

## L 12 KA 129/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 1577/01

Datum

11.09.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 129/02

Datum

03.12.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 11. September 2002 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat dem Beklagten die außergerichtlichen Kosten zu erstatten. III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der 1943 geborene Kläger ist als psychologischer Psychotherapeut und als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbiert. Mit Formularantrag vom 15. Dezember 1998 hat der Kläger Antrag auf bedarfsunabhängige Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Psychotherapeut gestellt. Der Zulassungsausschuss Ärzte und Psychotherapeuten München Stadt und Land hat den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 12. August 1999 abgelehnt. Der Kläger habe im Sinne von [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) mit 120 Behandlungsstunden im 3-Jahreszeitraum vom 25. Juni 1994 bis 24. Juni 1997 keine besitzstandswahrende Vortätigkeit erbracht. Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 10. Mai 1999. Er habe nachgewiesen, dass er seit dem 1. Oktober 1976 kontinuierlich an der Versorgung der gesetzlich Versicherten teilgenommen habe. Wie viele Stunden seither speziell GKV-Behandlungstätigkeiten gewesen seien, könne er nicht genau angeben. Da er für den Antrag auf Doppelapprobation jedoch 120 Fälle mit insgesamt 3.543 Leistungsstunden dokumentiert habe, könne er dieser Übersicht entnehmen, dass darunter 69 gesetzlich Versicherte mit 1.891 Behandlungsstunden gewesen seien. Für den 3-Jahreszeitraum habe der Zulassungsausschuss nur 120 Behandlungsstunden in einem 12-Monatszeitraum anerkannt, obwohl er im 3-Jahreszeitraum 560 GKV-Leistungsstunden nachgewiesen habe. Im 12-Monatszeitraum könne er 270 Behandlungsstunden nachweisen, wovon allerdings 28 Stunden Selbstzahler gewesen seien, so dass es "nur" 242 GKV-Stunden gewesen seien. Im Zeitraum von 1994 bis 1997 habe sein Steuerberater Gesamteinnahmen für Psychotherapie von 182.622,36 DM ausgewiesen, was einem monatlichen Einkommen von ca.3.800 DM entspreche. Die Beigeladene zu 1) hat in dem Schriftsatz vom 29. November 2000 darauf hingewiesen, dass der Kläger als den für ihn günstigsten 12-Monatszeitraum den Zeitraum vom 1. Juli 1994 bis 30. Juni 1995 gewählt habe. In einer aktualisierten Aufstellung habe er insgesamt 270 Stunden im Jahreszeitraum zu Lasten der GKV geltend gemacht. Auch anhand dieser Liste seien nur die vom Zulassungsausschuss anerkannten 120 Behandlungsstunden nachgewiesen. Dies wird anhand einer Liste im Einzelnen aufgeführt (20 Patienten mit 120 Behandlungsstunden). Diese Tätigkeit von 120 Behandlungsstunden sei vom Zulassungsausschuss nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu Recht nicht als schützenswerte Praxissubstanz gewertet worden. Selbst wenn man zu Gunsten des Klägers in den Fällen 1, 3, 4 und 6 - hier lägen zumindest Sammelbescheinigungen der GKV vor, fraglich sei vor allem der Behandlungszeitraum - die geltend gemachten weiteren 5, 7, 11 bzw. 13 Stunden im gewählten Jahreszeitraum anerkennen würde, läge der Kläger mit dann 156 Behandlungsstunden immer noch erheblich unter dem vom Bundessozialgericht geforderten Behandlungsumfang. Die genaue Anzahl der im gesamten 3-Jahreszeitraum sowie der in den letzten Quartalen des Zeitfensters erbrachten Behandlungsstunden sei aus den vorgelegten Sammelbescheinigungen zwar nicht ersichtlich, da hier größtenteils über das Zeitfenster hinausreichende Behandlungszeiträume benannt würden. Anhand einer als Anlage A3 beigefügten statistischen Hochrechnung könne aber ermittelt werden, wie viele der insgesamt bestätigten Behandlungsstunden im Mittel auf die einzelnen Monate des Zeitkorridors entfallen. Danach ergäben sich für den gesamten 3-Jahreszeitraum rund 373 Stunden, wovon auf das Quartal 1/97 nur 8,49 Stunden und auf das Quartal 2/97 nur 7,23 Stunden entfielen. Mit einem umfangreichen Schriftsatz hat sich der Kläger an den Berufungsausschuss gewandt. Der Kläger schildert darin zunächst eingehend seinen bisherigen Lebensweg, insbesondere seine Ausbildungszeit und die von ihm ausgeübten beruflichen Tätigkeiten. Zur finanziellen Entwicklung der Erstattungspraxis in den Jahren 1976 bis 1997 könne gesagt werden, dass der Jahresdurchschnitt über 23 Jahre gerechnet bei 36.910,93 DM, d.h. einem Monatseinkommen durch Therapie in den letzten 23 Jahren von 3.075,91 DM, gelegen habe. Betrachte man die 36 Monate innerhalb des Zeitfensters, komme man auf 128.010,36 DM, d.h. im Schlüsselzeitraum immerhin noch 3.555,84 DM monatlich. Wie viele Therapiestunden speziell GKV-Behandlungstätigkeiten gewesen seien, könne er nicht angeben. Er habe mit Anschreiben vom 28. Februar 1999 eine Darstellung von 25 Fällen über 338 Stunden im Zeitfenster bzw. über 163 GKV-Behandlungsstunden innerhalb von 12 Monaten und mit Anschreiben vom 30. März 1999 eine Dokumentation von 20 GKV-Fällen mit insgesamt 270 Behandlungsstunden in 12 Monaten (ohne Selbstzahler 242 Stunden) dem Beklagten vorgelegt. Die 20 GKV-Fälle würden

