B 6 KA 62/03 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Gotha (FST)
Aktenzeichen
S 12 KA 924/00
Datum
29.01.2003
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 62/03 R
Datum
28.04.2004
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die gesetzlich angeordnete Absicherung eines bestimmten Mindesthonorarniveaus für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 1999 kann sowohl durch eine Erhöhung der Gesamtvergütung der Krankenkassen als auch durch eine Umverteilung von Honoraranteilen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung realisiert werden.
Auf die Revisionen der Beigeladenen zu 1. und 2. wird das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 29. Januar 2003 aufgehoben. Die Klage gegen den Schiedsspruch vom 17. Februar 2000 wird abgewiesen. Die weitergehenden Revisionen werden zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Revisionsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Umstritten ist die Rechtmäßigkeit einer Schiedsamtsentscheidung zur Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 1999.

Die klagende Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) und die beigeladenen Verbände der Ersatzkassen vereinbarten am 25. März 1999 in einem Gesamtvertrag die Höhe des Ausgabenvolumens für die psychotherapeutischen Leistungen im Jahre 1999. Unter Anwendung der maßgeblichen Vorschriften des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (PsychThGEG) und des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1998 (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)) wurden ein Ausgabenvolumen sowie ein vorläufiger Punktwert für die psychotherapeutischen Leistungen von 6,6 Pfennigen vereinbart. Nach Abrechnung der ersten beiden Quartale des Jahres 1999 wurde deutlich, dass die vereinbarte Obergrenze des Ausgabenvolumens von 6.557.851,02 DM nicht ausreichen würde, um die Leistungen des dritten und vierten Quartals mit diesem Punktwert zu honorieren. Bei unverändertem Leistungsverhalten hätte sich nach den Berechnungen der Klägerin ein rechnerischer Auszahlungspunktwert von lediglich 3,38 Pfennigen ergeben.

Die Verhandlungen zwischen der Klägerin und den Beigeladenen über eine Deckung des Fehlbetrages blieben erfolglos. Die Beteiligten vereinbarten am 26. November 1999 lediglich eine vorläufige Regelung des Inhalts, dass die Klägerin und die beiden Beigeladenen jeweils 1 Million DM bereitstellten, um die Auszahlung des für die ersten beiden Quartale des Jahres 1999 vereinbarten Punktwertes auch im zweiten Halbjahr sicherzustellen. Im Übrigen sollte ein Schiedsverfahren herbeigeführt werden.

Absprachegemäß beantragte daraufhin das Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit des Freistaates Thüringen am 9. Dezember 1999 beim beklagten Landesschiedsamt die Feststellung des Vertragsinhaltes über die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 1999 auf der Grundlage des Art 11 Abs 2 PsychThGEG.

Mit Schiedsspruch vom 17. Februar 2000 stellte der Beklagte fest, dass der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen geltende Auszahlungspunktwert den für die Vergütung der Leistungen nach Kapitel B II des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert um mehr als 10 vH unterschreite, sodass eine Handlungspflicht der Gesamtvertragspartner bestehe. Die Klägerin und die Beigeladenen wurden verpflichtet, die Punktwertdifferenz bis zum Erreichen der Grenze von 90 vH des in Art 11 Abs 2 PsychThGEG festgelegten Schwellenpunktwertes auszugleichen und die Kosten hierfür jeweils zur Hälfte zu tragen.

Auf die Klage der KÄV hat das Sozialgericht (SG) diesen Schiedsspruch aufgehoben und das Schiedsamt verurteilt, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Es hat beanstandet, dass das Schiedsamt neben den beigeladenen Krankenkassenverbänden auch die Klägerin verpflichtet habe, Mittel zur Aufstockung des Budgets für die Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen zur Verfügung zu stellen. Dem Schiedsamt stehe bei der erneuten Entscheidung wegen der Regelungen über das Ausgabenbudget für psychotherapeutische Leistungen kein Beurteilungsspielraum zu. Eine Veränderung des in Art 11 Abs 2 PsychThGEG bestimmten Mindestpunktwertes sei nicht zulässig. Andererseits komme eine Beteiligung der Klägerin an der Finanzierung der aus der Begrenzung der dort festgelegten Punktwertdifferenz resultierenden Aufstockung des Budgets nicht in Betracht. Demnach müsse der Beklagte ausschließlich die beigeladenen Kassenverbände zur Nachfinanzierung in dem bereits festgelegten Umfang verpflichten (Urteil vom 29. Januar 2003).

