

L 11 KA 103/04

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 33 KA 130/02
Datum
30.06.2004
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 103/04

Datum
23.01.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 30.06.2004 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des klägerischen Honorars für zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen im Quartal IV/1999.

Der Kläger ist als Diplompsychologe und psychologischer Psychotherapeut zur vertragsärztlichen Versorgung in L zugelassen. Der Honorierung seiner Tätigkeit lag im Jahre 1999 für die Primärkassen ein Punktwert von zunächst 5,5 Pfennig und für die Ersatzkassen ein solcher in Höhe von 7,0 Pfennig zugrunde (Quartalskonto-/ Abrechnungsbescheid vom 26.04.2000 für das streitige Quartal), der Punktwert wurde im Wege der Nachvergütung für die Primärkassen auf 6,5973 Pfennig und für die Ersatzkassen auf 7,3786 Pfennig angehoben (Nachvergütungsbescheid vom 17.04.2001). Den gegen die genannten Bescheide gerichteten Widerspruch des Klägers wies der Vorstand der Beklagten zurück (Widerspruchsbescheid vom 27.05.2002). Die Honorarfestsetzung für das Jahr 1999 richte sich nicht nach den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Beklagten, sondern nach Art. 11 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) i. V. m. Art. 14 Abs. 2 und 3 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes. Das danach berechnete Ausgabenvolumen für Psychotherapeutische Leistungen sei im Jahre 1999 vollständig zur Auszahlung gebracht worden, zusätzlich seien die Leistungen entsprechend Art. 11 Abs. 2 PsychThG gestützt worden, nachdem der Punktwert für die Leistungen des Kapitels B II des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) festgestanden habe. Die daraus resultierende Nachvergütung sei allen Leistungserbringern unabhängig von der Einlegung eines Widerspruchs mit dem Quartalskonto-/ Abrechnungsbescheid für das Quartal IV/00 gutgeschrieben worden. Eine darüber hinausgehende Vergütung mit einem Punktwert von 10 Pf sei aufgrund der eindeutigen gesetzlichen Vorgaben nicht möglich.

Dagegen richtete sich die am 21. Juni 2002 erhobene Klage. Die Beklagte habe nicht dargelegt, aus welchem Grunde die Leistungen nicht mit einem Punktwert von 10 Pf vergütet worden seien. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei die Beklagte verpflichtet, den Punktwert für die streitbefangenen Leistungen auf 10 Pf zu stützen. Die Voraussetzungen, unter denen der Punktwert unter 10 Pf sinken könne, lägen nicht vor. Um den Psychotherapeuten ein anderen Arztgruppen vergleichbares Einkommen zu ermöglichen, müsse der Punktwert sogar auf 15 Pf gestützt werden. Die Vorschrift des Art. 11 PsychThG sei verfassungswidrig, darüber hinaus habe die Beklagte die Vorschrift nicht zutreffend umgesetzt. Durch die Regelung solle sicher gestellt werden, dass die Vergütung für die psychotherapeutischen Leistungen den für Beratungs- und Betreuungsleistungen maßgeblichen Punktwert anderer Arztgruppen um nicht mehr als 10 v. H. unterschreite. Für das Quartal III/1999 ergebe sich ein durchschnittlicher Punktwert von 11,3 Pf, bei Abzug von 10 v. H. ergebe sich ein Punktwert von 10,17 Pf. Die Beklagte habe nicht entsprechend Art. 11 Abs. 2 PsychThG den durchschnittlichen Punktwert für die Vergütung der Beratungs- und Betreuungsleistungen als Grundlage der Stützung des Punktwertes angenommen, sondern den durchschnittlichen Punktwert aller Leistungen. Die Behauptung, die beteiligten Krankenkassen wüssten nicht, welcher Punktwert in welchem Bereich gezahlt worden sei, sei falsch. Im übrigen sei zu bestreiten, dass das zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen vollständig zur Auszahlung gebracht worden sei.

