

L 5 KA 5157/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 1009/09
Datum

20.10.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 5157/11
Datum

25.09.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.10.2011 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 5.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der (Nach-)Vergütung für die Quartale I/2002, I/2003, I/2004 und II/2004.

Der Kläger nimmt als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für psychotherapeutische Medizin mit Sitz in F. an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Quartal Gesamt-punktzahl Fall-zahl Punktwert genehmigte Psychotherapie (gPT) Vergütung gPT in EUR Punktwert für die übrigen Leistungen¹⁾ Honorar insg. in EUR²⁾ A. B./ I. EK I/2002 188.345,0 27 4,9246 5.783,94 1,4572 3,6150 0,9197 6.778,33 I/2003 162.750,0 24 4,9246 5.426,92 2,2170 3,6251 1,0183 6.436,54 I/2004 320.005,0 48 4,9169 10.765,57 0,9630 3,6251 0,5692 12.435,86 II/2004 185.835,0 28 4,9169 6.559,18 2,6431 3,6251 1,7937 7.707,34 Die Beklagte erließ für die Quartale I/2002, I/2003, I/2004 und II/2004 Honorarbescheide, gegen die der Kläger jeweils Widerspruch eingelegte. Die Beklagte vergütete die vom Kläger erbrachten Leistungen – einschließlich der in der Folgezeit gewährten Nachvergütungen – wie folgt:

1) ohne Notfall- und Sonderleistungen 2) ohne Honorargutschrift "sonstige Kassen"

Nachdem das Bundessozialgericht (BSG) entschieden hatte (Urt. v. 28.01.2004 – [B 6 KA 52/03 R](#)), dass der den ursprünglichen Honorarbescheiden der Beklagten zugrunde liegende Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 zur "Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -psychotherapeuten gemäß § 85 Abs. 4a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)" nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprach und der Bewertungsausschuss einen dieses Urteil umsetzenden neuen Beschluss vom 29.10.2004 getroffen hatte, erließ die Beklagte den Nachvergütungsbescheid vom 15.07.2006. Danach erhielt der Kläger insgesamt 6.659,76 EUR nachvergütet. Die Nachzahlung setzte sich aus Teilbeträgen für die Quartale II/2000 und IV/2002 bis II/2004 zusammen. Dabei berechnete die Beklagte die jeweilige Differenz zwischen altem Punktwert und neuem Punktwert getrennt nach den Primärkassen A., B., I. und Ersatzkassen. Die Zusammensetzung des Nachvergütungsbetrags ergab sich im Einzelnen aus der Anlage des Bescheides, auf die Bezug genommen wird (Bl. 1 VA). Zur Vergütung der nichtgenehmigungspflichtigen Psychotherapieleistungen ist ausgeführt, dass nur genehmigungspflichtige und zeitgebundene Leistungen förderungswürdig seien. Ein Absinken dieser Leistungen sei Folge der vorher geförderten Honorierung genehmigungspflichtiger Leistungen und damit Teil des Gesamtkonzepts, die bevorzugt zu vergütenden Leistungen mit möglichst hohen Punktwerten zu bedenken, zu denen alle Leistungserbringergruppen ihren Anteil in der begrenzten Gesamtvergütung beisteuerten.

Mit Schreiben vom 02.08.2006 teilte der Kläger mit, seine Widersprüche gegen die Honorarbescheide hätten sich durch den Nachvergütungsbescheid vom 15.07.2006 nicht erledigt. Trotz Nachvergütung sei die Vergütung der psychotherapeutischen und sonstigen Leistungen gesetzes- und verfassungswidrig. In mehreren Quartalen habe sein Anteil an Leistungen des Abschnitts G IV des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) 96 nur leicht unterhalb der 90%-Grenze gelegen. Zumindest bei Erreichen der 80%-Grenze müsse eine Stützung des Psychotherapiepunktwertes erfolgen. Seine Praxis unterscheide sich hinsichtlich der übrigen Leistungen von üblichen