Mit der Sprungrevision rügen die Beigeladenen eine Verletzung des Art 11 Abs 2 PsychThGEG sowie des Art 14 Abs 2 und 3 GKV-SolG. Zu Unrecht sei das SG davon ausgegangen, dass allein die Krankenkassen verpflichtet seien, durch eine Erhöhung der Gesamtvergütung die Mittel bereitzustellen, die die KÄV benötige, um die psychotherapeutischen Leistungen mit einem Punktwert in Höhe von 90 vH des in Art 11 Abs 2 PsychThGEG näher beschriebenen Punktwertes für die Leistungen nach Kapitel B II EBM-Ä zu vergüten. Das sei mit den gesetzlichen Regelungen nicht vereinbar. Richtig sei zwar, dass die Krankenkassen an die KÄV Gesamtvergütungen entrichten müssten. Diese grundsätzliche Verpflichtung werde jedoch durch die spezielle Regelung des Art 11 Abs 2 PsychThGEG modifiziert. Danach hätten "die Vertragsparteien" nach Absatz 1, also die Vertragsparteien des Gesamtvertrags nach § 82 Abs 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und nicht allein die Krankenkassen, geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz für den Fall eines Zurückbleibens des Punktwertes für die psychotherapeutischen Leistungen unter dem allgemeinen Punktwert für die Leistungen nach Kapitel B II EBM-Ä zu treffen. Schon aus dem Wortlaut des Art 11 Abs 2 PsychThGEG ergebe sich eine Verpflichtung beider Vertragsparteien zur Punktwertstützung. Dass die KÄV dies nur im Wege der vom SG gerade missbilligten "Quersubventionierung" erreichen könne, liege in der Natur der Sache. Jede Stützung des Punktwertes für die psychotherapeutischen Leistungen erfolge - wie das Bundessozialgericht (BSG) inzwischen mehrfach entschieden habe - zu Lasten des Verteilungspunktwertes für andere vertragsärztliche Leistungen.

Danach sei zwar das sozialgerichtliche Urteil falsch, doch führe das nicht zur Klageabweisung. Der Schiedsspruch des Beklagten sei nämlich aus anderen als den vom SG angeführten Gründen rechtswidrig. Art 14 Abs 2 GKV-SolG enthalte eine gesetzliche Budgetierung der Ausgaben der Krankenkassen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 1999 und gehe als später erlassene Vorschrift dem Art 11 Abs 2 PsychThGEG vor. Eine Erhöhung dieses Budgets - über die im Gesetzgebungsverfahren beschlossenen Erhöhungen der Berechnungsfaktoren hinaus - sei wegen Art 14 Abs 2 GKV-SolG für 1999 ausgeschlossen. Die Krankenkassen dürften (auch) zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nicht mehr aufwenden, als im Gesetz bestimmt worden sei. Das habe die vom Beklagten nicht ausreichend gewürdigte Konsequenz, dass als "geeignete Maßnahmen" iS von Art 11 Abs 2 PsychThGEG für das Jahr 1999 nur eine Stützung des Punktwertes für die psychotherapeutischen Leistungen durch Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) durch die KÄV ohne finanzielle Beteiligung der Krankenkassen in Betracht komme.

Die Beigeladenen beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 29. Januar 2003 und den Bescheid des Beklagten vom 17. Februar 2000 unter Ziffer 3 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, allein die Klägerin zur Zahlung des "Auffüllungsbetrages" nach Ziffer 3 dieses Bescheides zu verpflichten, hilfsweise,
das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 29. Januar 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 29. Januar 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Er hält seinen Beschluss für rechtmäßig. Wenn gesetzlich ein Schiedsverfahren vorgeschrieben sei, müsse das Schiedsamt über einen gewissen Beurteilungsspielraum bzw über eine Entschließungsfreiheit verfügen. Es sei nicht Aufgabe des Schiedsamtes, Gesetzestexte, die nach Meinung von Gerichten eindeutig seien, zu interpretieren. Wenn das SG der Meinung sei, das Schiedsamt habe gar keinen Ermessensspielraum bei der Festlegung des Vertragsinhalts, weil aus dem Gesetz eindeutig die zu treffende Regelung hervorgehe, hätte das Schiedsamt nicht tätig werden müssen.