insgesamt 560 GKV-Behandlungsstunden im 3-Jahreszeitraum ergeben. Der Beklagte erkenne demgegenüber nur 120 Stunden im 12-Monatsfenster an, weil nach seiner Auffassung die restlichen Behandlungsstunden nicht hinreichend dokumentiert seien.

Der Beklagte hat mit Beschluss vom 12. Dezember 2000/Bescheid vom 21. Februar 2001 den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. Der Kläger weise keinen ausreichenden Besitzstand im Sinne von [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) auf, weil er im Zeitfenster vom 25. Juni 1994 bis 24. Juni 1997 lediglich 120 anzuerkennende Behandlungsstunden aufweise. Selbst wenn man zugunsten des Klägers die weiter geltend gemachten 36 Stunden anerkennen würde, hätte der Kläger keinen schützenswerten Besitzstand erworben. Er habe zwar eine Vielzahl von Behandlungsstunden erbracht, jedoch nicht zu Lasten der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen, sondern auf Kosten anderer Träger oder der Patienten selbst. Die Nichtberücksichtigung von nach dem Endstichtag 24. Juni 1997 erbrachten Leistungen sei nicht willkürlich und nicht verfassungswidrig. Hinsichtlich des Behandlungsumfanges halte sich die Orientierung an einem Behandlungsumfang von 250 Stunden in einem halben bis einem Jahr während des Zeitfensters innerhalb der vom BSG vorgenommenen Konkretisierung der Teilnahme. Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 21. März 2001 gegen den Zulassungsausschuss Ärzte und Psychotherapeuten. Die Beigeladene zu 1) hat zu der Klage mit Schriftsatz vom 29. März 2001 Stellung genommen. Die Klage sei mangels Passivlegitimation des Beklagten bereits als unzulässig zurückzuweisen. Im Übrigen sei die Klage auch unbegründet. Der Kläger habe mangels Besitzstandes keinen Anspruch auf die beantragte Zulassung. Mit Schriftsatz vom 28. Juni 2001 hat der Klägervertreter die Umstellung der Klage insoweit beantragt, als sie sich nunmehr gegen den Berufungsausschuss richten solle. Mit weiterem Schreiben vom 31. Juli 2001 wurde u.a. eine Zusammenstellung der Leistungsstunden der Jahre 1999, 2000 und des 1. Quartals 2001 übersandt. Der Beklagte hat mit Schriftsatz vom 31. August 2001 unter Wiederholung der bereits in seinem Bescheid aufgeführten Begründung die Abweisung der Klage beantragt. Der Klägerbevollmächtigte hat mit Schriftsatz vom 25. September 2001 weiter ausgeführt, dass es für die Frage des Vertrauensschutzes wie für die Abwägung der Interessen darauf ankomme, ob wenigstens eine bedarfsabhängige Zulassung möglich sei. Sei wegen Überschreitens der Altersgrenze gemäß § 25 Satz 1 i.V.m. § 1 Satz 3 Ärzte-ZV dieser Zulassungsweg versperrt, sei im besonderen Maße zu prüfen, ob die Härtefallregelung zum Tragen komme. Der Beklagte gehe zu Unrecht davon aus, dass die Behandlung von Selbstzahlern und Privatpatienten über viele Jahre den Status des Klägers geprägt habe. Zwischen Patienten der GKV und Selbstzahlern bestehe kein Widerspruch. Tatsächlich seien Selbstzahler zumeist Angehörige der GKV, die aufgrund der damals bestehenden Unfähigkeit der KV, angemessene Psychotherapieplätze zu schaffen, selbst gezahlt hätten. Mit weiterem Schriftsatz vom 15. November 2001 hat der Klägervertreter darauf hingewiesen, dass die "nur 373 Stunden" Erstattungstherapie vom Kläger ausführlich erklärt worden seien. So seien nicht alle Therapien Verhaltenstherapien gewesen. Zudem habe er nicht alle Therapien bei gesetzlich krankenversicherten Patienten dokumentiert. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 11. September 2002 hat der Klägerbevollmächtigte darauf hingewiesen, dass der Kläger zunächst "nur" Kostenerstattungspsychotherapeut gewesen sei und sich erst nach dem Zeitfenster im Jahre 1998 dem Delegationsverfahren angeschlossen habe. Als Kostenerstattungs- psychotherapeut sei es deutlich schwieriger, entsprechende Nachweise über die Behandlung GKV-Versicherter zu erbringen.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 11. September 2002 die Klage des Klägers abgewiesen. Das Gericht teile die Auffassung des Beklagten, wonach der Kläger die Voraussetzungen des [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) nicht erfülle. Der Beklagte gehe von 120 nachgewiesenen Behandlungsstunden im Erstattungsverfahren im 12-Monatszeitraum und 373 Stunden im Zeitfenster (3-Jahreszeitraum) aus. Es könne dahinstehen, ob diese Zahlen zutreffen. Denn der Kläger selbst gebe für den 3-Jahreszeitraum insgesamt "560 GKV-Leistungsstunden" und im 12-Monatszeitraum "270 Stunden" an. Dies bedeute, dass auch nach den Angaben des Klägers die Vorgaben des Beklagten von insgesamt 250 Behandlungsstunden in einem Halbjahreszeitraum nicht erfüllt würden, geschweige denn, dass von einer halbtätigen Tätigkeit gesprochen werden könne. Es möge sein, dass der Kläger eine nicht unerhebliche Behandlungszahl, seinen Angaben nach 3.543 Leistungsstunden seit dem 1. Oktober 1976, erbracht habe. Hierbei sei aber zu berücksichtigen, dass ein erheblicher Anteil auf Selbstzahler und Privatpatienten entfalle. Darauf und auf den Status von Selbstzahlern komme es nicht an. Maßgeblich sei nach [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#), dass der Therapeut eigenverantwortlich die Behandlungsstunden erbracht und abgerechnet habe, sei es gegenüber der KÄV nach den Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarungen, sei es auf der Grundlage des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) zu Lasten der Krankenkassen. Nur dann sei der Teilnahmebegriff erfüllt und liege eine schützenswerte Vortätigkeit vor. Davon abgesehen würden sich die Angaben des Klägers, was die 3.543 Leistungsstunden betreffe, auf seine Tätigkeit seit dem 1. Oktober 1976, also einen Zeitraum von 20 Jahren, beziehen. Umgerechnet auf einen Jahreszeitraum ergäbe sich eine jährliche Behandlungsstundenzahl von 177 Stunden. Dies dokumentiere, dass der Kläger selbst unter Einrechnung von Privatpatienten und Selbstzahlern lediglich in geringem Umfang behandelt habe und seine sonstigen Tätigkeiten, d.h. die Erfüllung eines Lehrauftrages und seine Funktionärstätigkeit, von nicht untergeordneter Bedeutung gewesen seien.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers zum Bayerischen Landessozialgericht vom 23. September 2002, wobei zur Begründung zunächst auf die Ausführungen in erster Instanz und in der Hauptverhandlung verwiesen wurde. Mit Schriftsatz vom 28. November 2003 hat der Kläger nochmals die einmaligen Aspekte seines Falles kurz zusammengefasst, die bei der richterlichen Interpretation des Gesetzes nicht hinreichend berücksichtigt worden seien.