Der Kläger hat beantragt,

den Quartalskonto-/ Abrechnungsbescheid vom 26.04.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über die Festsetzung des Honorars des Klägers im Quartal IV/1999 für die zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie die Auffassung vertreten, die Honorierung sei entsprechend den gesetzlichen Vorgaben erfolgt.

Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen. Der Honorarberechnung für das streitige Quartal läge Art. 11 PsychThG zugrunde, der verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sei. Die Rechtsprechung des BSG, nach der der Punktwert für die streitbefangenen Leistungen auf 10 Pf zu stützen sei, sei nicht anwendbar. Art. 11 Abs. 1 PsychThG knüpfe nicht an ein den psychotherapeutischen Leistungserbringern im Bezugszeitraum zustehendes Honorar, sondern an das von den Krankenkassen für die Honorierung aufgewendete Vergütungsvolumen an. Anhaltspunkte, die Berechnung des Interventionspunktwertes anzuzweifeln lägen nicht vor. Soweit der Kläger auf ein durchschnittlichen Auszahlungspunktwert anderer Arztgruppen abstelle, sei dies vom Ansatz her verfehlt (Urteil vom 30.06.2004).

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 04.10.2004. Die Entscheidung des Sozialgerichts sei unzutreffend, denn die Berechnung des Honorars sei nicht nachvollziehbar. Es bestünden Zweifel sowohl an der richtigen Berechnung des Vergütungsvolumens für die Jahre 1996 bis 1998 als auch des Interventionspunktwertes. Die Zahlen, die die Beklagte während des Berufungsverfahrens vorgelegt habe, seien nicht nachprüfbar. Es sei schon unklar, woher die für die Berechnung des Ausgabevolumens nach Art. 11 Abs. 1 Nr. 1 PsychThG herangezogenen Zahlen stammten und wie sie sich zusammensetzten. Im Rahmen der Berechnung des Ausgabevolumens nach Art. 11 Abs. 1 Nr. 2 PsychThG rechne die Beklagte zur Berechnung des Stützpunktwertes die von ihr verwandten Zahlen hoch. Auch in diesem Zusammenhang sei unklar, woher der Betrag von 13.328.616,87 DM stamme. Die zu berücksichtigenden Beträge aus der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), die gem. § 11 Abs. 3 PsychThG zur Verringerung des Ausgabenvolumens herangezogen werden müssen, seien unzutreffend, da bei der Berechnung dieser Beträge nicht berücksichtigt worden sei, dass nach der Rechtsprechung des BSG die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen vor 1999 nach einem Mindestpunktwert von 10 Pf zu erfolgen habe. Gleiches gelte für die Nachzahlungen, denn hier werde exemplarisch darauf hingewiesen, dass die BKK 5,9 Pf gezahlt habe. Aus welchem Grunde die Beklagte im Rahmen der Berechnung Positionen für Überschuss/ Unterdeckung abzüge, lege sie ebenso wenig dar. Gleiches gelte für die Berechnung des Interventionspunktwertes gem. Kapitel B II EBM, der nach Art. 11 Abs. 2 PsychThG um nicht mehr als 10 v. H. unterschritten werden dürfe.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 30.06.2004 abzuändern und im weiteren nach dem Antrag aus der Berufungsschrift vom 28.09.2004 zu erkennen.