Die Klägerin beantragt,

die Revisionen der Beigeladenen zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend. Es sei im Jahre 1999 allein Sache der Krankenkassen gewesen, das für eine angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen notwendige Finanzvolumen bereitzustellen.

II

Die Revisionen der beigeladenen Ersatzkassenverbände haben Erfolg, soweit diese mit ihrem Hilfsantrag neben der Aufhebung des Urteils des SG die Abweisung der Klage der KÄV gegen den Beschluss des beklagten Schiedsamtes begehren. Der weitergehende Hauptantrag der Beigeladenen, den Beschluss des Beklagten insoweit aufzuheben, als neben der KÄV auch die Ersatzkassen zur Zahlung des erforderlichen "Auffüllbetrages" verpflichtet worden sind, bleibt dagegen erfolglos, weil die Entscheidung des Schiedsamtes in vollem Umfang rechtmäßig ist.

Dieser Hauptantrag ist in der hier zu beurteilenden besonderen Konstellation zulässig. Gegen den Beschluss des beklagten Schiedsamtes haben sowohl die KÄV als auch die Ersatzkassenverbände Klage erhoben. Das SG hat die entsprechenden Verfahren nicht verbunden, sondern in dem einen Verfahren auf die Klage der KÄV den Schiedsspruch aufgehoben und die Sprungrevision zugelassen und in dem anderen Verfahren die Klage der Ersatzkassenverbände abgewiesen. Das letztgenannte Klageverfahren ist derzeit beim Thüringer Landessozialgericht (LSG) anhängig und ruht im Hinblick auf das hier vorliegende beim BSG anhängige Verfahren. Damit ist die Entscheidung des Beklagten vom 17. Februar 2000, auch soweit sie zu Gunsten der hier klagenden KÄV erfolgt ist, nicht im Sinne des § 77 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) bestandskräftig geworden. Sachgerecht wäre es gewesen, wenn das SG beide Verfahren auf der

Grundlage des § 113 Abs 1 SGG verbunden hätte, weil der Streitgegenstand in beiden Verfahren identisch ist. Der Beschluss des Schiedsamtes ist dem erkennenden Senat als einheitliche und unteilbare Entscheidung insgesamt zur rechtlichen Prüfung angefallen. Die Beigeladenen sind mithin - auch aus prozessökonomischen Gründen - nicht gehindert, im Revisionsrechtszug auf eine gerichtliche Überprüfung der Schiedsamtsentscheidung auch insoweit hinzuwirken, als diese zu Gunsten der Klägerin ausgefallen ist. Diese ist dadurch nicht beschwert, weil die Entscheidung des Schiedsamtes, soweit sie für sie günstig ist, noch nicht bestandskräftig ist.

Rechtsgrundlage der angefochtenen Entscheidung des beklagten Landesschiedsamtes im formeller Hinsicht ist § 89 Abs 1a Sätze 1 und 2 SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266). Danach setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest, wenn ein gesetzlich vorgeschriebener Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zu Stande kommt, und die Aufsichtsbehörde das Schiedsamt, das die Vertragspartner nicht angerufen haben, mit Wirkung für die Vertragsparteien anruft. Diese Anrufung ist hier mit Schriftsatz vom 9. Dezember 1999 durch das zuständige Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit erfolgt.

Die Anrufung des Schiedsamtes durch die Aufsichtsbehörde ist wirksam, auch wenn sich die Gesamtvertragsparteien mit ihr auf ein entsprechendes Vorgehen verständigt hatten. Die Vertragsparteien haben sich auf den Inhalt einer erforderlichen gesamtvertraglichen Regelung zur Aufstockung des Budgets für die psychotherapeutischen Leistungen nicht einigen können, und es ist nicht Voraussetzung für eine wirksame Anrufung des Schiedsamtes durch die Aufsichtsbehörde nach § 89 Abs 1a Satz 1 SGB V, dass die Anrufung im Konflikt mit beiden Gesamtvertragsparteien oder zumindest einer der Parteien erfolgt.

