B 6 KA 14/98 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
-
Datum
19.06.1996
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
10.12.1997
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 14/98 R
Datum
25.08.1999
Kategorie
Urteil
Auf die Revision des Klägers werden die Urteile des Hessischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 1997 und des Sozialgerichts Frankfurt vom 19. Juni 1996 sowie die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I und II/1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. August 1995 aufgehoben, soweit sie das Honorar des Klägers für Behandlung von Versicherten der Primärkassen betreffen. In diesem Umfang wird die Beklagte zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats verurteilt. Im übrigen wird die Revision des Klägers zurückgewiesen. Der Kläger hat 4/5, die Beklagte 1/5 der außergerichtlichen Kosten der Gegenseite für alle Rechtszüge zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Streitig ist die Höhe der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen.

Der als Arzt für Psychiatrie mit den Zusatzbezeichnungen "Psychotherapie" und "Psychoanalyse" zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger wendet sich gegen die Honorarbescheide der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) für die Quartale I und II/1993.

In den Jahren 1991 und 1992 wurden in Hessen aufgrund vertraglicher Vereinbarungen die psychotherapeutischen Leistungen sowohl im Primärkassen- als auch im Ersatzkassenbereich nach festen Punktwerten vergütet. Für die Zeit ab 1. Januar 1993 änderte die Beklagte am 20. März 1993 ihren Honorarverteilungsmaßstab (HVM) für den Primärkassenbereich. Danach galten für psychotherapeutische Leistungen keine festen Punktwerte mehr. Sie wurden einer Honorargruppe zugeordnet, die nach Angaben der Beklagten rund 80 % aller Leistungen erfaßte, und unterlagen damit den Punktwertschwankungen, die sich in dieser Honorargruppe ergaben. Für den Ersatzkassenbereich wurden vergleichbare Regelungen getroffen.

Der Kläger erbrachte in den Quartalen I und II/1993 ausschließlich psychotherapeutische Leistungen der Nrn 865, 875, 877 und 878 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä). Die Beklagte setzte das Honorar des Klägers bei den Primärkassen nach Punktwerten von je 9,0 Pf und bei den Ersatzkassen von 9,25 Pf sowie 10,85 Pf fest. Mit Bescheid vom 28. Juni 1994 - nach Erlaß des HVM-Ersatzkassen ersetzt durch den Bescheid vom 24. August 1995 - wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die Honorarbescheide für die Quartale I und II/1993 zurück. Die ab 1. Januar 1993 geltenden Vorschriften des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) gestatteten die Vereinbarung von Sonderentgelten für psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Budgets nicht mehr. Die Einstufung der psychotherapeutischen Leistungen in die Honorargruppe, die 80 % der ärztlichen Leistungen erfasse, sei rechtmäßig und verstoße nicht gegen das Differenzierungsgebot. Zwar sei richtig, daß ein Psychotherapeut aufgrund der Zeitvorgaben in der Gebührenordnung seine Leistungen nicht beliebig vermehren und auch kaum Rationalisierungsreserven ausschöpfen könne. Indessen sei bei diesen Leistungen der erforderliche Kostenaufwand im Gegensatz zu allen anderen ärztlichen Leistungen nur sehr gering. Hierdurch würden die genannten Nachteile kompensiert. Selbst wenn aber für die psychotherapeutischen Leistungen eine eigene Honorargruppe gebildet worden wäre, wäre das für den Kläger nicht von Vorteil gewesen. Durch den mit der Zunahme der Behandler enorm gestiegenen Leistungsbedarf für psychotherapeutische Leistungen wäre ein "getopfter" Punktwert geringer gewesen als der allgemeine Punktwert. Aufgrund der Zuordnung der psychotherapeutischen Leistungen zu den allgemeinen Leistungen würden vielmehr die überproportionalen Zuwächse in der Psychotherapie gestützt.

Im hiergegen vom Kläger angestrengten Klageverfahren hat er geltend gemacht, das Absinken des Honorars gegenüber 1992 sei für ihn

existenzbedrohend. Die psychotherapeutischen Leistungen würden nicht mehr angemessen vergütet. Die Beklagte hätte dies durch Maßnahmen der Honorarverteilung verhindern können.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen. Gegen die rückwirkende Inkraftsetzung des HVM im Ersatzkassenbereich für die Quartale I bis III/1993 bestünden keine Bedenken, da es insoweit zu keinen - neuen oder weiteren - Benachteiligungen des Klägers gekommen sei. Es sei damit lediglich die auf der vertraglichen Abmachung bestehende Verteilung nachvollzogen worden. Die Bekanntmachung der Änderung des HVM im Mai 1993 für den Primärkassenbereich stelle keine unzulässige Rückwirkung dar, da nicht in einen abgeschlossenen Sachverhalt eingegriffen worden sei. Die Beklagte sei schließlich nicht verpflichtet gewesen, für psychotherapeutische Leistungen eine eigene Honorargruppe zu bilden oder einen festen Punktwert zu garantieren. Diese Frage falle in die Entscheidungsprärogative der Beklagten, in die die Gerichte nicht eingreifen dürften. Aus dem Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung folge nicht, daß eine Einzelleistung in bestimmter Weise zu vergüten sei. Ein subjektives Recht auf angemessene Vergütung könne nur ausnahmsweise gegeben sein, wenn nämlich eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährde. Bereits aus den weiteren Zulassungen von Psychotherapeuten sei zu folgern, daß eine generelle Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung nicht gegeben sei. Auch aus den vom Kläger vorgelegten Gutachten und Stellungnahmen könne nicht geschlossen werden, daß das Führen einer psychotherapeutischen Praxis heute nicht mehr möglich sei. Zwar sei zuzugestehen, daß Psychotherapeuten nur ein Einkommen verbleibe, das im unteren Bereich oder sogar unterhalb der Ärzteeinkommen liege. Es gebe aber keine Rechtsnorm, die zu einer Anhebung der Vergütung verpflichte. Insofern trage der Kläger das Risiko eines freiberuflich Tätigen, der keine Garantie für eine feste Vergütung beanspruchen könne (Urteil vom 19. Juni 1996).