Psychotherapiepraxen. Er erhalte die übrigen Leistungen, die ca. einen Anteil von 30 % ausmachten, nur mit ca. 10 % der Werte für die Vergleichsgruppe der Psychiater vergütet. Die Leistungen aus dem Budget der Psychiater und damit die übrigen Leistungen müssten mit den Punktwerten der Psychiater vergütet werden. Jedenfalls seien die nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen angemessen zu vergüten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31.01.2007 wies die Beklagte die "Widersprüche gegen die Honorarbescheide I/2000 bis II/2004" zurück und führte zur Begründung aus, weitergehende Nachvergütungsansprüche als mit Bescheid vom 15.07.2006 gewährt bestünden für diese Quartale nicht. Insbesondere die Berechnung des regionalen Mindestpunktwertes für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts G IV EBM 96 sei richtig umgesetzt. Die voll ausgelastete, ausschließlich psychotherapeutisch tätige Praxis könne bei einem wöchentlichen Arbeitsvolumen von 35 bis 36 Therapiestunden insgesamt etwa 550.000 Punkte im Quartal erwirtschaften. Damit befände sich die Quartalsvergütung einer solchen Praxis mit ca. 27.000 EUR im Einkommensbereich durchschnittlicher Kinderarztpraxen. Damit sei für die Breite der psychotherapeutischen Leistungserbringer ein Heranwachsen auf ein Vergütungsniveau, das dem anderer Arzt- bzw. Therapeutengruppen entspreche, gewährleistet. Die Vergütung erweise sich auch als gerecht im Vergleich zum durchschnittlichen Bruttojahreseinkommen. Schließlich sei der Widerspruch auch nicht begründet im Hinblick auf die Vergütung nichtgenehmigungspflichtiger Leistungen. Das BSG habe die Grenze von 90 % G-IV-Leistungen bestätigt. Eine einzelfallbezogene Grenzziehung bei 80 % sei nicht möglich. Die Notdienstleistungen seien dabei nicht mit eingeflossen. Der Stützungsanspruch bestünde nur für bestimmte Leistungen, die das BSG für förderungswürdig erachtet habe. Die Erfüllung nur eines der beiden Kriterien, zeitgebunden und genehmigungspflichtig, reiche nicht.

Am 01.03.2007 erhob der Kläger beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage (S 11 KA 1608/07). Mit Beschluss vom 17.09.2007 ordnete das SG das Ruhen des Verfahrens wegen anhängiger Revisionsverfahren beim BSG an. Am 12.02.2009 rief der Kläger das Verfahren wieder an (S 11 KA 1009/09).

Nachdem das BSG mit Urteilen vom 28.05.2008 (zB [B 6 KA 9/07 R](#)) über die Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 in der Fassung des Änderungsbeschlusses vom 17.01.2005 entschieden hatte und der Bewertungsausschuss daraufhin eine erneute Anpassung der Beschlüsse in seiner 172. Sitzung vorgenommen hatte, erließ die Beklagte in Umsetzung des neuen Beschlusses den Nachvergütungsbescheid vom 07.10.2009. Die Neuberechnung des Punktwertes für zeitgebundene und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen in den Quartalen der Jahre 2000 und 2001 ergab für den Kläger eine Nachzahlung im Quartal II/2000 in Höhe von 70,10 EUR. Weitere 1.176,91 EUR zahlte die Beklagte für die Quartale I/2004 und II/2004 nach, da in diesen Quartalen der Mindestpunktwert für probatorische Leistungen von 2,56 Cent unterschritten worden war. Den Nachzahlungsbetrag errechnete die Beklagte wie folgt: Die ursprünglichen Punktwerte für Primärkassen und Ersatzkassen wurden addiert und ein Durchschnittspunkt看wert ermittelt. Dieser Wert wurde sodann von dem Mindestpunktwert von 2,56 Cent abgezogen. Der Differenzpunktwert (I/2004 in Höhe von 0,011648 EUR, II/2004 in Höhe von 0,011389 EUR) multipliziert mit dem Leistungsbedarf in Punkten ergab die jeweils gewährte Nachzahlung (Bl. 76 LSG-Akte). Der Leistungsbedarf setzte sich aus den abgerechneten GNRn 860, 861, 868 und 870 EBM 96 zusammen.

In der mündlichen Verhandlung vom 17.06.2010 hat der Kläger erklärt, dass die genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels G IV EBM 96 von der Beklagten für alle streitigen Quartale korrekt berechnet worden seien und es insoweit keiner Neubescheidung bedürfe. Die Beklagte hat im Wege eines Anerkenntnisses erklärt, das dem Kläger für Leistungen nach den GNRn 860, 861, 868 und 870 EBM 96 weitere Nachvergütungen im Quartal I/2002 in Höhe von 489,54 EUR und für das Quartal I/2003 in Höhe von 219,57 EUR geleistet würden. Der Kläger hat daraufhin erklärt, dass die Berechnungen der Beklagten noch in zwei Punkten angegriffen würden: (1) Verwendung eines Durchschnittspunktwertes von 2,56 Cent für alle abgerechneten Kassen (2) keine Höherbewertung psychiatrischer Leistungen nach Kapitel G II EBM 96.