Der Gesamtvertrag, dessen Inhalt das beklagte Landesschiedsamt festgesetzt hat, ist ein "gesetzlich vorgeschriebener" Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung iS des § 89 Abs 1a Satz 1 SGB V. In Art 11 Abs 2 PsychThGEG ist bestimmt, dass, soweit der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen geltende Punktwert den für die Vergütung der Leistungen nach Kapitel B II des EBM-Ä geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der beteiligten Krankenkassen um mehr als 10 vH unterschreitet, die Vertragsparteien nach Abs 1 geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz zu treffen haben. Vertragsparteien iS des Abs 1 sind die Partner des Gesamtvertrages nach § 82 Abs 2 SGB V, die für das Jahr 1999 das für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen höchstens zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen vereinbaren. Das SG hat - in Übereinstimmung mit dem beklagten Schiedsamt - für den Senat gemäß § 163 SGG bindend festgestellt, dass die in Art 11 Abs 2 PsychThGEG genannte Differenz zwischen dem Punktwert für die psychotherapeutischen Leistungen und demjenigen für die Leistungen nach Kapitel B II EBM-Ä den Schwellenwert von 10 % überschritten hat bzw überschritten hätte, wenn nicht vorläufige Stützungsmaßnahmen - unter dem Vorbehalt einer verbindlichen gesamtvertraglichen Regelung - getroffen worden wären. Ist diese Voraussetzung erfüllt, müssen die Gesamtvertragspartner "geeignete Maßnahmen treffen". Geschieht dies nicht, muss das Schiedsamt an Stelle der Vertragspartner tätig werden. Dass die Vereinbarung von "Maßnahmen" nach Art 11 Abs 2 PsychThGEG schiedsamtsfähig ist, hat der Senat im Urteil vom 6. November 2002 inzident vorausgesetzt (BSGE 90, 111, 115, 118 = SozR 3-2500 § 85 Nr 49 S 419, 422; so auch Spellbrink, in: Schnapp/Wigge (Hrsg), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2002, § 13 RdNr 77). Zweifel in dieser Richtung werden auch von den Beteiligten nicht geltend gemacht (generell zur Schiedsamtsfähigkeit von Gesamtverträgen BSG SozR 4-2500 § 83 Nr 1 RdNr 21; Beschluss des Senats vom 10. März 2004 - B 6 KA 113/03 B - juris).

Die Entscheidung des Beklagten ist in Anwendung der Maßstäbe, die für die gerichtliche Überprüfung von Schiedsamtsentscheidungen gelten, nicht zu beanstanden. Schiedssprüche gemäß § 89 Abs 1 bzw Abs 1a SGB V sind nur in eingeschränktem Umfang gerichtlicher Kontrolle zugänglich. Die Beschränkung der gerichtlichen Kontrolldichte berücksichtigt, dass die Schiedsämter, deren Entscheidungen fehlende Vereinbarungen der zum Vertragsabschluss berufenen Vertragspartner ersetzen, eine weite Gestaltungsfreiheit haben. Dies trägt dem Wesen der Schiedssprüche Rechnung, die auf Interessenausgleich angelegt sind und Kompromisscharakter haben (Senatsurteil vom 16. Juli 2003 - B 6 KA 29/02 R - zur Veröffentlichung in BSGE 91, 153 und SozR 4-2500 § 85 Nr 3 vorgesehen; BSGE 87, 199, 202 = SozR 3-3300 § 85 Nr 1 S 5). Dementsprechend sind sie nur daraufhin zu überprüfen, ob bei ihnen die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten worden sind. Mithin ist in formeller Hinsicht zu prüfen, ob das Schiedsamt den von ihm zu Grunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt hat und der Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis hinreichend erkennen lässt. Die inhaltliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der vom Schiedsamt zu Grunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob das Schiedsamt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, dh die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat (BSGE aaO = SozR aaO).

Mängel des Schiedsspruchs in formeller Hinsicht sind nicht ersichtlich und werden von den Beteiligten auch nicht geltend gemacht. In inhaltlicher Hinsicht ist die Entscheidung ebenfalls nicht zu beanstanden. Weder die von der Klägerin erhobenen und vom SG geteilten Bedenken noch diejenigen der beigeladenen Revisionsführer sind gerechtfertigt.