Durch Urteil vom 10. Dezember 1997 hat das Landessozialgericht (LSG) die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Zur Begründung hat das LSG sich gemäß § 153 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf die Entscheidungsgründe des SG gestützt und zusätzlich ausgeführt, hinsichtlich der Frage der existenzbedrohenden Entwicklung sei nicht auf die Verhältnisse des Einzelfalles abzustellen. Des weiteren müßten bei dieser Prüfung zusätzliche, nicht aus der gesetzlichen Krankenversicherung fließende Einnahmen berücksichtigt werden. Der Kläger könne auch nicht eine rückwirkende Erhöhung der Leistungsbewertungen des EBM-Ä verlangen. Der Bewertungsausschuß habe zudem zwischenzeitlich die punktzahlmäßige Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen angehoben.

Mit seiner vom LSG zugelassenen Revision rügt der Kläger eine Verletzung des § 72 Abs 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie der Art 12 Abs 1 und 3 Abs 1 Grundgesetz (GG). Aus § 72 Abs 2 SGB V sei ebenso wie mittelbar aus § 85 Abs 2 SGB V iVm Art 12 Abs 1 GG abzuleiten, daß jeder Vertragsarzt ein subjektives Recht auf angemessene Honorierung seiner Leistungen habe. § 72 Abs 2 SGB V verpflichte die Partner der Gesamtverträge, den Bewertungsausschuß und schließlich auch die KÄVen, dafür zu sorgen, daß die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet würden, und führe zu einem einklagbaren Anspruch des einzelnen Arztes gegen die genannten Körperschaften und Institutionen, diesen gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Psychotherapeutische Leistungen seien in den streitigen Quartalen nicht mehr angemessen vergütet worden. Dies ergebe sich aus den dem SG und LSG vorgelegten Gutachten und Stellungnahmen. Insbesondere zeige sich dies, wenn man das Honorar für psychotherapeutische Leistungen in den streitigen Quartalen mit den stark gesunkenen Punktwerten und einem unstreitigen Kostensatz von 42,6 % errechne. Auch das Gesamteinkommen der Psychotherapeuten im Vergleich zu allen anderen Arztgruppen belege, daß psychotherapeutische Leistungen nicht mehr angemessen vergütet worden seien. Unter dem Gesichtspunkt der sog Anfangs- und Erprobungsregelung sei der HVM der Beklagten nicht zu rechtfertigen, denn die schlechte Einkommenssituation der Psychotherapeuten aufgrund der Zeitgebundenheit ihrer Leistungen hätte sich bereits nach der EBM-Reform im Jahre 1987 hinreichend deutlich gezeigt. Dies habe dazu geführt, daß die Beklagte und auch andere KÄVen bereits zwischen 1990 und 1992 durch Sondervereinbarungen für Psychotherapeuten, in denen eine Einzelleistungsvergütung zu festen Punktwerten festgelegt worden sei, deren Einkommenslage gestützt hätten. Aufgrund dieser Erfahrungen sei mit den HVM-Regelungen ab dem Quartal I/1993 zu erwarten gewesen, daß sich die Honorarsituation der Psychotherapeuten weiter verschlechtern würde.

Der Kläger beantragt,
die Urteile des Hessischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 1997 sowie des Sozialgerichts Frankfurt vom 19. Juni 1996 und die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I und II/1993 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 28. Juni 1994 und 24. August 1995 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über seine Honorarforderungen für die Quartale I und II/1993 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie schließt sich dem angefochtenen Urteil an und führt ergänzend aus, ein Verstoß gegen den in § 72 Abs 2 SGB V niedergelegten Grundsatz der angemessenen Vergütung sei nicht gegeben. Nach der Rechtsprechung des BSG handele es sich hierbei um ein rein objektiv rechtliches Gebot, welches nur bei Hinzutreten besonderer Umstände dem betroffenen Arzt ein subjektives Recht verleihe. Derartige Umstände lägen hier nicht vor. Entgegen den Ausführungen des Klägers sei eine Gefährdung des Versorgungssystems auch bei psychotherapeutischen Leistungen nicht festzustellen. In der Vergangenheit habe die Zahl niedergelassener Ärzte oder Psychologen, die psychotherapeutische Leistungen erbrächten, zugenommen. Im übrigen hätte die Bildung eines eigenen Honorartopfes an dem Verfall des Punktwertes ab dem 1. Januar 1993 nichts geändert bzw diesen noch verschärft. Der Punktwert sei ab dem 1. Januar 1993 um etwa 10 % gefallen. Demgegenüber seien jedoch gleichzeitig die psychotherapeutischen Leistungen um 30 bis 50 % angestiegen. Wegen der Deckelung der Gesamtvergütungen gemäß § 85 Abs 3a SGB V und der Zunahme der Behandler wäre der Punktwert auch bei einem gesonderten Honorartopf abgefallen. Auch der Umstand, daß die Erbringer psychotherapeutischer Leistungen im unteren Bereich der vertragsärztlichen Einkommen lägen, rechtfertige keine besondere Behandlung hinsichtlich der Vergütung der Leistungen. Das Führen einer psychotherapeutischen Praxis sei nach wie vor möglich. Dies bewiesen weitere Zulassungen von niedergelassenen Psychotherapeuten. Zudem sei abschließend auf Art 11 Abs 2 des Psychotherapeutengesetzes zu verweisen, nach dem die Vergütung für psychotherapeutische Leistungen dann noch angemessen sei, wenn sie nicht mehr als 10 % unter dem Punktwert für die allgemeinen Beratungsleistungen liege. Das sei in ihrem - der Beklagten - Bereich der Fall gewesen.