Die Bevollmächtigten der Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrags vertritt die Beklagte die Auffassung, die Berechnung und Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen für das streitige Quartal sei anhand der Vorschrift des Art. 11 PsychThG ordnungsgemäß erfolgt und sei nicht zu beanstanden. Nachvergütungen einzelner Widerspruchsführer für das Jahr 1996 seien nicht gesondert erfasst worden, das führe aber nicht zur Rechtswidrigkeit der angefochtenen Honorarbescheide. Die Beklagte habe zunächst das 1996 aufgewandte Vergütungsvolumen ermittelt und entsprechend der gesetzlichen Regelung des Art. 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 PsychThG erhöht. Dabei sei der Aufwandspunktswert für die Leistungen nach Kapitel B II EBM ermittelt und davon 10 v. H. abgezogen worden. Daraus ergebe sich für die Primärkassen ein Punktwert von 6,59723 Pf und für die Ersatzkassen ein solcher in Höhe von 7,3786 Pf. Vom Ministerium sei diese Berechnungsweise nicht beanstandet worden. Der Punktwert für die Leistungen nach Kapitel B II EBM sei nach dem Formblatt 3 für die Primärkassen berechnet worden. Der sich aus dem Vergütungsvolumen ermittelte Punktwert sei um mehr als 10 v. H. von den für die Leistungen nach Kapitel B II EBM abgewichen und demzufolge nach Art. 11 Abs. 2 PsychThG gestützt worden. Einer Verurteilung der Beklagten zur Neuentscheidung stünde auch die Vorschrift des § 42 des Sozialgesetzbuches (SGB) X entgegen, denn in der Sache könne keine andere Entscheidung ergehen.

Wegen der weiteren Darstellung des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte, die der Senat beigezogen und deren Inhalt er seiner Entscheidung zugrunde gelegt hat sowie den Vortrag der Beteiligten im übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet.

Im Ergebnis zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, denn der Kläger ist durch den Quartalskonto-/ Abrechnungsbescheid vom 26.04.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2002 nicht beschwert i. S. d. [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG), denn der Bescheid ist nicht rechtswidrig. Die Berechnung des auf Art. 11 PsychThG gestützten klägerischen Honorars für im Quartal IV 1999 erbrachte zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen ist nicht zu beanstanden.

Art. 11 PsychThG ist teil des Gesetzes über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten zur Änderung des SGB V und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 ([BGBl I 1311](#)). Ergänzend zu der mit diesem Gesetz geschaffenen Neuerung, den Angehörigen der Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Berechtigung zur unmittelbaren Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zu verschaffen, legte der Gesetzgeber in Art. 11 für das Jahr 1999 ein Honorarvolumen für psychotherapeutische Leistungen fest. Die Ausgestaltung dieser Vorschrift ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Bei dieser rechtlichen Bewertung folgt der Senat aus eigener Überzeugung den Feststellungen des BSG in seinem Urteil vom 06.11.2002 ([B 6 KA 21/02 R](#)) und sieht von einer Darstellung der Begründung im einzelnen ab, zumal der Kläger seine ursprüngliche mit der Berufung erhobenen verfassungsrechtlichen Bedenken gegen Art. 11 PsychThG nicht weiter aufrecht erhält.

Art. 11 PsychThG sieht zum einem in Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 2 eine Ausgabenobergrenze vor (1) vor und enthält in Abs. 2 eine Absicherung für ein bestimmtes Mindesthonorarniveau, in dem dort für die psychotherapeutischen Leistungen eine Vergütungsuntergrenze festgelegt wird (2).

(1) In der ursprünglichen Gesetzesfassung bestand das Ausgabenvolumen aus dem für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 1996 aufgewendeten und um die nach § 85 Abs. 3 des 5. Buches Sozialgesetzbuch für die Jahre 1997 und 1998 vereinbarten Veränderungen erhöhten Vergütungsvolumen (Art. 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 PsychThG) und einem Ausgabenvolumen, das den im Jahre 1996 für psychotherapeutische Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung entrichteten Vergütungen entspricht, höchstens jedoch 1 v. H. der nach § 85 Abs. 1 des 5. Buches Sozialgesetzbuch im Jahre 1996 entrichteten Gesamtvergütungen (Art. 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 PsychThG). Diese Regelung änderte der Gesetzgeber mit Art. 14 Abs. 2 GKV Solidaritätsstärkungsgesetz ([BT-Drucks 14/24 S. 25](#) u. 14/157 S. 37) dahingehend ab, dass in Art. 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 PsychThG auf die Gesamtvergütungen des Jahres 1997 Bezug genommen und in Art. 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 PsychThG festgeschrieben wurde, dass das dort genannte Ausgabenvolumen für die außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten psychotherapeutischen Leistungen noch um 40 % zu erhöhen war. Darüberhinaus wurde für das Ausgabenvolumen nach Art. 11 Abs. 1 Nr. 1 und 2 PsychThG geregelt, dass dieses sich um die Beträge, die von der Krankenkasse nach § 13 Abs. 3 des 5. Buches Sozialgesetzbuch als Erstattungen für psychotherapeutische Leistungen aufgewendet worden sind, zu verringern habe (Art. 11 Abs. 3 Satz 1 PsychThG).

