

L 7 KA 15/03 *25

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

7

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 192/02

Datum
10.09.2003

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 15/03 *25

Datum
10.10.2007

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 10. September 2003 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung höheren Honorars für die Quartale II/00, III/00 und I/01.

Die Klägerin ist seit Juni 1999 im Zuständigkeitsbereich der Beklagten als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und rechnete aufgrund dieser Zulassung Leistungen gegenüber der Beklagten erstmals im Quartal III/99 ab. Seit dem Quartal I/01 nimmt sie an der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) - Anlage 11 des Bundesmantelvertrages - Ärzte/Ersatzkassen - teil.

Mit ihren Honorarbescheiden vom 3. November 2000, 31. Januar 2001 und 23. Juli 2001 setzte die Beklagte das der Klägerin zustehende Honorar für die Quartale II/00, III/00 und I/01 fest. Hierbei legte sie ihren Honorarberechnungen ihren zum 1. Januar 2000 neu gefassten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zugrunde, der entsprechend den Vorgaben des Gesetzgebers sowie den hierzu beschlossenen Kriterien des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Trennung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich sowie zur Regelung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen keine Unterscheidung nach Fachgruppen sowie praxisbudgetierten und nicht praxisbudgetierten Ärzten mehr vorsah, sondern - in seiner Grundstruktur - nur noch zwischen Hausärzten und Fachärzten sowie praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen unterschied. Ferner bestimmte dieser HVM, dass hinsichtlich der Fachärzte zwischen den im Abschnitt G IV des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) geregelten und von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten erbrachten genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen, Großgeräteleistungen/ Leistungen der Strahlentherapie und den übrigen Leistungen zu unterscheiden sei.

Auf der Grundlage der vorgenannten Regelungen erkannte die Beklagte der Klägerin für das Quartal II/00 ein Honorar in Höhe von 45.651,74 DM (= 23.341,36 EUR) zu. Hierbei vergütete sie die von der Klägerin angeforderten 841.325,0 Punkte für insgesamt 384 Behandlungsfälle aus dem (allgemeinen) Honorarfonds der Fachärzte mit Punktwerten von 4,7 DPf für die nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und 5,7 DPf für die praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen im Primärkassenbereich und Punktwerten von (grundsätzlich) 6,2 DPf für die nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und (grundsätzlich) 7,3 DPf für die praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen im Ersatzkassenbereich. Hieraus ergab sich ein durchschnittlicher Fallwert von 118,88 DM (= 60,78 EUR). Von den angeforderten Punkten entfielen maximal 20.270 Punkte auf Leistungen der Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM-Ä, die jedoch weitgehend nicht zu den genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen gehörten. Budgetierungsmaßnahmen nach dem EBM-Ä oder dem HVM der Beklagten unterlag die Klägerin nicht.

Für das Quartal III/00 setzte die Beklagte das der Klägerin zustehende Honorar auf 43.771,21 DM (= 22.379,86 EUR) fest. Wie schon für das Vorquartal vergütete sie die von der Klägerin angeforderten 772.580,0 Punkte für insgesamt 345 Behandlungsfälle aus dem (allgemeinen) Honorarfonds der Fachärzte. Die Punktwerte betrugen 5,0 DPf für die nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und 5,9 DPf für die praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen im Primärkassenbereich sowie (grundsätzlich) 6,5 DPf für die nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und (grundsätzlich) 7,5 DPf für die praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen im Ersatzkassenbereich. Hieraus ergab sich ein durchschnittlicher Fallwert von 126,87 DM (= 64,87 EUR). Von den angeforderten Punkten entfielen 30.620 Punkte auf Leistungen der Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM-Ä, die - wie schon im Vorquartal - weitgehend nicht zu den

genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen gehörten. Budgetierungsmaßnahmen nach dem EBM-Ä oder dem HVM der Beklagten unterlag die Klägerin auch in diesem Quartal nicht.