Die Beigeladenen stellen keine Anträge.

II

Die Revision des Klägers hat Erfolg, soweit die angefochtenen Honorarbescheide die Honorarfestsetzung für die Behandlung von Versicherten der Primärkassen betreffen. Die Revision ist hingegen zurückzuweisen, soweit das Honorar des Klägers für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen festgesetzt worden ist.

Die Rechtmäßigkeit der den Gegenstand des Rechtsstreits bildenden Honorarbescheide für die Quartale I und II/1993 ist je nach Primär- und Ersatzkassenbereich getrennt zu prüfen. Denn die Bescheide enthalten jeweils eigenständige Regelungen iS des § 31 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), soweit sie das Honorar des Klägers für den Primär- und für den Ersatzkassenbereich festsetzen. Sie weisen jeweils getrennt für beide Kassenbereiche die Fallzahlen, die abgerechneten Leistungen, die erzielten BMÄ- bzw E-GO-Punkte sowie die maßgeblichen Verteilungspunktwerte aus und unterscheiden sich auch hinsichtlich der normativen Vorgaben der Honorarverteilung.

Für beide Kassenbereiche hingegen übereinstimmend liegt den angefochtenen Bescheiden die punktzahlmäßige Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ä (= Abschnitt G IV BMÄ bzw E-GO) in der 1993 geltenden Fassung zugrunde. Betroffen sind die Leistungen nach den Nrn 865 EBM-Ä (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis zu 25 Sitzungen - Kurzzeittherapie, je Sitzung - Dauer mindestens 50 Minuten), 875 EBM-Ä (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung, je Sitzung - Dauer mindestens 50 Minuten), 877 EBM-Ä (analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung, je Sitzung - Dauer mindestens 50 Minuten) sowie 878 EBM-Ä (analytische Psychotherapie als Gruppenbehandlung - sechs bis neun Teilnehmer - je Teilnehmer und Sitzung - Dauer mindestens 100 Minuten, höchstens zwei Sitzungen pro Tag). Diese Leistungen waren in den streitbefangenen Quartalen mit 900 Punkten (Nr 865 EBM-Ä), 1.000 Punkten (Nrn 875, 877 EBM-Ä) bzw 350 Punkten (Nr 878 EBM-Ä) bewertet. Nach den Maßstäben, die von der Rechtsprechung für die Prüfung der Rechtmäßigkeit der punktzahlmäßigen Bewertung einzelner ärztlicher Leistungen in den Bewertungsmaßstäben entwickelt worden sind, ist dies nicht zu beanstanden. Das hat der Senat im einzelnen im Urteil vom 20. Januar 1999 - B 6 KA 46/97 R - (BSGE 83, 205, 209-211 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 215-218) dargelegt. Hiergegen wendet sich die Revision nicht, so daß weitergehende Ausführungen nicht veranlaßt sind.

Soweit der Kläger die Rechtswidrigkeit der den angefochtenen Honorarbescheiden zugrundeliegenden Honorarverteilung geltend macht, ist zwischen den einzelnen Kassenbereichen zu differenzieren.

Die Beklagte hat die Honorarverteilung im Primärkassenbereich ab dem 1. Januar 1993 auf der Grundlage der Regelungen in Lz 701 und Lz 702 ihres HVM vorgenommen. Nach Lz 701 wurden im einzelnen bezeichnete Leistungen aus den Gesamtvergütungen vorweg vergütet. Lz 702 bestimmte, daß der danach verbleibende Betrag unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Anlage zu Lz 702 ua für die Vergütung der geprüften Honoraranforderungen der zugelassenen Kassenärzte zur Verfügung steht. In der Anlage zur Lz 702 waren sieben Honorargruppen gebildet, denen nach dem Abrechnungsergebnis des Quartals IV/1992 Honorarbeträge zugeteilt wurden. Psychotherapeutische Leistungen waren der Honorargruppe 6 (alle übrigen Leistungen) zugeordnet, die ca 80 % aller Leistungen erfaßte. Für diese Leistungen ergaben sich in den Quartalen I und II/1993 Punktwerte von jeweils 9,0 Pf. In der Folgezeit stiegen sie nicht über diesen Wert, sondern bewegten sich ab dem Quartal I/1994 noch darunter.

Die Honorarverteilung im Primärkassenbereich in den Quartalen I und II/1993 ist rechtswidrig, soweit die Vergütung der vom Kläger erbrachten zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV BMÄ betroffen ist.

Rechtsgrundlage der Honorarverteilung durch die KÄV ist § 85 Abs 4 SGB V in der im maßgeblichen Zeitraum geltenden Fassung des GSG vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266). Danach sind bei der Vergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen (Abs 4 Satz 3 aaO). Bei der Anwendung der Honorarverteilung gemäß § 85 Abs 4 SGB V ist das aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG herzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten. Es kann verletzt sein, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, daß eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern ebenso das Gebot, wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln (stRspr, vgl zB BVerfGE 98, 365, 385). Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten ist der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, daß sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben darf (BVerfGE aaO; vgl auch Senatsurteile vom 21. Oktober 1998, ua B 6 KA 71/97 R - BSGE 83, 52, 58 = SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 207).