Der Klägervertreter stellt den Antrag, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 11. September 2002 und des Bescheides vom 17. April 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides des Beklagten vom 21. Februar 2001 zu verurteilen, den Kläger bedarfsunabhängig als psychologischen Psychotherapeuten am Praxissitz M. , T.platz , zuzulassen.

Die Beigeladenen zu 1), 2), 4) und 5) stellen den Antrag, die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten des Beklagten, die Klageakte mit dem Aktenzeichen [S 38 KA 1577/01](#) sowie die Berufungsakte mit dem Aktenzeichen [L 12 KA 129/02](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ([§ 151 Abs.1 SGG](#)) ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf bedarfsunabhängige Zulassung als psychologischer Psychotherapeut am Sitz seiner Praxis in M. , T.platz, einem übertversorgten Planungsbereich, da er die Voraussetzungen des [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) nicht erfüllt.

Gemäß [§ 95 Abs.10 SGB V](#) (eingefügt durch Art.2 Nr.11 des Gesetzes über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichentherapeuten vom 16. Juni 1998 - [BGBl.I 1311](#) -) sind psychologische Psychotherapeuten zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zuzulassen, wenn sie bis 31. Dezember 1998 die Voraussetzungen der Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz sowie des Fachkundenachweises nach [§ 95c Satz 2 Nr.3 SGB V](#) erfüllt und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben (Satz 1 Nr.1); darüber hinaus müssen sie bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorgelegt (Satz 1 Nr.2) und in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juli 1997 (sog. Zeitfenster) an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der GKV teilgenommen haben (Satz 1 Nr.3 a.a.O.). Die Auslegung des Merkmals der "Teilnahme" an der Versorgung im Sinne des [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) wird durch die Funktion der Vorschrift bestimmt, für Härtefälle eine Ausnahme von dem Grundsatz der bedarfsabhängigen Zulassung der psychologischen Psychotherapeuten zu ermöglichen ([BSGE 87, 158, 164 = SozR 3-2500 § 95 Nr.25](#) S.111 unter Hinweis auf [BT-Drucksache 13/9212](#) S.40 und [BVerfG SozR 3-2500 § 95 Nr.24](#) S.103). Es geht dabei nicht um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der GKV als solchen, sondern lediglich um die Möglichkeit, sich an einem Ort niederzulassen, der auf der Grundlage der im Rahmen der Bedarfsplanung getroffenen Feststellungen bereits überversorgt ist, d.h., für den Überkapazitäten auf Seiten der psychotherapeutischen Leistungserbringer bestehen. Zulassungsbewerber, die sich bei der Auswahl des Praxisortes typischerweise an ihrem bisherigen Lebensmittelpunkt orientieren, wird grundsätzlich zugemutet, dass sie den Ort ihrer Zulassung nicht nach eigenen Wünschen frei wählen können, sondern sich nach dem Versorgungsbedarf der Versicherten richten. Eine Ausnahme davon sieht [§ 95 Abs.10 SGB V](#) nur für Zulassungsbewerber vor, die bereits im Zeitfenster an der Versorgung der Versicherten der GKV teilgenommen haben (Satz 1 Nr.3 a.a.O.). Diese Begünstigung ist nur dann gerechtfertigt, wenn der Betroffene bereits unter Einsatz von Arbeitskraft und finanziellen Mitteln eine eigene Praxis eingerichtet und in einem rechtlich erheblichen Umfang betrieben hat. Sowohl in Bezug auf die Inanspruchnahme der Arbeitskraft des psychologischen Psychotherapeuten als auch im Hinblick auf den wirtschaftlichen Ertrag seiner Tätigkeit muss dabei in eigener Praxis annähernd das für eine Berufstätigkeit typische Ausmaß erreicht worden sein. Aus dem Gesetzeszweck ergibt sich, dass der Begriff der Teilnahme die eigenverantwortliche Behandlung von Versicherten der GKV in anerkannten Behandlungsverfahren in eigener Praxis und mit einem bestimmten Behandlungsumfang erfordert. Die nachhaltig auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Versicherten der GKV ausgerichtete Tätigkeit muss dabei zumindest einen von zwei gleich zu gewichtenden Schwerpunkten der beruflichen Tätigkeit des Betroffenen gebildet haben (vgl. [BSG, SozR 3-2500 § 95 Nr.25](#) S.126 und [BSG, Urteil vom 11. September 2002, B 6 KA 41/01 R](#) S.8). Vor diesem Hintergrund erfordert eine Teilnahme im Sinne von [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) grundsätzlich eine Vortätigkeit, die sich auf 250 an Versicherten der GKV erbrachte Behandlungsstunden beläuft, welche - innerhalb des Zeitfensters - konzentriert in einem Halbjahreszeitraum erbracht wurden. Dieser Wert, der umgerechnet ca.11,6 Behandlungsstunden wöchentlich ergibt, erreicht bei großzügiger Betrachtung unter Berücksichtigung des Begleitaufwandes ungefähr die Hälfte des zeitlichen Aufwandes, der in der gleichen Zeit von einem ausschließlich in eigener voll ausgelasteter Praxis tätigen Psychotherapeuten im Regelfall bewältigt wird.