Der Kläger hat zur Begründung seines Klagebegehrens ausgeführt, die Berechnungen der Nachvergütungen seien fehlerhaft, soweit die Beklagte bei der Ermittlung des Nachzahlungsbetrages einen von der Anzahl der Behandlungsfälle unabhängigen und für alle Kassen identischen Durchschnittspunkt看wert zugrunde gelegt habe. Die Beklagte habe zunächst unter den verschiedenen Kassengruppen Durchschnittswerte für eine Art "Ausgangspunkt看wert" ermittelt, bevor sie dann diesen Ausgangswert in Relation zu dem Mindestpunktwert von 2,56 EUR, der nicht beanstandet werde, gebracht habe. Dies sei unzulässig, da für Patienten der I. und B. bereits von vornherein ein relativ hoher Punkt看wert habe angesetzt werden können. Dieser Punkt看wert verzerre den Durchschnittspunkt看wert nach oben. Die Beklagte müsse für jede einzelne Kasse von deren ursprünglichen Punktwerten ausgehen und für jede einzelne Kasse dann die Differenz zum gestützten Punkt看wert ermitteln. Bei entsprechender Vorgehensweise ergebe sich ein Anspruch auf weitere Vergütung in Höhe von 1.908,88 EUR, was einer vom Kläger erstellten Tabelle zu entnehmen sei, auf die Bezug genommen wird (Bl. 52 f. SG-Akte).

Zudem sei eine Nachvergütung auch für alle sonstigen nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen zu gewähren. Die Entscheidung des BSG könne nicht auf probatorische Leistungen beschränkt werden. Aus dem Gesamtzusammenhang der Gründe dieser Entscheidung ergebe sich nichts anderes. Die übrigen nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen seien ebenso wie die Probatorik zur Durchführung von Psychotherapie und - soweit es die vereinzelt psychiatrischen Gespräche betreffe - zur Einhaltung des dem Kläger obliegenden Versorgungsauftrags für Akutbehandlungen zwingend erforderlich. Die Beklagte habe selbst bei der Nachvergütung nicht nur auf probatorische Leistungen abgestellt, sondern weitere G-IV-Leistungen einbezogen. Damit seien auch Leistungen wie zB die Anamnese (GNR 860), die vertiefte Exploration und Gutachtensanträge einbezogen worden. Es stelle eine Ungleichbehandlung dar, wenn vergleichbare psychiatrische Leistungen wie die Erhebung des psychiatrischen Status (GNR 850), psychiatrische Gespräche (GNR 823) und Leistungen, die ausschließlich vom Patienten veranlasst würden, wie die Ordinationsgebühr (GNR 1), Zuschläge für Leistungen zur Unzeit (GNRn 5, 6) sowie die Beantwortung von Kassenanfragen nicht mit eingezogen würden. Im Übrigen könne die psychiatrische Mitbehandlung von Psychotherapiepatienten effektiver und kostengünstiger erfolgen, wenn Patienten nicht zusätzlich zu einem Facharzt für Psychiatrie überwiesen werden müssten. Die nicht sachgerechte Ungleichbehandlung ergebe sich aus einer vom Kläger erstellten Übersicht der betroffenen GNRn, auf die Bezug genommen wird (Bl. 54 SG-Akte).

Mit Urteil vom 20.10.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der angefochtene Bescheid vom 15.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.01.2007 und des Änderungsbescheids vom 07.10.2009 sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Eine Verletzung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit liege nicht vor. Den Nachvergütungen lägen die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zugrunde, die nicht zu beanstanden seien. Für die Zeit ab 2002 habe dies das BSG in seinen Urteilen vom 28.05.2008 festgestellt. Im Übrigen habe der Bewertungsausschuss die teilweise Beanstandung durch das BSG in einem weiteren Beschluss umgesetzt. Auf Grundlage dieser Beschlüsse habe die Beklagte den Stützungs-punkt看wert für die zeitgebundenen

genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zutreffend berechnet. Der Kläger habe dies auch zugestanden und insoweit keine Neubescheidung begehrt.

Entgegen der Auffassung des Klägers seien auch die nichtgenehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen der Kapitel G II und G IV EBM 96 korrekt vergütet worden. Der Bewertungsausschuss habe bei seiner Normsetzung einen Gestaltungsspielraum, der sich auf die Entscheidung erstreckt, für welche zeitgebundenen Leistungen eine bestimmte Höhe der Vergütung vorgeschrieben werde. Deshalb dürfe der Bewertungsausschuss eine Begrenzung der Punktwertstützungen auf zeitgebundene und genehmigungspflichtige Leistungen vornehmen. Da probatorische Sitzungen zum Kern des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten gehörten, müssten diese nach der Rechtsprechung des BSG so honoriert werden, dass erforderlichenfalls nach Anwendung von Mengengrenzungsregelungen o.ä. jedenfalls die Hälfte des ursprünglich zur Kalkulation herangezogenen Punktwertes von 2,56 Cent für solche Leistungen nicht unterschritten werde. Dem habe die Beklagte Rechnung getragen. Eine Vergütung der sonstigen nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels G IV (Psychotherapie) oder des Kapitels G II (Psychiatrie) mit einem bestimmten Mindestpunktwert sei weder vom Bewertungsausschuss vorgegeben noch aus sonstigen rechtlichen Gründen zwingend veranlasst. Die Entscheidung des Bewertungsausschusses insoweit von Stützungsmaßnahmen abzusehen, sei vom Gestaltungsspielraum ohne Weiteres umfasst.