Der Senat hat in seinem Urteil vom 20. Januar 1999 (BSGE 83, 205 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 29) Grundsätze zur Anwendung des § 85 Abs 4 SGB V bei der Überprüfung von HVMen entwickelt, die die Honorierung der zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ä betreffen, soweit diese von überwiegend bzw ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten erbracht werden. Danach kann das dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit innewohnende Differenzierungsgebot verletzt sein, wenn die Honorierung aller ärztlichen Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führt, die wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen die Leistungsmenge - im Unterschied zu anderen Arztgruppen - nicht ausweiten kann. Der Senat hat weiter ausgeführt, daß eine Handlungs- und Korrekturpflicht der KÄV auf jeden Fall dann besteht, wenn der vertragsärztliche Umsatz voll ausgelasteter psychotherapeutisch tätiger Ärzte, soweit sie überwiegend oder ausschließlich zeitabhängige und seitens der Krankenkasse genehmigungsbedürftige Leistungen erbringen, erheblich sogar hinter dem durchschnittlichen Praxisüberschuß (Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzüglich Kosten) vergleichbarer Arztgruppen zurückbleibt (BSGE 83, 205, 213 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 220).

Hierüber hinaus ist die KÄV kraft ihres Sicherstellungsauftrags (auch) im Rahmen der Honorarverteilung gehalten, einer signifikanten Benachteiligung der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte entgegenzuwirken. Im vorliegenden Fall kann die KÄV dieser Verpflichtung im hier maßgeblichen Zeitraum nur dadurch Rechnung tragen, daß sie den Punktwert für psychotherapeutische Leistungen auf 10,0 Pf stützt. Diese Verpflichtung obliegt ihr unter den noch darzustellenden weiteren Voraussetzungen, solange und soweit der Anteil der Gesamtvergütungen, der für die Honorierung der Leistungen der betroffenen Psychotherapeuten zur Verfügung steht, durch den HVM der einzelnen KÄV bestimmt wird und das Ausgabevolumen nicht unmittelbar durch das Gesetz selbst festgelegt ist (vgl dazu BSGE 83, 205,

213, 214 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 220, 221).

Zur Konkretisierung der in der Entscheidung vom 20. Januar 1999 (BSGE 83, 205 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 29) dargestellten Grundsätze hat der Senat im Hinblick auf die Rechtmäßigkeit der punktzahlmäßigen Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen im EBM-Ä ausgeführt, daß bei Festlegung der Bewertungszahlen ein kalkulatorischer Punktwert von 10,0 Pf zugrunde gelegt worden ist. Dieser Punktwert hat bei Leistungsbewertungen von 900 bzw 1.000 Punkten für die im Rahmen der Psychotherapie maßgeblichen Nrn 865, 875, 877 EBM-Ä in den Jahren 1993/1994 im Primärkassenbereich zu Stundenhonoraren von ca 100,- DM geführt. Nach der EBM-Ä-Reform 1996 bewirkt er Stundenhonorare von 145,- DM. Dieser Betrag ist im Rahmen der Neugestaltung des EBM-Ä 1996 von den Verbänden der Psychotherapeuten nicht für unangemessen niedrig gehalten worden. Er hat im Sinne der Grundsätze des Senatsurteils vom 20. Januar 1999 zur Folge, daß für die Psychotherapeuten die Chance, aus einer mit vollem persönlichem Einsatz ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit Einkommen zu erzielen, nicht signifikant hinter derjenigen anderer Arztgruppen zurückbleibt. Derzeit ist ein Punktwert von 10,0 Pf für die zeitabhängigen Leistungen aber grundsätzlich auch erforderlich, um eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung derjenigen Ärzte, die überwiegend oder ausschließlich zeitabhängige psychotherapeutische Leistungen erbringen, im Verhältnis zu den Angehörigen anderer Arztgruppen im Rahmen der Honorarverteilung auszuschließen.

Zugrunde zu legen ist einer generellen Vergleichsbetrachtung der aus einer psychotherapeutischen vertragsärztlichen Tätigkeit zu erreichende Überschuß pro Jahr, wobei im Hinblick auf die Anpassung der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im EBM-Ä 1996 auf den Zeitraum ab 1996 abgestellt wird. Ein psychotherapeutisch tätiger Arzt bzw ein im Delegationsverfahren tätiger Psychologe kann bei optimaler Praxisauslastung und vollem persönlichem Arbeitseinsatz aus der Erbringung der zeitabhängigen Leistungen nach den Nrn 871, 872, 877 und 881 EBM-Ä 1996 bei einem Punktwert von 10,0 Pf einen Überschuß von ca 134.000,- DM pro Jahr aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit bzw der Tätigkeit im Delegationsverfahren erreichen. Dabei wird zugrunde gelegt, daß für eine psychotherapeutische Behandlung von mindestens 50-minütiger Dauer ein Honorar von durchschnittlich 145,- DM erzielt wird. Das ergibt einen Honorarumsatz pro Woche von 5.220,- DM, wenn unterstellt wird, daß die Belastungsgrenze für einen vollzeitig tätigen Psychotherapeuten bei 36 zeitabhängig zu erbringenden psychotherapeutischen Leistungen von mindestens 50-minütiger Dauer erreicht ist. In diesem Zusammenhang bedarf es keiner Entscheidung darüber, ob diese Belastungsgrenze eher mit 35 Stunden, wie der Senat in seinem Urteil vom 20. Januar 1999 unterstellt hat (BSGE 83, 205, 213 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 220), oder etwas höher zu veranschlagen ist, wie das vom Kläger und von Seiten einzelner KÄVen mit Hinweis auf die zeitliche Belastung anderer Vertragsärzte für möglich gehalten wird. In jedem Fall muß berücksichtigt werden, daß mit 35, 36 bzw 38 Stunden reiner Behandlungszeit pro Woche nicht die Arbeitszeit des einzelnen Psychotherapeuten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Praxis beschrieben wird, sondern daß diese im Hinblick auf die notwendigen begleitenden Tätigkeiten wie das Abfassen von Berichten, das Erstellen von Anträgen und die Durchführung probatorischer Sitzungen erheblich darüber liegt, wie das im übrigen bei anderen Arztgruppen auch der Fall sein dürfte.