Ausgehend von diesen Grundsätzen liegt beim Kläger keine bestandsgeschützte "Teilnahme" im Sinne von [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) vor. Hierzu ist festzustellen, dass bei der Feststellung des Vorliegens des Tatbestandsmerkmals der "Teilnahme" den Zulassungsgremien kein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zusteht, mithin die Frage, ob der Kläger die Voraussetzungen der "Teilnahme" im Sinne des [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) erfüllt, vom Gericht in vollem Umfang zu überprüfen ist.

Ausgehend von den vom Kläger zuletzt vorgelegten Unterlagen (Anlage zum Schreiben des Klägers vom 30. März 1999, "Besitzstand III"), in denen der Kläger 270 Behandlungsstunden bzw. nach Abzug der beiden Selbstzahlerfälle (Fälle 19 und 20) 242 Behandlungsstunden im ausgewählten günstigsten Jahreszeitraum von Juli 1994 bis Juni 1995 und auf den 3-Jahreszeitraum vom 25. Juni 1994 bis 24. Juni 1997 bezogen 560 Behandlungsstunden geltend macht, stimmt der Senat der Auffassung des Sozialgerichts zu, dass selbst bei voller Berücksichtigung der vom Kläger geltend gemachten Behandlungsstunden die vom BSG geforderten 11,6 Behandlungsstunden pro Woche bzw. 250 Stunden innerhalb eines Halbjahreszeitraums nicht erreicht werden. Die 560 Behandlungsstunden im 3-Jahreszeitraum ergeben einen wöchentlichen Stundenumfang von 4,34 Behandlungsstunden. Die 270 bzw. 242 Behandlungsstunden im Jahreszeitraum ergeben einen wöchentlichen Behandlungsumfang von 6,28 Behandlungsstunden bzw. 5,63 Behandlungsstunden. Nach all diesen Berechnungen wird der notwendige Mindestwochenumfang von 11,6 Stunden in der Woche deutlich nicht erreicht. Abgesehen davon können von den vom Kläger geltend gemachten 270 Behandlungsstunden neben den - wie vom Kläger selbst eingeräumt - zwei Selbstzahlern (Fälle 19 und 20) weitere Behandlungsfälle bzw. Behandlungsstunden nicht anerkannt werden. Bei den Erstattungstherapeuten, zu denen der Kläger während des Zeitfensters gezählt hat, können nur diejenigen Behandlungsstunden für den Besitzstand Berücksichtigung finden, in denen die Behandlungskosten auf der Grundlage des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) von der Krankenkasse direkt oder über den Versicherten erstattet worden sind. Der Senat stimmt mit dem Beklagten auch darin überein, dass zum Nachweis eines Kostenerstattungsfalles grundsätzlich eine Sammelbescheinigung (SB) der Krankenkasse, die Rechnung des Psychotherapeuten und der Kontoauszug über die erfolgte Zahlung durch den Versicherten bzw. die Krankenkasse zu verlangen sind. In den vom Kläger vorgelegten Fällen 1 bis 12 hat dieser die verlangten Beweismittel vorgelegt. Vor diesem Hintergrund konnten die in den Fällen 2, 5, 7 bis 12 geltend gemachten Behandlungsstunden auch nach Auffassung des Senats in vollem Umfang anerkannt werden. In den Fällen 1, 3, 4 und 6 ergaben sich dagegen zunächst Unstimmigkeiten. Im Fall 1 wurden auf der Sammelbescheinigung der BEK vom Kläger 72 Stunden bei drei Patienten geltend gemacht, während die Krankenkasse für diese drei Patienten nur 25 Stunden bestätigen konnte. Aus der Bescheinigung geht nicht hervor, welche Behandlungsstunden anerkannt wurden, so dass eine eindeutige Zuordnung zum gewählten 1-Jahreszeitraum Juli 1994 bis Juni 1995 nicht möglich ist. Auch im Fall 3 wurden vom Kläger in der Sammelbescheinigung der BEK für drei Fälle 72 Behandlungsstunden angeführt, während die Krankenkasse lediglich 25 Behandlungsstunden für einen Fall bestätigt hat. Im Fall Nr.4 wird in der Sammelbescheinigung der BEK für den Behandlungsfall z.B. ein Behandlungszeitraum vom 2. Juni 1995 bis 18. Oktober 1995 mit 50 Behandlungsstunden angeführt (Patient B.K.). Die Rechnungen für diesen Patienten geben dagegen einen Behandlungszeitraum vom 1. Februar 1995 bis 29. Juni 1995 wieder, wobei nur eine Leistung (29. Juni 1995) innerhalb des von der Krankenkasse bestätigten Behandlungszeitraumes liegt. Im Fall Nr.6 schließlich fällt eine - allerdings zu vernachlässigende - Unstimmigkeit insofern auf, als von der AOK Würzburg auf dem Kontoauszug das Rechnungsdatum 17. Mai 1995 angegeben wurde, während die vom Kläger eingereichte Rechnung vom 22. Mai 1995 stammt. Die Rechnungsnummern stimmen dagegen überein, so dass insgesamt nach Auffassung des Senats von einem ausreichenden Nachweis der in der Rechnung vom 22. Mai 1995 geltend gemachten 10 Behandlungsstunden auszugehen ist. Für die zweite Rechnung vom 2. August 1995 (drei Behandlungsstunden im gewählten Jahreszeitraum) fehlt es dagegen an einem die Zahlung durch die Krankenkasse belegenden Kontoauszug. Bei einer Gesamtschau der vorgelegten Unterlagen zu den Fällen 1, 3, 4 und 6 gelangt der Senat zu der Überzeugung, dass die hier erfolgten 36 Behandlungsstunden und deren Bezahlung hinreichend nachgewiesen sind und daher zusätzlich anerkannt werden können.

Von den übrigen geltend gemachten Fällen 13 bis 20 kann lediglich noch der Fall Nr.16 anerkannt werden, für den der Kläger zwar keine Sammelbescheinigung vorgelegt hat, die Bezahlung der vom Kläger durchgeführten drei Behandlungsstunden durch die Barmer Ersatzkasse