Es sei auch nicht zu bestanden, dass bei der Nachvergütung von einem Durchschnittspunktwert ausgegangen worden sei. Denn nach der Rechtsprechung sei insoweit eine Gesamtbetrachtung veranlasst. Dies umfasse auch die Befugnis, bei der Berechnung des Mindestpunktwertes diejenigen von Primär- und Ersatzkassen zu mitteln und dementsprechend die Nachvergütung zu berechnen, selbst wenn diese dadurch niedriger ausfalle als bei einer nach Kassen oder bestimmten Leistungen differenzierten Nachberechnung.

Am 27.11.2011 hat der Kläger gegen das seinem damaligen Prozessbevollmächtigten am 31.10.2011 zugestellte Urteil beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und zur Begründung seine bisherige Argumentation wiederholt. Ergänzend hat er vorgetragen, die vom BSG angeführten Kriterien, die zum Ansatz eines Mindestpunktwerts für probatorische Leistungen führten, seien auch zumindest für die Leistungen nach GNRn 820, 821 und 822 EBM 96 erfüllt, die den größten Anteil bei den nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen ausmachten. Es müsse berücksichtigt werden, dass er eine Praxis mit zusätzlicher psychiatrischer Zulassung und entsprechendem Versorgungsauftrag betreibe. Aus der Rechtsprechung des BSG gehe hervor, dass im Falle einer Zulassung für mehrere Fachgebiete, jedem einzelnen Tätigkeitsfeld eigenständige Bedeutung zukomme (Urt. v. 11.05.2011, [B 6 KA 2/10 R](#)). Die nach dem Zulassungsrecht eingeräumte Möglichkeit mehrerer Zulassungen dürfe nicht durch das Abrechnungs- und Vergütungsrecht unterlaufen werden. Die Erbringung von psychiatrischen Leistungen werde vor dem Hintergrund der geringen Vergütung unmöglich gemacht. Seine psychiatrischen Leistungen seien mit ca. 15 % des Punktwerts der Nervenarzt-Vergleichsgruppe vergütet worden. Ein psychiatrisches Gespräch von 30 min Dauer nach GNRn 821 und 822 EBM 96 sei zB mit nur 3,61 EUR vergütet worden. Es bestünde eine unzulässige Ungleichbehandlung bei der Vergütung von psychischer Diagnostik und Gesprächen von ausschließlich als Psychotherapeuten zugelassenen Ärzten/Psychologen (GNRn 860, 861, 870) und solchen Ärzten mit zusätzlicher Psychiatrie-Zulassung (GNRn 820, 821, 822). Es seien die Kernleistungen der psychiatrischen Behandlung betroffen, weshalb der Gestaltungsspielraum begrenzt sei. Die Rechtsprechung des BSG sei insoweit übertragbar. Dies zeige sich auch daran, dass die Beklagte selbst das Urteil ([B 6 KA 9/07 R](#)) auf sämtliche Leistungen des Kapitels G IV EBM 96 und damit auf faktisch alle psychotherapeutische Leistungen übertragen und nicht nur auf die probatorischen Leistungen angewendet habe.

In Bezug auf die Nachvergütungen hob der Kläger nochmals hervor, dass die Beklagte keinen Durchschnittspunktwert errechnet habe, der sich am Verhältnis der Patientenzahlen ausrichte. Dies sei unzulässig. Es müsse eine Gewichtung der einzelnen Kassenarten nach Patientenzahlen vorgenommen werden. Aufgrund der Berechnungsweise der Beklagten habe dem tatsächlich ausbezahlten Honorar vielfach ein Punktwert deutlich unter dem Mindestpunktwert von 2,56 Cent zugrundegelegen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.10.2011 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale I/2002, I/2003, I/2004 und II/2004 in der Gestalt des Nachvergütungsbescheids vom 15.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.01.2007 und des Änderungsbescheids vom 07.10.2009 und des Teilerkenntnisses vom 17.06.2010 zu verurteilen, 1. die Leistungen des Kapitels G II EBM 96 und alle Grundleistungen (Kapitel B EBM 96) in den Quartalen I/2002, I/2003, I/2004 und II/2004 mit dem Mindestpunktwert von 2,56 Cent zu vergüten, 2. die (auch bereits gezahlten) Nachvergütungen dergestalt zu berechnen, dass für jede einzelne Kasse von deren ursprünglichen Punktwert ausgegangen wird und für jede einzelne Kasse dann die Differenz zum Punktwert von 2,56 Cent ermittelt wird, und dem Kläger die sich daraus ergebende Differenz auszubezahlen,