Nach Art 11 Abs 2 PsychThGEG haben die Vertragsparteien nach Abs 1 geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz zu treffen, soweit der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen geltende Punktwert den für die Vergütung der Leistungen nach Kapitel B II des EBM-Ä geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der beteiligten Krankenkassen um mehr als 10 vH unterschreitet. Diese "Absicherung für ein bestimmtes Mindesthonorarniveau" (BSGE 90, 111, 113 = SozR 3-2500 § 85 Nr 49 S 417) ist Bestandteil der Übergangsregelungen des PsychThGEG im Zusammenhang mit der Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das System der vertragsärztlichen Versorgung (vgl die Darstellung in BSGE 90, 111, 112 ff = SozR 3 aaO S 415 ff). Im Zusammenhang mit der Neuordnung der psychotherapeutischen Versorgung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung war weder abschätzbar, wie viele Psychotherapeuten die ihnen ermöglichte Zulassung zur vertragsärztlichen bzw vertragspsychotherapeutischen Versorgung beantragen und auch erreichen würden, noch war vorauszusehen, in welchem Umfang psychotherapeutische Leistungen erbracht werden würden und welcher Anteil der Gesamtvergütungen für deren Honorierung benötigt wird. Dabei sollte im Interesse des wichtigen Gemeinwohlbelangs der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung einer übermäßigen finanziellen Belastung der Krankenkassen vorgebeugt werden. Dem sollte eine Ausgabenobergrenze für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen dienen.

Im Zuge der Beratungen des GKV-SolG hat der Gesetzgeber die durch Art 11 Abs 1 PsychThGEG vorgegebene Ausgabenobergrenze, die bereits im Vermittlungsverfahren zum PsychThGEG erhöht worden war, weiter angehoben. Das Ausgabenvolumen des Jahres 1996 für psychotherapeutische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung - erhöht um bestimmte Veränderungsraten - sowie das Ausgabenvolumen der Krankenkassen im Jahre 1997 für psychotherapeutische Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung,

höchstens jedoch 1 % der für 1997 entrichteten vertragsärztlichen Gesamtvergütungen, bildeten zusammen das Ausgabenvolumen für das Jahr 1999. Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Ausgabengrenze als solche und ihre Höhe sind nicht begründet (BSGE 90, 111, 114 = SozR 3-2500 § 85 Nr 49 S 417 f).

Soweit das Erreichen des Mindesthonorarniveaus iS des Art 11 Abs 2 PsychThGEG gefährdet ist, enthält das Gesetz keine näheren Festlegungen darüber, welche Maßnahmen der Gesamtvertragspartner als "geeignet" anzusehen sind, um die Differenz zwischen dem Punktwert für die psychotherapeutischen Leistungen und dem Punktwert für die Leistungen nach Kapitel B II EBM-Ä nicht über 10 vH wachsen zu lassen. In der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages vom 25. November 1997 ist formuliert, "durch die Regelung soll sichergestellt werden, dass die Abweichungen des Vergütungspunktwertes für psychotherapeutische Leistungen von dem für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach Kapitel B II des EBM-Ä (Beratungs- und Betreuungsleistungen) geltenden Punktwert - bezogen auf den durchschnittlichen Punktwert der beteiligten Krankenkassen nach § 83 Abs 1 Satz 1 SGB V - eine Bandbreite von 10 vH nicht überschreiten" (BT-Drucks 13/9212, S 42 zu Art 9 b zu Abs 2 PsychThGEG). Die Zuweisung der Verantwortung für die Garantie eines Mindesthonorarniveaus an die Partner der Gesamtverträge - und nicht allein an die KÄVen - spricht dafür, dass zu den "geeigneten Maßnahmen" im Sinne dieser Vorschrift auch eine Erhöhung der Gesamtvergütungen gehört. Eine solche darf allerdings nur zur Honorierung psychotherapeutischer Leistungen verwendet werden, wie das in Art 14 Abs 3 Satz 1 GKV-SolG in anderem Zusammenhang vorgeschrieben wird.

