ist, hält das Gericht für abwegig. Diese Überzeugung vermag auch das von Seiten des Klägers im Parallelverfahren zum Az. S 11 KA 690/08 ZVW im Rahmen der mündlichen Verhandlung vorgelegte Kurzprotokoll des beratenden Fachausschusses nicht zu erschüttern. Ausweislich dieses Protokolls hat der juristische Geschäftsführer der Beklagten, Herr JP., zwar ausdrücklich bestätigt, dass die Berechnung des durchschnittlichen Einkommens der Vergleichspraxen nach Abzug EHV erfolgt sei. Die Kammer hält diese Auskunft in Zusammenschau mit den vorgelegten Berechnungsgrundlagen jedoch für einen Irrtum.

3. Nach den Vorgaben des BSG sind auch die Psychotherapeuten an der Finanzierung des Notdienstes zu beteiligten. Dies hat die Beklagte bei der Festlegung des Mindestpunktwertes in nicht zu beanstandender Weise getan. Insbesondere steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass ein Abzug für Notdienstkosten nicht – wie vom Prozessbevollmächtigten behauptet – doppelt vorgenommen worden ist. Bei der Frage des Notdienstabzuges geht es um die Finanzierung der ärztlichen Leistungen, die im organisierten Notdienst erbracht werden. Für diese Finanzierung ist im hier maßgeblichen Jahr 2002 zwischen zwei unterschiedlichen Regelungssystematiken, einmal hinsichtlich der Quartale I-III/2002, des Weiteren hinsichtlich des Quartals IV/2002 zu differenzieren.

In den Quartalen I-III/2002 wurden die Leistungen des organisierten ärztlichen Notdienstes innerhalb der Honorargruppentöpfe bezahlt und finanziert. Aus Anlage 1 zur LZ 702 der geltenden Honorarverteilungsbestimmungen (Grundsätze der Honorarverteilung der KV Hessen, Primär- und Ersatzkassen vom 01.12.2001, gültig ab 01.01.2002) folgt zunächst die grundsätzliche Aufteilung in einen hausärztlichen und in einen fachärztlichen Honorarbereich. Die Gesamthonorarforderung wird nach den weiteren Bestimmungen zunächst auf die beiden Honorarbereiche und sodann auf die enumerierten Honorargruppen nach verschiedenen Grundsätzen verteilt. Steht der sich daraus ergebende Verteilungsbetrag für die einzelnen Honorargruppen fest, werden für jede Gruppe Punktwerte bzw. Quoten für die einzelnen Leistungen innerhalb des Bereiches der Primär- und Ersatzkassen separat ermittelt. Aus Nr. VII der Anlage 1 zu LZ 702 ergibt sich sodann, dass die so ermittelten Punktwerte bzw. Quoten nochmals um einen Anteil für den ärztlichen Notdienst quotiert werden. Dies bedeutet im Ergebnis, dass Leistungen im organisierten Notdienst nach dieser Systematik keine Reduzierung des der jeweiligen Honoraruntergruppe zur Verfügung stehenden Bruttohonorarstopfs bewirken, sondern erst bei der Berechnung der Punktwerte Berücksichtigung finden. Die Bruttohonorarforderung der jeweiligen Fachgruppe wird dadurch jedoch nicht reduziert. Es findet vielmehr innerhalb der Honoraruntergruppe eine Umverteilung statt. Bei der Berechnung der Bruttohonorare des Fachgruppenmixes hat die Punktwertquotierung jedoch keinerlei Auswirkungen dergestalt, dass dadurch eine Reduzierung der eingestellten Bruttohonorare erfolgt.