Im Rahmen der hier anzustellenden fiktiven Berechnung des aus ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit erzielbaren Praxisumsatzes ist bei der gebotenen typisierenden Betrachtung davon auszugehen, daß der einzelne Arzt den soeben beschriebenen Wochenumsatz in 43 Wochen des Jahres erreichen kann. Dabei ist dem Umstand Rechnung zu tragen, daß in einzelnen Wochen des Jahres wegen gesetzlicher Feiertage die als jedenfalls zumutbar angesehenen 36 therapeutischen Sitzungen nicht durchgeführt werden können und daß in angemessenem Umfang die Ausübung der Praxis infolge von Urlaub und Fortbildungsmaßnahmen ruhen wird. Im Hinblick auf die enge persönliche Bindung zwischen dem Arzt und seinen Patienten insbesondere im Rahmen von Langzeittherapien besteht in diesen Zeiträumen typischerweise die Möglichkeit der Fortführung der Praxis durch einen Vertreter nicht.

Unter Einsatz der vollen möglichen Arbeitszeit ist mithin ein Jahresumsatz von 224.460,- DM aus vertragsärztlicher Tätigkeit fiktiv erzielbar, zu dem in der Regel zusätzliche Einkünfte in nennenswertem Umfang nicht mehr hinzutreten können. Von dem so erreichbaren Umsatz ist der durchschnittliche Kostenaufwand psychotherapeutischer Praxen in Abzug zu bringen. Der Senat hat in seinem Urteil vom 20. Januar 1999 dargelegt, daß es sachgerecht ist, sich für die Ermittlung des Kostenaufwands an den in Teil B Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä festgesetzten bundesdurchschnittlichen Praxiskostensätzen des Jahres 1994, die der Berechnung der KÄV-bezogenen Fallpunktzahlen für das Praxisbudget dienen, zu orientieren, soweit - wie das für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte der Fall ist - keine empirischen Daten über die durchschnittlichen Betriebskosten solcher Praxen vorliegen (BSGE 83, 205, 215 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 221/222). Der Praxiskostensatz für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte sowie Ärzte für psychotherapeutische Medizin beträgt 40,2 % des Umsatzes aus vertragsärztlicher Tätigkeit (Beschluss des Bewertungsausschusses vom 9. Dezember 1998, Deutsches Ärzteblatt 1999, C-49). Wird der auf diese Weise berechnete durchschnittliche Praxiskostenanteil von 90.233,- DM von dem soeben ermittelten Umsatz abgezogen, ergibt sich ein fiktiver Jahresertrag von 134.227,- DM. Dieser Erlös aus der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Tätigkeit bzw der psychotherapeutischen Tätigkeit im Delegationsverfahren entspricht ungefähr dem durchschnittlichen Ertrag aus der vertragsärztlichen Tätigkeit pro Allgemeinarzt im Jahre 1996. Die Ärzte für Allgemeinmedizin bzw praktischen Ärzte erzielten in diesem Jahr einen Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit von durchschnittlich 320.700,- DM (Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, hrsg von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 1998, D 6). Der für dieses Jahr empirisch ermittelte Anteil der Praxiskosten an dem Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit belief sich auf 57,9 % (Grunddaten, aaO). Daraus errechnet sich ein Honorarüberschuß von durchschnittlich 135.014,- DM. Wenn zum Vergleich die Arztgruppe der Nervenärzte herangezogen wird, ergibt sich ein etwas abweichendes Ergebnis. Einem durchschnittlichen Honorarumsatz im Jahre 1996 von 333.800,- DM stehen durchschnittliche Praxiskosten von 55,3 % (Grunddaten, aaO) gegenüber, was zu einem durchschnittlichen Praxisüberschuß von 149.208,- DM führt. Diese Daten dienen der Verdeutlichung, welchen Umsatz in DM ein ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt bei voller Auslastung erreichen muß, um einen Praxisüberschuß aus vertragsärztlicher Tätigkeit in der Größenordnung zu erlangen, die der Durchschnitt der Ärzte vergleichbarer Arztgruppen erzielt.

Den hier angestellten Vergleichsberechnungen liegen Annahmen zugrunde, die eher zu Lasten als zugunsten der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte gehen. Das gilt in erster Linie dafür, daß nicht der durchschnittliche vertragsärztliche Honorarumsatz aus psychotherapeutischer Tätigkeit - berechnet auf der Grundlage eines Punktwerts von 10,0 Pf - mit dem durchschnittlichen Honorarumsatz anderer Gruppen von Vertragsärzten verglichen worden ist. Gegenübergestellt wird vielmehr der Umsatz eines optimal ausgelasteten und mit vollem persönlichen Einsatz arbeitenden Psychotherapeuten mit dem durchschnittlichen Umsatz bestimmter anderer Arztgruppen. Diese Auswahl der Vergleichsparameter ist einerseits notwendig, um dem Umstand Rechnung zu tragen, daß zahlreiche psychotherapeutische Praxen zumindest in der Vergangenheit nicht mit dem vollen zeitlichen Einsatz des Praxisinhabers geführt worden sind, enthält andererseits aber damit notwendigerweise auch benachteiligende Elemente für die Psychotherapeuten. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß bei allen

Arztgruppen der Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit nicht mit dem gesamten Praxisumsatz identisch ist, weil zu diesem insbesondere auch die Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten zählen. Diese beliefen sich im Durchschnitt der Jahre 1994 bis 1996 bei den Ärzten für Allgemeinmedizin und praktischen Ärzten auf knapp 50.000,- DM im Jahr und bei den Nervenärzten auf 65.000,- DM im Jahr (vgl Grunddaten, aaO, D 6, Spalten 1 und 7). Zwar haben auch die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie die im Delegationsverfahren tätigen nichtärztlichen Psychotherapeuten Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten. Die oben angestellte fiktive Umsatzberechnung für die Psychotherapeuten beruht aber auf der Annahme, daß in 43 Wochen im Jahr durchschnittlich 36 einstündige zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen gegenüber Versicherten der Krankenkassen erbracht werden, so daß rein zeitlich die Behandlung von Privatpatienten nur möglich ist, wenn der einzelne Psychotherapeut den Umfang seiner Tätigkeit noch darüber hinaus ausweiten kann. Dies verdeutlicht, daß nur bei einer in mehrfacher Hinsicht optimierten Vergleichsberechnung ein Punktwert von 10,0 Pf für die zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen nach den Nrn 871 ff EBM-Ä 1996 dem psychotherapeutisch tätigen Vertragsarzt überhaupt die Chance eröffnet, einen Praxisüberschuß aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu erzielen, wie ihn die Praxen anderer vergleichbarer Arztgruppen durchschnittlich erreicht haben bzw erreichen.