aber durch Kontoauszug eindeutig nachgewiesen ist. In den restlichen Fällen 13, 14, 15, 17, 18, 19 und 20 fehlt dagegen jeglicher Nachweis dafür, dass die vom Kläger geltend gemachten Behandlungsstunden entweder direkt durch die Krankenkasse oder über den Versicherten durch die Krankenkasse erstattet worden sind. Hinsichtlich der den gleichen Patienten betreffenden Fälle Nr.13 und Nr.14 hat der Kläger einerseits selbst vorgetragen, dass die vorgenommenen Behandlungsstunden bis heute nicht bezahlt worden seien. Die vom Kläger gleichwohl vorgelegten Kontoauszüge stammen allesamt aus dem Jahre 1993 und können sich daher nicht auf die Rechnungen aus den Zeitraum Juli 1994 bis Juli 1995 beziehen. Schließlich sind auch die Bestätigungen der Siemens Betriebskrankenkasse in sich widersprüchlich. Während die Bescheinigung vom 10. Dezember 1998 169 Stunden Verhaltenstherapie in den Quartalen 2/94 bis einschließlich 2/95 bestätigt, werden in der Sammelbescheinigung vom 8. Dezember 1998 169 Behandlungsstunden in zwei Behandlungsfällen für den Zeitraum 2. Oktober 1992 bis 17. Dezember 1996 und 2. Oktober 1992 bis 23. November 1995 bestätigt. In den Fällen 15, 17, 18, 19 und 20 fehlt schließlich jeglicher Nachweis, dass diese Fälle über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet wurden. Der Kläger konnte hierzu keine Sammelbescheinigungen vorlegen, die die gesetzlichen Krankenversicherungen auch ohne Einwilligung des Patienten ausstellen. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass es sich um reine Selbstzahlerfälle handelt. Insgesamt geht der Senat davon aus, dass der Kläger in dem von ihm gewählten 1-Jahreszeitraum Juli 1994 bis Juni 1995 156 Behandlungsstunden als Erstattungstherapeut nachgewiesen hat, was einem Behandlungsumfang von 3,62 Behandlungsstunden pro Woche entspricht. Auf den gesamten 3-Jahreszeitraum vom 25. Juni 1994 bis 24. Juni 1997 bezogen kommt der Senat auf insgesamt 421 nachgewiesene Behandlungsstunden auf der Grundlage der vom Kläger vorgelegten Liste, was einem Behandlungsumfang von 3,6 Behandlungsstunden pro Woche entspricht. Beim Kläger liegt damit unter keinem denkbaren Gesichtspunkt eine bestandsgeschützte "Teilnahme" im Sinne von [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) vor.