Im Quartal IV/2002 – mit dem neuen HVV (Grundsätze der Honorarverteilung der KV Hessen, Primär- und Ersatzkassen, Stand 8. Juni bzw. 22. Juni 2002, gültig ab 01.10.2002) – wurde diese Regelungssystematik durch die Bildung eines gesonderten Notdienststopfes – Honorarbereich C – grundlegend verändert. Die Leistungen des organisierten Notdienstes werden nunmehr bereits auf der Ebene der Verteilung der Gesamthonorarforderung auf die Honorarbereiche separat berücksichtigt. Dafür werden den übrigen Honorarbereichen vorab Finanzmittel entzogen. Die Beklagte hat dieser neuen Systematik bei der Berechnung der Bruttohonorare des Fachgruppenmixes insoweit Rechnung getragen, als sie die Abzüge, die in den einzelnen Honorargruppen für die Finanzierung des Honorarbereichs C erfolgt sind, der Honorarforderung wieder zugesetzt hat. Dies ergibt sich eindeutig und unzweifelhaft aus der für das Quartal IV/2002 vorgelegten Berechnung, Bl. 22 der Gerichtsakte.

Nach alledem steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass im Rahmen der Ermittlung des Ist-Umsatzes des Fachgruppenmixes weder in den Quartalen I-III/02 noch im Quartal IV/02 ein Abzug für den organisierten Notdienst vorgenommen wurde.

Insoweit ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte sodann den Mindestpunktwert unter Abzug eines Notdienstfaktors ermittelt hat. Fest steht jedoch unzweifelhaft, dass die Verwendung des Terminus "Mindestpunktwert" im ab dem Quartal IV/2002 gültigen HVV irreführend ist, weil der Begriff zur Überzeugung des Gerichts für zwei unterschiedliche Bedeutungen verwendet wird. In Ziff. 4.2.2., 5. Absatz der Anlage 1 zu LZ 702 heißt es zunächst, dass für zeitgebundene genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts G IV EBM innerhalb der jeweiligen Honoraruntergruppen ein Mindestpunktwert gemäß Vorgabe des Bewertungsausschusses gebildet wird. In Fußnote 11 findet sich sodann die Erläuterung, dass der Mindestpunktwert noch unter Berücksichtigung der anteiligen Aufwendungen für Leistungen des Honorarbereichs C reduziert worden sei. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass in der obigen Regelung ein bereits um den Notdienstfaktor reduzierter Punktwert als Mindestpunktwert bezeichnet wird. Demgegenüber nimmt die Begriffsverwendung im Absatz über den fachübergreifenden Notdienst, bei Ziffer 4.2.3. Absatz 3 der Anlage 1 zu LZ 702 Bezug auf den noch nicht um einen Notdienstfaktor reduzierten Punktwert. Dort

heißt es, dass die für die Bewertung notwendigen Honoraranteile durch Quotierung aller nach diesen Honorarverteilungsgrundsätzen festgestellten Punktwerte (ausgenommen Mindestpunktwerte) zur Verfügung gestellt werden. Diese Formulierung legt den Schluss nahe, dass ein Mindestpunktwert nicht mehr reduzierbar ist. Erst in der Fußnote 12 wird erläutert, dass der Mindestpunktwert entsprechend niedriger angesetzt sei. Im Anschluss an das BSG (Urteil vom 28.05.2008, Az. [B 6 KA 43/07](#), Rn. 52) ist auch für die erkennende Kammer die Qualität der Fußnoten als amtliche Anmerkungen oder lediglich redaktionelle Hinweise nicht ersichtlich. Unabhängig von dieser Frage steht jedoch gemäß den Vorgaben des BSG fest, dass die Psychotherapeuten hinzunehmen haben, dass aus den von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen auch die im Notdienst erbrachten Leistungen vergütet werden, sie also auch an der Finanzierung des Notdienstes zu beteiligen sind. Dies ist zwischen den Beteiligten auch unstrittig. Der Mindestpunktwert ist deshalb unter Abzug eines Notdienstfaktors zu berechnen.

4. Auch die Berechnung dieses einheitlichen Abzugsfaktors begegnet keinen Bedenken, weil sie sich nach den Darlegungen der Beklagten – an deren Richtigkeit zu zweifeln die Kammer keinen Anlass hatte – im Vergleich zu den übrigen Fachgruppen für die Psychotherapeuten sogar als begünstigend herausgestellt hat.