Diese Aussage ist nicht dahingehend zu verstehen, daß unabhängig von der Umsatz- und Ertragsentwicklung im gesamten vertragsärztlichen Bereich den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten auf Dauer ein Punktwert in Höhe von 10,0 Pf für die zeitabhängigen Leistungen zu garantieren wäre. Soweit die Entwicklung der Honorierung ärztlicher Leistungen in der Zukunft - sei es als Folge des Zugangs weiterer Leistungserbringer, sei es als Folge eines Anstiegs der Menge der erbrachten Leistungen, sei es schließlich als Folge einer strikten Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütungen für alle vertragsärztlichen Leistungen - zu einem generellen Rückgang der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit führen sollte, kann sich die Rechtslage anders darstellen. Das Gleichbehandlungsgebot gebietet nicht die Aufrechterhaltung eines Vergütungsniveaus für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte, das möglicherweise höher liegt als das anderer Arztgruppen. Es stellt keine Handhabe dafür dar, überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte von dem Risiko eines sinkenden Ertrags aus vertragsärztlicher Tätigkeit völlig freizustellen, der sich als Folge eines Anstiegs der Menge der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen in Verbindung mit einem dahinter zurückbleibenden Anstieg der Gesamtvergütungen ergibt. Unter den gegebenen Bedingungen einer deutlichen Diskrepanz zwischen den durchschnittlichen Erlösen einerseits aus vertragsärztlicher Tätigkeit insgesamt und andererseits aus der vertragsärztlichen Tätigkeit der Psychotherapeuten besteht eine prinzipielle Verpflichtung der KÄV zur Stützung der Punktwerte für die zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen für die ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte auf 10,0 Pf unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung gleichwertiger vertragsärztlicher Tätigkeiten. Ein bestimmtes in DM-Beträgen auszudrückendes Niveau der Honorierung bei - unterstellt - generell rückläufigen Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit für die Zukunft ist damit nicht garantiert. Das gilt auch für den Fall, daß die Umsätze einzelner Arztgruppen aus vertragsärztlicher Tätigkeit in einem KÄV-Bereich signifikant hinter den hier zugrunde gelegten bundesweiten Durchschnittswerten zurückbleiben. In einer derartigen Situation reicht möglicherweise auch ein geringerer Punktwert für die zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen aus, um eine ungerechtfertigte Benachteiligung der Arztgruppe der Psychotherapeuten bei der Honorarverteilung auszuschließen. Dafür, daß solche besonderen Umstände im Bereich der Beklagten vorliegen, bestehen jedoch keine Anhaltspunkte.

In den Quartalen I und II/1993 sind die Leistungen des Klägers nach den Nrn 865, 875, 877, 878 BMÄ in der 1993 geltenden Fassung im Primärkassenbereich mit Punktwerten von deutlich unter 10,0 Pf, nämlich jeweils mit 9,0 Pf honoriert worden. Dadurch ist der aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit abzuleitende Anspruch des Klägers auf Gleichbehandlung mit anderen Arztgruppen verletzt worden.

Im Gegensatz zu anderen Arztgruppen führt bei den Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Leistungen nach dem Abschnitt G IV BMÄ/E-GO erbringen, jeder Rückgang der Punktwerte notwendig zu einem Umsatzrückgang in entsprechender Größenordnung. Deshalb erweist sich für die Psychotherapeuten nicht die Punktwertdifferenz im Verhältnis zu anderen Leistungen als das unter Gleichbehandlungsaspekten entscheidende Problem. Ausschlaggebend ist vielmehr die absolute Höhe des Punktwertes für die fraglichen Leistungen. Ob die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte gegenüber anderen Arztgruppen benachteiligt sind, hängt somit gegenwärtig weniger davon ab, wie sich der Punktwert für die zeitabhängigen Leistungen nach Abschnitt G IV BMÄ/E-GO zum Punktwert für andere Leistungen verhält, als vielmehr davon, welchen Honorarumsatz die betroffenen Ärzte in Relation zu demjenigen der anderen Arztgruppen überhaupt erreichen können.

Die Gruppe der Psychotherapeuten kann im wesentlichen lediglich die in den Nrn 871 -884 BMÄ/E-GO 1996 beschriebenen Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie - jeweils als Kurzzeit- oder Langzeittherapie sowie als Einzel- oder Gruppenbehandlung - abrechnen. Alle damit erfaßten Leistungen sind an strikte Zeitvorgaben gebunden. Der im oben dargestellten Sinne optimal ausgelastete psychotherapeutisch tätige Arzt kann auf einen Punktwertrückgang weder durch eine Steigerung der generell oder pro Behandlungsfall zu erbringenden Leistungen noch durch eine vermehrte Abrechnung höher bewerteter Leistungen oder durch eine Änderung seines Behandlungsspektrums im Rahmen seines Fachgebietes reagieren. Die anderen Arztgruppen machen von diesen Möglichkeiten - die hier nicht rechtlich zu bewerten sind - in mehr oder weniger großem Umfang Gebrauch. Das ergibt sich schon aus der Tatsache, daß der durchschnittliche Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit pro Arzt im Zeitraum von 1994 - 1996 in Relation zum Zeitraum 1993 - 1995 in den meisten Arztgruppen trotz durchweg sinkender Punktwerte im wesentlichen konstant geblieben oder sogar noch geringfügig angestiegen ist, und zwar stärker als die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (vgl Grunddaten, aaO, D 6).