hilfsweise der Beklagten aufzugeben, ihre Berechnungen zur Ermittlung des KV-Durchschnittspunktwertes PK im Einzelnen darzulegen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung hat die Beklagte vorgetragen, die Vergütung der nichtgenehmigungspflichtigen und sonstigen Leistungen mit einem Mindestpunktwert sei nicht veranlasst. Das BSG habe eine entsprechende Notwendigkeit nur für probatorische Sitzungen gesehen. Das vom Kläger zitierte Urteil sei in einem anderen Zusammenhang ergangen, nämlich zur Abrechenbarkeit des Ordinationskomplexes bei Vertragsärzten mit Doppelzulassung. Auch die Verwendung des Durchschnittspunktwertes von 2,56 Cent für alle abgerechneten Kassen sei nicht zu beanstanden. Dies ergebe sich aus der Rechtsprechung des BSG ([B 6 KA 49/07 R](#)).

Die Beklagte hat zuletzt dem Senat mitgeteilt, dass es sich bei dem im Rahmen der Durchschnittspunktwertbildung aus PK und EK zugrundegelegten Primärkassenpunktwert um einen allgemein ermittelten - also für alle Vertragsärzte gültigen - Mischpunktwert aus den einzelnen kassenartspezifischen Punktwerten (A., B., I.) handelt und zwar gewichtet berechnet nach deren jeweiligen Vergütungsanteilen/Leistungsbedarfsanteilen.

Der Kläger hat dem entgegengehalten, es sei nicht nachvollziehbar, dass für die streitbefangenen Quartale zur Berechnung des

"Durchschnittspunktwerths" aus den beiden Primärkassenanteilen A. einerseits und B./I. (identischer Punktwert) andererseits die Punktwerte von A. und B./I. in irgendeiner Weise nach Vergütungsanteilen o.a. gewichtet wurden. Es falle auf, dass mit Ausnahme des Quartals I/2002 der von der Beklagten angesetzte Durchschnittspunktwert PK fast mit dem arithmetischen Mittel identisch sei und eine Gewichtung der kleinen B./I. gegenüber der großen A. offensichtlich nicht vorgenommen worden sei. Eine rechtliche Grundlage für das erfolgte "Heraufrechnen" der tatsächlich ausbezahlten Punktwerte für A. und Ersatzkassen zu Durchschnittspunktwerthen und damit eine absichtsvolle Reduzierung der Nachvergütung sei nicht gegeben. Die vorgenommene Bildung von "Mischpunktwerthen" sei völlig willkürlich und auch nicht mit Arbeitserleichterungen (bei nur drei verschiedenen Punktwerten je Quartal) begründbar.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1, 144 Abs. 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte sowie statthafte Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Honorarbescheide für die Quartale I/2002, I/2003, I/2004 und II/2004 in der Gestalt des Nachvergütungsbescheids vom 15.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.01.2007 und des Änderungsbescheids vom 07.10.2009 und des Teilerkenntnisses vom 17.06.2010 sind – soweit diese vorliegend zu überprüfen waren – rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Streitgegenständlich sind die Honorarbescheide für die Quartale I/2002, I/2003, I/2004 und II/2004 in der Gestalt des Nachvergütungsbescheids vom 15.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.01.2007 und des Änderungsbescheids vom 07.10.2009 und des Teilerkenntnisses vom 17.06.2010. Der Nachvergütungsbescheid vom 15.07.2006 wurde Gegenstand der damals noch laufenden Widerspruchsverfahren ([§ 86 SGG](#)). Der Änderungsbescheid vom 07.10.2009 wurde als abändernder Bescheid gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens. Inhaltlich ist die Höhe der Vergütung der abgerechneten psychiatrischen Leistungen nach Kapitel G II EBM 96 und Grundleistungen (Kapitel B EBM 96) sowie die Berechnung der Nachvergütungen in Bezug auf die Differenz zum Mindestpunktwert von 2,56 Cent streitig.

Die Beklagte hat die Höhe der Vergütung der abgerechneten psychiatrischen Leistungen nach Kapitel G II EBM 96 und Grundleistungen (Kapitel B EBM 96) in den Quartalen I/2002, I/2003, I/2004 und II/2004 zutreffend festgesetzt. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Vergütung dieser Leistungen unter Ansatz des für probatorische Leistungen des Kapitels G IV EBM 96 gültigen Mindestpunktwertes von 2,56 Cent.

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Zahlung höheren vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (i. d. F. des zum 01.01.2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999, [BGBl. I 2626](#)). Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung nach Maßgabe der vereinbarten Honorarverteilungsmaßstäbe und unter Beachtung des aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG herzuleitende Gebots der Honorarverteilungsgerechtigkeit an die Vertragsärzte zu verteilen.