Wenn eine Beteiligung der Krankenkassen an der Bereitstellung des zur Einhaltung des Mindestpunktwertes erforderlichen Finanzvolumens kraft Gesetzes hätte ausgeschlossen sein sollen, wäre nicht verständlich, weshalb der Gesetzgeber ausdrücklich eine gesamtvertragliche Lösung vorgeschrieben hat. Die Alternative zu der Bereitstellung zusätzlicher Gesamtvergütungsanteile seitens der Krankenkassen besteht - insoweit ist dem SG zuzustimmen - nur in der Umverteilung von Honoraranteilen innerhalb der von den Krankenkassen bereits entrichteten Gesamtvergütungen. Derartige Maßnahmen der Honorarverteilung sind aber nach dem bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Rechtszustand von der KÄV allein - lediglich im Benehmen mit den Krankenkassen - zu treffen gewesen (§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V). Vor diesem Hintergrund ist ebenfalls nicht ersichtlich, welchen Sinn eine gesamtvertragliche Vereinbarung hätte haben können, wenn die KÄV eine Stützung des Punktwertes für die psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der ihr obliegenden Honorarverteilung vornehmen müsste.

Der Auslegung des Art 11 Abs 2 PsychThGEG, wonach die Vorschrift - für sich betrachtet - eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen an den "geeigneten Maßnahmen" nicht ausschließt, widersprechen die beigeladenen Ersatzkassenverbände nicht. Sie kommt auch in einem Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5. November 1999 zum Ausdruck, das in der Vorinstanz zum Verfahrensgegenstand gemacht worden ist. Der damals zuständige Leiter der Abteilung Krankenversicherung teilt dort unter dem Az 226-44706-5 mit, durch die "offene Formulierung" (gemeint ist Art 11 Abs 2 PsychThGEG) werde den genannten Akteuren, dh der KÄV und den Verbänden der Krankenkassen, die Wahl der zu ergreifenden Maßnahmen überlassen. In der aktuellen Diskussion über "geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz" stehe zum einen eine Erhöhung der Gesamtvergütungen und zum anderen eine Stützung des Punktwertes für psychotherapeutische Leistungen durch entsprechende Regelungen im HVM im Vordergrund.

Die beigeladenen Krankenkassenverbände sind indessen - wie auch das Bundesministerium für Gesundheit - der Auffassung, aus Art 14 Abs 1 bzw Abs 2 GKV-SolG ergebe sich, dass jede Erhöhung der Gesamtvergütungen über das dort beschriebene Volumen hinaus, also auch zur ausschließlichen Verwendung für die Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen im Sinne von Art 14 Abs 3 GKV-SolG, ausgeschlossen sei. Das trifft jedoch nicht zu. Richtig ist allerdings, dass in Art 14 GKV-SolG der Wille des Gesetzgebers zum Ausdruck kommt, die nach § 85 Abs 3 SGB V zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen der Vertragsärzte als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden ärztlichen Leistungen nur im Rahmen der nach Art 18 GKV-SolG festgestellten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen zuzulassen. In Art 14 Abs 2 GKV-SolG ist ergänzend dazu geregelt, dass die Gesamtvergütungen im Jahre 1999 um das nach Art 11 Abs 1 Satz 2 Nr 2 und Satz 3 PsychThGEG bestimmte, um 40 vH erhöhte Ausgabenvolumen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen erhöht werden. Wenn der sich auf diese Weise ergebende Betrag als absolute und unter keinem Gesichtspunkt zu durchbrechende Ausgabenobergrenze der Krankenkassen für die ambulante vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Vergütung gewollt gewesen wäre, hätte dies in einer Änderung bzw zumindest in einer Erwähnung des Art 11 Abs 2 PsychThGEG seinen Niederschlag finden müssen. Da der Gesetzgeber in Art 14 Abs 2 GKV-SolG den Art 11 PsychThGEG ausdrücklich anspricht, kann nicht unterstellt werden, ihm sei die - wie das Bundesministerium für Gesundheit formuliert - "offene Formulierung" dieser Vorschrift unbekannt gewesen.