Die Kammer vermag nach den vorliegenden Berechnungen auch nicht zu erkennen, dass die Regelungstechnik der Beklagten, zunächst sämtliche Punktwerte ohne Berücksichtigung der Aufwendungen für den Notdienst zu berechnen und diese erst anschließend entsprechend dem Finanzbedarf für die Notdienstleistungen zu quotieren zu die Psychotherapeuten benachteiligenden Verteilungsergebnissen führt. Diese Berechnungsweise ist nach Einschätzung der Kammer der unterschiedlichen Systematik der Vergütung von Leistungen des organisierten Notdienstes in den Quartalen bis III/02 und ab IV/02 geschuldet. Es liegt im Gestaltungsspielraum der Beklagten, die Berechnungsweise festzulegen, sofern dadurch keine Benachteiligungen für einzelne Fachgruppen entstehen. Dass eine Benachteiligung der Psychotherapeuten insgesamt oder einzelner Gruppen von Psychotherapeuten durch diese Regelungstechnik entstanden sein könnte, schließt das Gericht nach den von der Beklagten vorgelegten Berechnungen zum Notdienstfaktor aus. Vielmehr handelt es sich um eine die Psychotherapeuten gegenüber den übrigen Fachgruppen begünstigende Regelung, da der abgezogene Notdienstfaktor im streitgegenständlichen Quartal geringer war, als bei den übrigen Fachgruppen. Insbesondere ist eine Benachteiligung der Klägerin, die mindestens 90% ihrer Leistungen nach Abschnitt G IV des EBM zum Mindestpunktwert abrechnet, ausgeschlossen.

Die Kammer folgt der Beklagten auch darin, dass es zweckmäßig gewesen ist, der Berechnung des Mindestpunktwertes eine einheitliche Abzugsquote zugrunde zu legen, um für den gesamten Zeitraum einen einheitlichen Wert zu erreichen. Das Wesen eines Mindestpunktwertes ist gerade durch eine entsprechende Stabilität geprägt, so dass eine durch den Notdienstabzug begründete Schwankung dieses Wertes von Quartal zu Quartal gerade diesem Wesen zuwider laufen würde.

5. Die Beklagte durfte nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses bei der Berechnung des Mindestpunktwertes regional vereinbarte Kosten vom Ist-Umsatz abziehen. Dies hat sie ausweislich der vorgelegten Berechnungen und Programmieranweisungen auch getan. Die Kammer hatte keinen Anlass, an den Erläuterungen der Beklagten zu zweifeln, die in ihrem Schriftsatz vom 04.03.2010 sowie nochmals ausdrücklich in der mündlichen Verhandlung dargelegt hat, dass im Rahmen dieser Position nur Kosten Berücksichtigung gefunden haben, die nicht im EBM, sondern über hessische Pseudoziffern abgebildet wurden (z.B. Katarakt-Sachkosten und Dialyse-Sachkosten).

6. Schließlich folgt die Kammer der Beklagten auch darin, dass Leistungen sonstiger Kostenträger in die Berechnung des Ist-Umsatzes des Fachgruppenmixes nicht einzubeziehen waren, weil es sich hierbei nicht um Bestandteile der vertragsärztlichen Versorgung handelt. Der Beklagtenvertreter hat in der mündlichen Verhandlung die Rechtsgrundlagen und Abrechnungsvorgänge im Rahmen der Leistungen für sonstige Kostenträger erläutert und dargelegt, dass es sich nicht um Leistungen handelt, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Vielmehr basiert die Abrechnung dieser Leistungen durch die Beklagte auf gesonderten Verträgen mit den jeweiligen Kostenträgern.

Nach alledem konnte die Klage keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§§ 154, 161 VwGO](#).

In den Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00EUR anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)), Der wirtschaftliche Wert des Begehrens ist vorliegend nicht zu beziffern, weshalb vom Regelstreitwert auszugehen war. Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-08-15