Die besonderen Regelungen für psychotherapeutische Leistungen, deren entsprechende Anwendung der Kläger begehrt, sind auf die – mit Verfassungsrecht im Einklang stehenden (BSG Ur. v. 28.01.2004 – [B 6 KA 52/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#)) – Bestimmungen der [§§ 85 Abs. 4 Satz 4, Abs. 4 a Satz 1](#), letzter Halbsatz SGB V (in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000) zurückzuführen. Hiernach hatten die Kassenärztlichen Vereinigungen im HVM Regelungen – nur – zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten und deren Inhalt der Bewertungsausschuss zu bestimmen hatte. Den Inhalt der Regelungen hatte der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 16.02.2000 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten (DÄBl. 2000, A-877) bestimmt und seine Regelungen in Anlehnung an die vorausgegangene Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Vergütung der Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend bzw. ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (grundlegend BSG Ur. v. 25.08.1999 – [B 6 KA 14/98 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)), auf die Vertragsärzte und -therapeuten, die mindestens 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus den Leistungen des Abschnitts G IV und des Abschnitts G V EBM 96 sowie den Leistungen nach den GNRn. 855 bis 858 des Abschnitts G III EBM 96 generieren, sowie auf die antrags- und genehmigungspflichtigen und zeitgebundenen Leistungen des Abschnitts G IV EBM 96 beschränkt.

In der Folgezeit hat das BSG entschieden, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten rechtswidrig ist, weil er auf strukturellen Fehlfestlegungen beruht (vgl. BSG Ur. v. 28.01.2004 – [B 6 KA 52/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#)). Der Bewertungsausschuss hat daraufhin in seiner Sitzung vom 29.10.2004 einen neuen Beschluss zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung gefasst (bekanntgegeben am 18.02.2005, DÄBl. 2005, A-457). Dieser Beschluss bestimmt rückwirkend ab dem 01.01.2000 die angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Das Bundessozialgericht hat den neuerlichen Beschluss des Bewertungsausschusses vom 18.02.2005 für die Zeit ab dem 01.01.2002 für rechtmäßig erachtet (Urteile v. 28.05.2008 – [B 6 KA 9/07 R](#) und [B 6 KA 49/07 R](#), jeweils juris). Für die Zeiträume der Jahre 2000 und 2001 ist der Beschluss insoweit rechtswidrig, als er vorschreibt, dass bei der Ermittlung des Vergleichsertrages der Allgemeinmediziner im hausärztlichen Versorgungsbereich deren Einnahmen aus Leistungen nach den Kapiteln O und U des EBM 96 unberücksichtigt bleibt. Demgegenüber blieb unbeanstandet, dass der Bewertungsausschuss die Anwendung des Mindestpunktwertes nicht auf probatorische Sitzungen erstreckte. Die Honorarverteilung müsse allerdings für eine substantielle Honorierung auch der nicht zeitgebundenen und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen – insbesondere für probatorische Sitzungen – sorgen. Der Punktwert für probatorische Sitzungen nach GNR 870 EBM 96 dürfe die Hälfte des Punktwertes für zeitgebundene und genehmigungspflichtige Leistungen von 10 Pfennig, also 5 Pfennig bzw. 2,56 Cent nicht unterschreiten.

Diese Regelungen betreffen ausschließlich psychotherapeutische Leistungen. Zur Überzeugung des Senats können die dargestellten Grundsätze auf die psychiatrischen Leistungen des Kapitels G II EBM 96 und die Grundleistungen des Kapitels B EBM 96 nicht übertragen werden.

Ein Anspruch ergibt sich nicht aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit gemäß [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Das Gleichbehandlungsgebot gebietet nach ständiger Rechtsprechung dem Normgeber, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches

ungleich zu behandeln, belässt dem Normgeber aber Gestaltungsfreiheit. Dieser darf auswählen und gewichten, nach welchen Kriterien er Sachverhalte als im Wesentlichen gleich oder ungleich ansieht; er darf auch pauschalisieren, typisieren, generalisieren und schematisieren. Nur wenn für die gleiche oder ungleiche Behandlung ein vernünftiger, einleuchtender Grund fehlt, ist [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verletzt (stRspr, vgl. z. B. [BVerfGE 115, 381](#); [116, 164](#); BSG, Urt. v. 29.11.2006, [B 6 KA 23/06 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 27](#); BSG, Urt. v. 23.05.2007, [B 6 KA 2/06 R](#), jeweils m. w. N.). Danach sind die der Punktwertstützung unterliegenden Leistungen nicht mit psychiatrischen Leistungen sowie den Grundleistungen des Kapitels B EBM 96 vergleichbar. Der Leistungserbringer genehmigungsbedürftiger Leistungen kann solche Leistungen nur in eng begrenztem Maße vermehren; er kann weder seinen Leistungsumfang noch die abrechenbare Punktemenge allein nach eigener Entscheidung nachhaltig beeinflussen (BSG Urt. v. 25.08.1999 – [B 6 KA 14/98 R](#), [BSGE 84, 235](#); Urt. v. 12.09.2001 – [B 6 KA 58/00 R](#), [BSGE 89, 1](#)). Die psychiatrischen Leistungen – wie auch die angeführten Grundleistungen – können dagegen rein tatsächlich bei so vielen Patienten nach eigener Indikationsstellung durchgeführt und abgerechnet werden, wie die Praxis aufsuchen (vgl. BSG Urt. v. 12.09.2001 – [B 6 KA 58/00 R](#), a. a. O.). Dieser Unterschied ist vom BSG im Verhältnis zu anderen psychotherapeutischen Leistungen bereits wiederholt herausgestellt worden (vgl. Urt. v. 28.01.2004 – [B 6 KA 52/03 R](#), [BSGE 92, 87](#); Urt. v. 29.08.2007 – [B 6 KA 35/06 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 38](#); Urt. v. 28.05.2008 – [B 6 KA 9/07 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 42](#)). Der aufgezeigte Unterschied ist eine ausreichende Rechtfertigung dafür, dass Punktwertstützungen nur für solche Leistungen vorgegeben werden, die sowohl zeitgebunden als auch genehmigungsbedürftig sind. Gleiches gilt für den Ansatz des Mindestpunktwerts von 2,56 Cent für sonstige psychotherapeutische Leistungen, insbesondere probatorische Sitzungen. Das BSG hat als Grund für den Ansatz dieses Punktwerts den engen Zusammenhang dieser Leistungen mit den stützungswürdigen zeitgebundenen und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen angeführt (Urt. v. 28.05.2008 – [B 6 KA 9/07 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 42](#)). Die probatorischen Leistungen gehören zum Kern des Leistungsspektrums der Psychotherapie. Auf der Grundlage der probatorischen Sitzungen wird die Diagnose gestellt und die Entscheidung getroffen, ob eine Behandlung im Sinne der GNRn 871 ff. EBM 96 veranlasst und welche der verschiedenen Behandlungsmethoden die sachgerechte ist, sowie, ob zwischen dem Therapeuten und dem Versicherten eine ausreichende Beziehungsbasis für eine erfolgreiche Behandlung besteht. Ein solcher enger Zusammenhang besteht mit psychiatrischen Leistungen oder Grundleistungen des Kapitels B EBM 96 nicht.

Soweit der Kläger die Angemessenheit der Vergütung seiner vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr gewährleistet sieht, ist zu entgegnen, dass der Schutz des [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) zwar den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner Leistungen umfasst, jedoch nicht in bestimmter Höhe. Dementsprechend kann die Zuerkennung eines höheren Honorars auf Grund des [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)) erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird; bei der Prüfung, ob eine zur Stützung verpflichtende unangemessene Vergütung vorliegt, ist auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte der Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abzustellen (BSG Urt. v. 09.12.2004 – [B 6 KA 44/03 R](#), juris; s. auch BSG Beschl. v. 23.05.2007 – [B 6 KA 85/06 B](#), juris-Rn. 12; BSG Urt. v. 29.08.2007 – [B 6 KA 43/06 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 40](#)). Eine Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung auf dem Fachgebiet der Psychiatrie ist hier nicht geltend gemacht. Tatsachen, die eine solche Vermutung begründen könnten, sind auch nicht ersichtlich. Abgesehen davon war der Kläger in den hier streitgegenständlichen Quartalen auch als Psychotherapeut zugelassen und als solcher überwiegend vertragsärztlich tätig. Er profitierte damit von den Stützungsmaßnahmen auf dem Gebiet der Psychotherapie. Ihm wurde infolge der dargestellten höchstrichterlichen Rechtsprechung die Chance gegeben, mit vollem persönlichen Einsatz aus der vertragsärztlichen Tätigkeit Einkommen zu erzielen, das nicht wesentlich hinter dem anderer Arztgruppen zurückbleibt.