(2) Hinsichtlich der Absicherung eines bestimmten Mindesthonorarniveaus sah Art. 11 Abs. 2 PsychThG vor, dass, falls der zugrunde gelegte Punktwert denjenigen, der sich durchschnittlich für die Vergütung der Leistungen nach Abschnitt B II EBM-Ä ergab um mehr als 10 % unterschritt, die Gesamtvertragsparteien geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz zu treffen hätten.

Von der Richtigkeit der auf der Basis dieser gesetzlichen Grundlage vorgenommenen Berechnung des klägerischen Honorars im streitigen Quartal ist der Senat aufgrund der von der Beklagten im Berufungsverfahren vorgelegten Einnahme- und Ausgabeaufstellungen für die Primär- und Ersatzkassen überzeugt. Der Senat sieht keine Anhaltspunkte, die der Punktwertberechnung zugrunde gelegten Zahlen anzuzweifeln. Die gegenteiligen Behauptungen des Klägers sind hierzu nicht geeignet, denn sie sind zu unsubstantiiert, um die nachvollziehbar dargelegte Punktwertberechnung in Frage zu stellen. Danach ist zunächst exemplarisch für die AOK, das nach Art. 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 PsychThG zugrunde zulegende Ausgabenvolumen mit 13.328.616,87 DM und das nach Nr. 2 der Vorschrift um 40 v. H. erhöhte Volumen, welches außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung entrichtet wurde mit 11.308.246,24 DM anzunehmen. Daraus ergibt sich eine Summe von 24.636.863,11 DM, die entsprechend Art. 11 Abs. 3 PsychThG um die im Rahmen der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gezahlten Beträge i. H. v. 5.860.834,16 DM zu verringern waren. Soweit der Kläger in dem Zusammenhang die Auffassung vertritt, der im Rahmen der Kostenerstattung berücksichtigte Betrag sei unzutreffend, weil insoweit nach der Rechtsprechung des BSG für diese Beträge ein Punktwert von 10 Pf zugrunde zulegen sei (Urteil vom 25.08.1999, Az. [B 6 KA 14/98 R](#)) ist dem nicht zu folgen. Die nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) von den Krankenkassen den Versicherten erstatteten Beträge richten sich in der Höhe nach den tatsächlich abgerechneten Beträgen und nicht danach, in welcher Höhe die Leistungserbringer im Rahmen ihrer Honorarabrechnung gegenüber der Beklagten Anspruch auf Vergütung hatten. Der Versicherte hat im Wege des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) keinen höheren Anspruch, wenn der Behandler dies nicht in Rechnung gestellt hat. Durch [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) werden die wirtschaftlichen oder beruflichen Interessen der behandelnden Ärzte nicht geschützt (vgl. hierzu Höfler im Kasseler Kommentar zum SGB V, Stand Juni 2005, § 13 Anm. 28). Ungeachtet dessen würde sich auch der im Rahmen der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zu berücksichtigende Betrag erhöhen, wenn der Berechnung ein Punktwert von 10 Pf zugrunde gelegt würde. Das wiederum hätte zur Folge, dass sich das Ausgabenvolumen verringert und damit letztlich auch der für die Berechnung des Punktwertes zur Verfügung stehende Betrag. Das wiederum hatte zur Folge, dass dann auch der Punktwert sinken würde. Auch die in die Berechnung eingestellten Nachzahlungen der Krankenkassen und die Beträge aus dem KV-Topf geben zu keinerlei Beanstandung Anlass. Das ergibt sich bereits aus der Gegenüberstellung der streitigen Berechnung zum einen und der Beispielsberechnung anhand eines Punktwertes von 10 Pf. Bei letzterer ergibt die Summe des Ausgabenvolumens, der Nachzahlung der Krankenkassen und des Betrages aus dem KV-Topf insgesamt einen Betrag von 25.690.118,30 Mio. DM, während dieser Betrag in der Berechnung, die nicht von einem Punktwert von 10 Pf ausgeht, 28.250.104,44 Mio. DM beträgt, also wegen der Nachzahlungen höher ist. Eine Beschwerde des Klägers ist somit nicht erkennbar.