Die Öffnungsklausel des Art 11 Abs 2 PsychThGEG stellte schon vor der Beschlussfassung im Deutschen Bundestag über das GKV-SolG eine Ausnahme von der Vergütungsobergrenze des Art 11 Abs 1 PsychThGEG dar, wonach nämlich der Gesetzgeber zum Schutz vor einer finanziellen Überforderung der Krankenkassen für das Jahr 1999 ein strikt begrenztes Ausgabenvolumen für die gesamte psychotherapeutische Versorgung hat vorgeben wollen. An dem Prinzip der starren Vergütungsobergrenze haben die Vorschriften des Art 14 Abs 1 bis 3 GKV-SolG nichts geändert. Art 14 Abs 2 dieses Gesetzes hat lediglich zu Gunsten der psychotherapeutischen Leistungserbringer den in Art 11 Abs 1 Satz 2 Nr 2 und Satz 3 PsychThGEG beschriebenen Ausgabenteil, den die Krankenkassen 1997 außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen von Kostenerstattungen für Psychotherapie aufgewandt haben, um einen festen Satz (40 vH) erhöht. Das Verhältnis von strikter Begrenzung des Ausgabenvolumens für die Vergütung der Psychotherapeuten als Grundsatz und der Öffnung im Falle einer unzuträglichen Punktwertdifferenz nach Art 11 Abs 2 PsychThGEG als Ausnahme hat der Gesetzgeber des GKV-SolG jedoch unangetastet gelassen. Angesichts der Bedeutung, die der Mindesthonorarsicherung des Art 11 Abs 2 PsychThGEG im Rahmen der Beurteilung der Verfassungsmäßigkeit der Einführung einer gesetzlichen Begrenzung des Vergütungsvolumens zukommt (vgl BSGE 90, 111, 113, 115 = SozR 3-2500 § 85 Nr 49 S 417, 419), hätte eine Herausnahme der Krankenkassen aus der Verantwortung für die Sicherung der angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen einschneidende Konsequenzen für die Integration der Psychologischen Psychotherapeuten in das vertragsärztliche Versorgungssystem gehabt. Dass der Gesetzgeber dies gewollt hätte, lässt sich Art 14 Abs 2 GKV-SolG nicht entnehmen.

Jedoch ist auch der von der Klägerin geteilten Rechtsauffassung des SG nicht zu folgen, dass die "geeigneten Maßnahmen" iS des Art 11 Abs 2 PsychThGEG nur in einer Nachschusspflicht der Krankenkassen bestehen könnten. Dagegen spricht der bereits im anderen Zusammenhang angeführte Charakter der gesetzlichen Regelung als "offene Formulierung". Da der Gesetzgeber insoweit Maßnahmen der Gesamtvertragsparteien fordert, kann nicht angenommen werden, allein die Krankenkassen seien zur Bereitstellung des Finanzvolumens

verpflichtet, das zur Reduzierung der Differenz zwischen dem Verteilungspunkt für die psychotherapeutischen Leistungen und dem Durchschnittspunktwert für die Leistungen nach Kapitel B II EBM-Ä benötigt wird. Dieses Verständnis der Norm zöge eine einseitige Belastung der Krankenkassen nach sich. Diese haben unmittelbar keinen Einfluss auf die Höhe des Durchschnittspunktwertes für die Leistungen nach Kapitel B II EBM-Ä, weil dieser von der Menge der von den Vertragsärzten erbrachten Beratungs- und Betreuungsleistungen und ggf auch von Maßnahmen der Honorarverteilung der KÄV, etwa der Bildung von festen Honorarkontingenten für einzelne Arztgruppen und/oder für bestimmte Leistungen, sowie von Stützungsmaßnahmen abhängt. Hätte der Gesetzgeber anordnen wollen, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, jeden Betrag auf der Grundlage des Art 11 Abs 2 PsychThGEG an die KÄVen zu zahlen, den diese benötigen, um die Punktwertdifferenz auszugleichen, hätten davon Anreize für die KÄVen ausgehen können, auf einen möglichst hohen Punktwert für die Leistungen nach Kapitel B II EBM-Ä hinzuwirken, um so Mittel der Krankenkassen zur Garantie eines relativ hohen Verteilungspunktwertes für die psychotherapeutischen Leistungen zu erhalten. Indem der Gesetzgeber eine gesamtvertragliche Lösung für den Fall gefordert hat, dass sich eine Punktwertdifferenz jenseits der Grenze von 90 % ergibt, hat er beide Gesamtvertragsparteien in die Pflicht genommen, zum einen eine Erreichung des Schwellenwertes für die Punktwertdifferenz möglichst zu vermeiden und zum anderen sich gemeinsam um eine Lösung zu bemühen, falls doch der Schwellenwert überschritten würde.