Warum der Kläger meint, gerade aufgrund seiner Mehrfachzulassung einen Mindestpunktwert für psychiatrische Leistungen beanspruchen zu können, erschließt sich dem Senat nicht. Insoweit kann der Kläger auch aus der von ihm angeführten Entscheidung des BSG vom 11.05.2011 ([B 6 KA 2/10 R](#), juris) nichts für sich herleiten. Die psychiatrischen Leistungen werden ihm vergütet, insofern liegt eine völlig andere Fallkonstellation vor als in der Entscheidung des BSG. Unregelmäßigkeiten bei der Ausgestaltung und Anwendung des HVM sowie der Ermittlung der Punktwerte sind vom Kläger nicht gerügt worden. Er wendet sich gegen das Ergebnis dieser Anwendung in Form sehr geringer Punktwerte für seine psychiatrischen Leistungen. Damit kann er nicht durchdringen. Seine Vergütungsstruktur ist dadurch gekennzeichnet, dass seine zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen mit einem hohen Punktwert vergütet wurden, wie der vergleichsweise große Vergütungsblock für "genehmigte Psychotherapie" in den hier streitigen Honorarbescheiden zeigt. Wenn daneben andere Leistungen als Folge der Budgetierung mit einem vergleichsweise geringen Punktwert vergütet werden, ist dies im Grundsatz weder ungewöhnlich noch zu beanstanden (vgl. etwa BSG Urt. v. 09.12.2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) juris Rn 64). Vertragsärztliche Vergütungssysteme, die wie der damalige HVM der KV S. Abstufungen vornahmen, aber auch Individualbudgets und zuletzt die gesetzlichen Regelungen zu den Regelleistungsvolumen ([§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) a.F.) beruhen darauf, dass ein Teil der Leistungen mit hohen bzw. bei Regelleistungsvolumen sogar festen Punktwerten vergütet werden, die darüber hinaus abgerechnete Punktzahl jedoch nur mit geringen oder sogar nur sehr geringen Punktwerten.

Die Berechnung der gewährten Nachvergütungen für Leistungen des Kapitels G IV EBM 96 im Umfang der Differenz zum Mindestpunktwert von 2,56 Cent ist ebenfalls nicht zu bestanden. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass für jede einzelne Kasse von deren ursprünglichen Punktwert ausgegangen wird und für jede einzelne Kasse die Differenz zum gestützten Punktwert ermittelt und die sich daraus ergebende Differenz ausbezahlt wird. Die Korrektur der Honorarverteilung kann nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zuzuordnenden Honorarkontingente bzw. der daraus resultierenden Punktwerte und Honorarbeträge, ermittelt werden (BSG Urt. v. 29.08.2007 – [B 6 KA 43/06 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 40](#)). Die isolierte Betrachtung einzelner Honorarkontingente und der dafür auszahlenden Punktwerte kann die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Arztgruppe für deren vertragsärztliche Leistungen regelmäßig nur unzureichend widerspiegeln (BSG Urt. v. 29.08.2007 – [B 6 KA 43/06 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 40](#)). Das BSG (Urt. v. 28.05.2008 – [B 6 KA 49/07 R](#), juris Rn 58) hat die Bildung eines arithmetischen Mittels ohne jede Gewichtung für ausreichend gehalten, denn es hat in jenem Fall die Addition eines PK-Punktwerts und eines EK-Punktwerts und den Ansatz des daraus resultierenden Durchschnitts gerade nicht beanstandet. Im Vergleich zu diesen höchstrichterlichen Vorgaben wird der Kläger durch die von der Beklagten gewählte Berechnungsmethode sogar noch begünstigt. Rechtswidrigkeit liegt insoweit nicht vor, weswegen der Senat dem Hilfsantrag des Klägers auch nicht zu entsprechen hatte. Anderes ergibt sich auch nicht aus dem Urteil des BSG vom 11.03.2009 ([B 6 KA 65/07 R](#), [SozR 4-5500 Art. 11 Nr. 2](#)). Darin führt das BSG aus, dass zur Berechnung des Mindesthonorarniveaus für Psychotherapeuten im Jahr 1999 nicht diejenigen Punktwerte, auf deren Grundlage die KV und die Krankenkassen in ihrem Verhältnis zueinander die Gesamtvergütungen berechnet haben, sondern die Punktwerte, die den tatsächlichen Honorarzahllungen zugrundelagen, heranzuziehen sind. Hierzu hatte die KV den Punktwert zu bestimmen, der in den betroffenen Quartalen im PK-Bereich durchschnittlich – für alle Fachgruppen, gewichtet nach der jeweiligen Punktzahlanforderung – gezahlt worden war. Eine Verpflichtung seitens der KV, den PK-Punktwert – wie es der Kläger begehrt – gewichtet nach den verschiedenen PK-Kassen zu errechnen, ergibt sich daraus nicht.

Der Kläger kann mithin nicht die Ermittlung der Differenz zum Mindestpunktwert für jede einzelne Kasse oder Kassenart und auch nicht unter Zugrundelegung seiner praxisindividuellen Gewichtung der einzelnen Kassenarten beanspruchen. Dies hat zur Folge, dass für einzelne Kassen ein Punktwert unterhalb von 2,56 Cent zum Ansatz kommt. In Zusammenschau mit den deutlich höheren Punktwerten für andere Kassenkontingente ist dies jedoch nicht zu beanstanden, solange im Durchschnitt 2,56 Cent nicht unterschritten werden (vgl. BSG Urt. v. 28.05.2008 – [B 6 KA 49/07 R](#), juris-Rn. 58).

Nach alledem war die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Die Höhe des Streitwerts folgt aus [§ 52 Abs. 2 GKG](#).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-11-04