Auch die Tatsache, dass der 1943 geborene Kläger infolge seines Alters nach § 25 Satz 1 Ärzte-ZV grundsätzlich keine bedarfsabhängige Zulassung mehr erhalten kann, begründet keinen Anspruch auf Erteilung einer bedarfsunabhängigen Zulassung. Die Frage der bedarfsabhängigen Zulassung und des möglichen Vorliegens eines Härtefalls im Sinne von § 25 Satz 2 Ärzte-ZV ist im Zusammenhang mit der bedarfsabhängigen Zulassung zu prüfen, für die bislang aber noch gar kein Antrag gestellt wurde und möglicherweise auch gar nicht beabsichtigt ist (vgl. hierzu auch §§ 1 Abs.3 und 47 Abs.2 Ärzte-ZV). Insgesamt ist davon auszugehen, dass das Psychotherapeutengesetz zu einer erheblichen Verbesserung der Rechtsposition der Psychotherapeuten führt. Dies gilt nicht nur für die bedarfsunabhängige Zulassung, sondern auch für den Regelfall der bedarfsabhängigen Zulassung, weil auch hier erstmals eine den Ärzten gleichgestellte Teilhabe an der Behandlung von Krankenversicherten eröffnet wird (vgl. BVerfG vom 30. Mai 2000, [1 BvR 704/00](#) = SozR 3-2500 [§ 95 SGB V](#) Nr.24). Diese Auslegung des [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) verstößt nicht gegen höherrangiges Recht. Prüfungsmaßstab ist hierbei zunächst [Art.12 Abs.1 GG](#), da es dem Kläger darum geht, seine psychotherapeutische Praxis in M. in der Zukunft weiter betreiben zu können, so dass die damit verbundenen Erwerbsmöglichkeiten im Vordergrund des Begehrens stehen (vgl. [BVerfGE 30, 292](#), 334f; [85, 360](#), 383). Die Beschränkung der Zulassung zur vertragsärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung in überversorgten Gebieten stellt sich als eine Berufsausübungsregelung dar, die vor allem zur Sicherung einer gleichmäßigen Versorgung der Versicherten im gesamten Bundesgebiet gerechtfertigt ist (vgl. [BSGE 82, 41](#), 44 = [SozR 3-2500 § 103 Nr.2](#) S.13 für die vertragsärztliche Versorgung; [BSGE 81, 207](#), 212 = [SozR 3-2500 § 101 Nr.2](#) S.13 für die vertragszahnärztliche Versorgung; [BSGE 87, 158](#), 163 = [SozR 3-2500 § 95 Nr.25](#) S.110 für die vertragspsychotherapeutische Versorgung). Da der Kläger vor In-Kraft-Treten des Gesetzes vom 16. Juni 1998 keinen Anspruch auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung hatte, beseitigt dieses Gesetz keine von ihm schon innegehabte bzw. erworbene Rechtsposition, wenn es den auf einen bestimmten Ort bezogenen Zulassungsanspruch nur unter dem Vorbehalt der Gewährleistung einer annähernd gleichmäßigen Versorgung der Versicherten der GKV gewährt. Zwar ist der Gesetzgeber bei der Neuordnung von Berufsausübungsregelungen aus Gründen des Vertrauensschutzes und der Verhältnismäßigkeit gehalten, Übergangsregelungen für solche Personen zu schaffen, welche die von der Neuregelung betroffene Tätigkeit in der Vergangenheit in erlaubter Weise ausgeübt haben ([BVerfGE 98, 265](#), 309 f.). Solche Übergangsregelungen müssen aber nicht notwendig darauf hinauslaufen, dass die bisherige Tätigkeit