Die Aussage des SG, die vertragsärztlichen Leistungen unter Einschluss der psychotherapeutischen Behandlungen würden in der Bundesrepublik Deutschland von den Krankenkassen und nicht von den KÄVen bezahlt, ist in diesem Zusammenhang nicht weiterführend. Nach § 85 Abs 1 SGB V entrichten die Krankenkassen mit befreiender Wirkung Gesamtvergütungen an die KÄV. Aus diesen werden alle vertragsärztlichen Leistungen unter Einschluss der psychotherapeutischen honoriert. Die KÄVen geben die Gesamtvergütungen, die ihnen zu Gunsten des Punktwertes für die psychotherapeutischen Leistungen zufließen, nach Maßgabe des § 85 Abs 4 SGB V an ihre Mitglieder weiter. Mit dieser systematisch-begrifflichen Klarstellung ist aber noch nichts zur Beantwortung der Frage gewonnen, wer das Finanzierungsvolumen bereit stellen muss, um die in Art 11 Abs 2 PsychThGEG beschriebene Situation zu beheben. Da neben einer nachträglichen Erhöhung der Gesamtvergütungen insoweit Stützungsmaßnahmen der KÄV in Betracht kommen, die nach der Logik des Gesamtvergütungssystems zwangsläufig zu Lasten der Verteilungspunktwerte für andere vertragsärztliche Leistungen gehen, kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber diesen Lösungsweg von vornherein ausgeschlossen hat. Wenn das seine Absicht gewesen wäre, hätte er sich auf die Regelung einer Nachschusspflicht der Krankenkassen bei Eintritt der in Art 11 Abs 2 PsychThGEG näher beschriebenen Situation beschränken dürfen und müssen. Insofern hat das beklagte Schiedsamt zutreffend ausgeführt, dass die Schiedsamtsfähigkeit der in Art 11 Abs 2 PsychThGEG geforderten gesamtvertraglichen "Maßnahmen" nach der Systematik der gesetzlichen Regelungen voraussetzt, dass insoweit tatsächlich gesamtvertragliche Vereinbarungen zu treffen sind und nicht von vornherein eine der beiden Gesamtvertragsparteien zur Bereitstellung des gesamten benötigten Finanzvolumens verpflichtet ist.

Da somit der Gesetzgeber weder eine alleinige Nachschusspflicht der Krankenkassen angeordnet noch umgekehrt der KÄV untersagt hat, zur Gewährleistung der maximal zugelassenen Punktwertdifferenz Gesamtvergütungsanteile zu verwenden, ist es zunächst Sache der Gesamtvertragspartner, insoweit einen Kompromiss zu finden. Nachdem dies gescheitert war, ersetzt die Entscheidung des beklagten Schiedsamtes vom 17. Februar 2000 die im Wege freier Verhandlungen nicht zu Stande gekommene Vereinbarung. Die Entscheidung des Schiedsamtes, den erforderlichen DM-Betrag so zu verteilen, dass die Hälfte durch eine Erhöhung der Gesamtvergütung seitens der Ersatzkassen aufgebracht wird und die andere Hälfte von der KÄV im Wege der Umverteilung von Gesamtvergütungsanteilen zu Gunsten der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungserbringer bereitgestellt wird, lässt keinen Gesetzesverstoß erkennen.

Nach alledem ist die Entscheidung des Schiedsamtes nicht zu beanstanden.

Die Kostenentscheidung ergeht in entsprechender Anwendung des § 193 Abs 1 und 4 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff). Unabhängig von der Frage, ob die Anordnung einer Kostenerstattung deshalb unbillig wäre, weil Klägerin und Beigeladene ohnehin alle Kosten der Tätigkeit des Beklagten tragen, ist eine Kostenerstattung nach dem Prozesserfolg nicht geboten. Klägerin und Beigeladene haben sich jeweils nur teilweise durchgesetzt.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2004-07-12