Die erfolgten Zahlungen i. H. v. 24.373.054,16 Mio. DM ergaben bei einem Leistungsbedarf für das Jahr 1999 von 398497402,4 Mio Punkten einen Punktwert von 6,12 Pf ergab, der damit unter dem Interventionspunktwert des Art. 11 Abs. 2 PsychThG i. H. v. 6,5973 Pf für die Primärkassen lag. Die Berechnung, dieses Interventionspunktwertes durch die Beklagte ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat sich hierzu auf die Angaben im Formblatt 3 gestützt, nach denen sich der Punktwert für die B II Leistungen bei den Primärkassen mit 7,23 Pf und bei den Ersatzkassen mit 8,07 Pf errechnet. Auch hier sieht der Senat keine Veranlassung, die der Berechnung zugrunde liegenden Angaben zum Vergütungsvolumen und des Leistungsbedarfs anzuzweifeln. Das Formblatt 3 stellt entgegen seiner Bezeichnung nicht nur eine bloß eine Seite umfassende Aufstellung von Zahlen dar, sondern ist ein mehrere Bände umfassendes Werk, in dem detaillierte Angaben zu Einnahmen, Ausgaben und Leistungsbedarf enthalten sind. Um diese Zahlen in Frage zu stellen, bedarf es eines substantiierten Sachvortrages, weil der Datenträgeraustausch zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zum einem in den [§§ 284ff SGB V](#) geregelt ist und zum anderen die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Krankenkassenverbänden einen Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern geschlossen haben, der detaillierte Voraussetzungen für das Procedere enthält. Darüberhinaus regeln die [§§ 54 Abs. 2](#) des Bundesmantelvertrages für Ärzte (BMV-Ä) und [53 Abs. 2](#) des Ersatzkassenvertrages für Ärzte (EKV-Ä), dass die Gesamtvergütungen nach Maßgabe der gesamten Verträge und der in Formblatt 3 festgelegten Kriterien an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten sind, wobei u. a. den Inhalt des Formblattes 3 die Vertragspartner zu vereinbaren haben. Angesichts dieser klaren rechtlichen Regelungen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Zahlen, die die Beklagte aus dem Formblatt 3 entnommen und ihrer Berechnung zugrunde gelegt hat, unzutreffend sind.

Kürzt man die sich aus dem Formblatt 3 ergebenden Punktwerte von 7,23 Pf für die Primärkassen und 8,07 Pf für die Ersatzkassen um 10 v. H., ergeben sich Punktwerte von 6,5973 bzw. 7,3786 Pf, nach denen der Kläger im streitigen Quartal vergütet worden ist.

Eine abweichende Beurteilung ergibt sich auch nicht, wenn man davon ausgeht, dass der Punktwert für die Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen mindestens 10 Pf. zu betragen hat. Bei dem dann nach Art. 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 z. B. für den Bereich der AOK anzunehmenden Ausgabenvolumen von 20.242.706,22 Mio DM errechnet sich dann ein Punktwert von 5,9549 Pf, also ein solcher, der unter dem Punktwert liegt, nach dem der Kläger im Bereich der Primärkassen vergütet worden ist. Ein ähnliches Ergebnis ergibt sich im

Bereich der Ersatzkassen, hier errechnet sich bei Zugrundelegung eines Punktwertes von 10 Pf ein solcher i. H. v. 5,9022 DM, so dass auch hier eine Beschwerde des Klägers nicht erkennbar ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§ 154](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision war nicht zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-04-17