Der Senat hat in seinem Urteil vom 20. Januar 1999 die sich unter dem Gebot der Gleichbehandlung ergebende Verpflichtung der KÄV zur Stützung des Punktwertes für psychotherapeutische Leistungen allerdings in zweifacher Hinsicht eingeschränkt (vgl BSGE 83, 205, 216 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 223). Zum einen gilt sie nur für die strikt zeitabhängigen Leistungen der sog großen Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM-Ä. Diese dürfen zudem erst erbracht werden, wenn die Krankenkasse sie bezogen auf den einzelnen Patienten genehmigt hat (vgl Abschnitt F II.I der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie vom 23. Oktober 1998, Deutsches Ärzteblatt 1998, C 3390). Insoweit unterscheiden sich diese vertragsärztlichen bzw - ab dem 1. Januar 1999 - vertragspsychotherapeutischen Leistungen signifikant von allen anderen Leistungen. Die Kombination von Zeitgebundenheit und Genehmigungsbedürftigkeit führt dazu, daß Vertragsärzte bzw Vertragspsychotherapeuten insoweit weder den Leistungsumfang noch die in einem bestimmten Zeitraum maximal abrechenbaren Punkte nachhaltig beeinflussen können. Wo beide Kriterien nicht kumulativ erfüllt sind, etwa bei den probatorischen Sitzungen nach Nr 860/861 EBM-Ä 1996, die der Patient ohne

Genehmigung der Krankenkasse nachfragen und der Therapeut aus eigener Initiative erbringen kann, sind die Bedingungen der psychotherapeutischen Tätigkeit nicht so grundlegend von der ärztlichen Tätigkeit in anderen Disziplinen verschieden, daß die mit der Garantie eines Punktwertes von (derzeit) 10,0 Pf verbundene Gleichstellung erforderlich ist.

Zum anderen besteht die Stützungsnotwendigkeit nur gegenüber solchen Ärzten, die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Andere Ärzte, beispielsweise Ärzte für Psychiatrie oder Ärzte für Allgemeinmedizin, die die Qualifikation zur Erbringung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ä besitzen, können den Umfang und die Ausrichtung ihrer Tätigkeit in anderer Weise steuern und neben den Leistungen nach den Nrn 871 ff EBM-Ä andere psychotherapeutische bzw psychosomatische Gesprächs- bzw Behandlungsleistungen erbringen, die entweder nicht zuvor patientenbezogen bewilligt worden sein müssen oder nicht an exakte Zeitvorgaben gebunden sind. Sie sind daher nicht im gleichen Maße schutzbedürftig.

Zu den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten im aufgezeigten Sinne hat der Senat solche Ärzte gezählt, die 90 vH ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ä erzielen. Dabei hat er sich ua an der entsprechenden Festlegung im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 9. Dezember 1998 (Deutsches Ärzteblatt 1999, C-49) zu Teil B Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä in der ab 1. Juli 1999 geltenden Fassung orientiert (BSGE 83, 205, 215 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 222). An dieser Abgrenzung ist jedenfalls zur Zeit trotz der damit im Einzelfall möglicherweise verbundenen Härten festzuhalten. Die "überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte" (vgl § 101 Abs 4 Satz 1 SGB V in der Fassung des Psychotherapeuten-Gesetzes) bilden zusammen mit den Psychotherapeuten ab dem 1. Januar 1999 eine eigene Arztgruppe. Die vergleichbare Arztgruppe war in Ziff 24e der Bedarfsplanungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen so beschrieben, daß dazu Ärzte (gleich welcher Fachrichtung) zählen, die die Erklärung abgeben, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu werden, und die dafür erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. Gegenwärtig besteht eine Verpflichtung zur Stützung nur gegenüber solchen Vertragsärzten, die 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ä decken, weil nur insoweit eine gleichheitswidrige Benachteiligung manifest ist. Die KÄV ist jedoch berechtigt, einen festen Punktwert generell für die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen nach den Nrn 871 ff EBM-Ä vorzusehen, weil sich diese Leistungen deutlich von anderen ärztlichen Leistungen unterscheiden. Ob diese Berechtigung in Zukunft in eine entsprechende Verpflichtung umschlägt, hängt ua davon ab, wie sich die Leistungserbringung im Rahmen der großen Psychotherapie entwickelt. Wenn sich erweisen sollte, daß die entsprechenden psychotherapeutischen Leistungen in großem Umfang oder sogar überwiegend von solchen Ärzten erbracht werden, die zwar nicht 90 % ihres Umsatzes mit Leistungen aus Abschnitt G IV EBM-Ä erzielen, die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen aber auch nicht nur nebenbei und in quantitativer Hinsicht in ganz untergeordnetem Umfang erbringen, kann es geboten sein, einen festen Punktwert für die psychotherapeutischen Leistungen auch zugunsten dieser Ärzte zu garantieren. Für das Bestehen einer entsprechenden Situation liegen indessen derzeit keine Anhaltspunkte vor.