in unveränderter Form beibehalten werden darf ([BVerfGE 68, 277](#), 287). Ein psychologischer Psychotherapeut hat daher nicht allein deswegen Anspruch auf eine Zulassung ohne Berücksichtigung des Bedarfs, weil er bereits vor dem In-Kraft-Treten des Gesetzes vom 16. Juni 1998 die nach damaligem Recht erforderliche Qualifikation zur Behandlung von Versicherten der GKV besaß ([BVerfG SozR 3-2500 § 95 Nr.24](#) S.103). Auf den Umstand, dass das Rechtsstaatsprinzip Vertrauensschutz auch im Hinblick auf Dispositionen gewährt, die der Bürger in der berechtigten Erwartung getätigt hat, dass sich bestimmte rechtliche Ausgangsbedingungen nicht ändern werden (vgl. [BVerfGE 13, 39](#), 45f; [30, 367](#), 389), musste der Gesetzgeber übergangsrechtlich nur dadurch reagieren, dass psychologische Psychotherapeuten, die eine eigene Praxis aufgebaut und in diese in der Erwartung investiert hatten, sie zu alten Bedingungen unverändert weiterzuführen, einen gewissen Schutz genossen. Die sich unter diesem Gesichtspunkt ergebenden verfassungserfordernisse hat [§ 95 Abs.10 Satz 1 SGB V](#) in angemessener Weise aufgenommen und verwirklicht (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr.25](#) S.108 sowie BSG, Urteil vom 11. September 2002, [B 6 KA 41/01 R](#), S.13/14). Auch soweit [§ 95 Abs.10 Satz 1 Nr.3 SGB V](#) mit dem 24. Juni 1997 einen Endstichtag vorsieht, bis zu dem die schützenswerte Vortätigkeit erfolgt sein muss, scheidet ein Verstoß gegen höherrangiges Recht aus. Dieses Datum bezeichnet den Tag, an dem die damaligen Regierungsfractionen von CDU/CSU und FDP einen Gesetzentwurf des Psychotherapeutengesetzes in den Deutschen Bundestag eingebracht haben, der dann in seinen Grundstrukturen Gesetz geworden ist, auch wenn die konkret das Zeitfenster betreffende Regelung erst später als Ergänzung in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht worden ist. Denn nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sind auch bereits Gesetzesinitiativen geeignet, das Vertrauen auf den unveränderten Fortbestand rechtlicher Rahmenbedingungen zu erschüttern ([BVerfGE 91, 253](#), 260).

Nach alledem ist die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Senat verkennt nicht, dass dieses Ergebnis für den Kläger, dessen Berufsweg von Beginn an eng mit dem Berufsbild des Psychotherapeuten verbunden war und der sich in vielfältiger Weise auf dem Gebiet der Psychotherapie engagiert und verdient gemacht hat, in hohem Maße enttäuschend ist. Die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften lassen aber eine Berücksichtigung der beim Kläger vorliegenden Fallgestaltung mit dem Ergebnis einer bedarfsunabhängigen Zulassung nicht zu.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs.1 und Abs.4 SGG](#) in der bis zum In-Kraft-Treten des 6. SGG-Änderungsgesetzes geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung.

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login  
FSB  
Saved  
2004-03-17