Soweit im Senatsurteil vom 20. Januar 1999 ergänzende Feststellungen zur Auslastung der von den dortigen Klägern betriebenen Praxis mit psychotherapeutischen Leistungen gefordert worden sind, bedarf dies der Modifizierung. In dem damals entschiedenen Fall stand nicht fest, in welchem Umfang beide in einer Gemeinschaftspraxis tätigen Kläger sich auf die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen konzentriert hatten, und ob die geltend gemachten Praxiskosten sich auf eine rein psychotherapeutische Praxis bezogen oder evtl durch eine (auch) neurologisch-psychiatrische Tätigkeit zumindest eines Mitglieds der Gemeinschaftspraxis verursacht waren (BSGE 83, 205, 217 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 223). Aus den Ausführungen des Senats zum Umfang der Feststellungsverpflichtung der Vorinstanz kann indessen nicht abgeleitet werden, nur ein überwiegend bzw ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt, dessen Praxis maximal ausgelastet ist und in vollem Umfang betriebswirtschaftlich optimal geführt wird, habe Anspruch auf eine Punktwertstützung für seine zeitabhängigen Leistungen. Diese Gesichtspunkte spielen zwar eine entscheidende Rolle bei der Ermittlung des erzielbaren Umsatzes sowie des sich daraus ergebenden Ertrages aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Sie sind damit im Rahmen der Prüfung einer gleichheitswidrigen Benachteiligung der Psychotherapeuten durch die Honorarverteilung generell von Bedeutung. Ergeben diese Berechnungen, daß insoweit derzeit ein Punktwert von 10,0 Pf erforderlich ist, ist der Anspruch des einzelnen Arztes auf Honorierung seiner Leistungen mit diesem Punktwert jedoch nicht davon abhängig, daß er konkret 36 50-minütige Einzelleistungen pro Woche erbringt und "nur" 40,2 % Praxiskosten hat. Der aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit abzuleitende Anspruch auf diesen Punktwert steht auch dem Arzt zu, der seine psychotherapeutische Praxis stärker beschränkt oder mangels einer ausreichenden Zahl von Patienten beschränken muß, und der - evtl aus diesem Grund - nicht das betriebswirtschaftlich optimale Verhältnis von Umsatz und Kosten erreichen kann oder zB aus eigener Entscheidung mehr Hilfskräfte beschäftigt, als für eine rein psychotherapeutische Praxis unerläßlich sind. Die praxisindividuellen Verhältnisse sind weder Maßstab für die Ermittlung einer Stützungsverpflichtung der KÄV noch schließen sie einen Stützungsanspruch aus, wenn ein solcher nach den oben dargelegten generellen Maßstäben begründet ist. Soweit sich aus dem Senatsurteil vom 20. Januar 1999 (BSGE 83, 205, 217/218 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 223/224) etwas anderes ergibt, hält der Senat daran nicht fest.

Die Klage gegen die Honorarbescheide der Beklagten, soweit sie den Ersatzkassenbereich betreffen, haben die Vorinstanzen im Ergebnis zu Recht abgewiesen, so daß die Revision in diesem Umfang zurückzuweisen war. Grundlage der Honorarverteilung im Ersatzkassenbereich war zunächst der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Verbänden der Ersatzkassen am 25. Februar 1993 zur "Weiterentwicklung" der 1992 geltenden Honorarverträge geschlossene Vertrag, der den nach Art 33 § 7 GSG über den 31. Dezember 1992 hinaus fortgeltenden Vertrag an die geänderte Grundlage anpassen sollte. Als dessen Folge wurden für das Quartal I/1993 alle Leistungen, für die früher Punktwerte vereinbart worden waren - also auch die psychotherapeutischen Leistungen -, in eine Quotierung einbezogen. Dieselben Vertragspartner vereinbarten am 22. März 1994 für das gesamte Jahr 1993 die Anwendung dieser Regelungen. Schließlich beschloß die Beklagte am 17. Juni 1995 mit Wirkung vom 1. Januar 1993 die "Grundsätze der Honorarverteilung Ersatzkassen", die dem Primärkassenbereich vergleichbare Regelungen enthielten. Eine Änderung der Punktwerte gegenüber den vorläufig auf vertraglicher Grundlage quotierten Werten hatte das nicht zur Folge. In den Quartalen I und II/1993 ergaben sich im Ersatzkassenbereich allgemeine Punktwerte von 9,25 Pf und 10,85 Pf, die auch für die psychotherapeutischen Leistungen galten. In der Folgezeit bewegten sich diese Werte nur einmal knapp unter und ansonsten knapp bis deutlich über 10,0 Pf.

Nach dem oben Ausgeführten besteht auch im Ersatzkassenbereich derzeit grundsätzlich ein Anspruch auf Honorierung dieser Leistungen mit einem Punktwert von mindestens 10,0 Pf. Gleichwohl ist die Honorarfestsetzung im Quartal I/1993 nicht rechtswidrig, obwohl der Punktwert hier nur 9,25 Pf betragen hat. Soweit der vom Senat für maßgeblich gehaltene Grenzwert von 10,0 Pf grundsätzlich eingehalten und lediglich in einem einzelnen Quartal geringfügig hinter diesem Grenzwert zurückgeblieben ist, ist die KÄV - schon aus Gründen der Praktikabilität - nicht zur Korrektur der Honorarverteilung verpflichtet. Eine entsprechende Ausnahme ist allerdings nur gerechtfertigt, wenn

ein einzelnes Quartal betroffen ist und sowohl im Quartal davor wie im Quartal danach den Grenzwert von 10,0 Pf eingehalten worden ist. Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt, weil der Punktwert für die psychotherapeutischen Leistungen im Ersatzkassenbereich im Quartal IV/1992 11,25 Pf betragen hat und im Quartal II/1993 wieder auf über 10,0 Pf gestiegen ist. Zeitlich auf ein Quartal begrenzte und insgesamt geringfügige Punktwertschwankungen sind auch den überwiegend bzw ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten zuzumuten.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG. Die Quotierung von 4/5 und 1/5 der Kosten der Gegenseite entspricht etwa dem wirtschaftlichen Anteil der Primärkassen- und Ersatzkassenhonorare aus der Honorarabrechnung des Klägers in den streitbefangenen Quartalen.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-08-28