Für das Quartal I/01 erkannte die Beklagte der Klägerin ein Honorar in Höhe von 75.647,34 DM (= 38.677,87 EUR) zu, das im Zuge einer späteren Nachvergütung auf 83.938,94 DM (= 42.917,30 EUR) erhöht wurde. Hierbei vergütete die Beklagte die von der Klägerin angeforderten 929.760,0 Punkte für insgesamt 386 Behandlungsfälle erneut aus dem (allgemeinen) Honorarfonds der Fachärzte mit Punktwerten von 4,7 DPf für die nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und 5,6 DPf für die praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen im Primärkassenbereich und Punktwerten von (grundsätzlich) 6,5 DPf für die nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und (grundsätzlich) 7,8 DPf für die praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen im Ersatzkassenbereich, woraus sich ein durchschnittlicher Fallwert von 217,46 DM (= 111,18 EUR) ergab. Von den angeforderten Punkten entfielen 24.650 Punkte auf Leistungen der Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM-Ä, die wiederum weitgehend nicht zu den genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen gehörten. Budgetierungsmaßnahmen nach dem EBM-Ä oder dem HVM der Beklagten unterlag die Klägerin erneut nicht. Gegen die vorgenannten Honorarbescheide für die Quartale II/00, III/00 und I/01 legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein und führte unter Bezugnahme auf ihren schon früher erhobenen Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/00 im Wesentlichen aus: Die ihr zuerkannten Vergütungen seien nicht mehr angemessen, was insbesondere auf die Änderung des HVM zurückzuführen sei. Dieser HVM sehe für Leistungen von nicht praxisbudgetierten Ärzten, zu denen sie mit ihrer kleinen Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie gehöre, keinen eigenen Punktwert mehr vor, der in der Vergangenheit stets weit über dem Punktwert für die nicht praxisbudgetierten Leistungen gelegen habe. Des Weiteren benachteilige der HVM die Fachgruppe der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie jedenfalls gegenüber den Hausärzten und den Psychotherapeuten in nicht mehr hinnehmbarer Weise. Denn er berücksichtige vor allem nicht, dass auch die Fachgruppe der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in ganz erheblichem Maße zeitgebundene Gesprächsleistungen erbrächten, die eine Mengenausweitung nicht erlaubten. Jedenfalls sei es ungerecht, die im Notfalldienst erbrachten Leistungen bei den Fachärzten niedriger zu vergüten als bei den Hausärzten. Um ihr die Fortführung ihrer Praxis zu ermöglichen, sei zumindest eine Härtefallregelung zu treffen.

Diese Widersprüche wies die Beklagte mit ihren Widerspruchsbescheiden vom 7. Juni 2002 als unbegründet zurück und führte aus: Die Honorarbescheide seien nicht zu beanstanden. Mit ihnen seien die Regelungen des HVM zutreffend umgesetzt worden, die ihrerseits nicht gegen höherrangiges Recht verstießen. Denn sie folgten lediglich dem auf [§ 85 Abs. 4](#) a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) beruhenden Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Trennung der Gesamtvergütungen für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung sowie zur Regelung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Für Härtefallregelungen sei im Fall der Klägerin kein Raum.

Nach Erhalt dieser Widerspruchsbescheide hat die Klägerin hinsichtlich aller drei Quartale am 8. Juli 2002 per Telefax Klage erhoben. Die Klageschrift ist unter dem Briefkopf der Prozessbevollmächtigten der Klägerin gefertigt worden und enthält u. a. die E-Mail- und Internetadressen des Prozessbevollmächtigten, der die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat vertreten hat. Neben einem Hinweis auf eine dem Schriftsatz beigefügte Abschrift für die Beklagte schließt die Klageschrift, der neben der erwähnten Abschrift auch Kopien der drei Widerspruchsbescheide vom 7. Juni 2002 beigefügt gewesen sind, - maschinen geschrieben - mit "Rechtsanwalt" und einer handschriftlich über die Schlusszeilen gezogenen Wellenlinie. Zur Begründung der Klage hat die Klägerin im Wesentlichen geltend gemacht: Die Vorschrift des [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#), nach der der Verteilungsmaßstab Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte enthalten müsse, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisteten, müsse auf die Fachgruppe der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechend angewendet werden. Denn auch diese Fachgruppe erbringe in erheblichem Maße Leistungen, die wegen ihrer Zeitgebundenheit einer Ausweitung der Leistungsmenge entgegenstünden. Dies gelte auch für die Klägerin, weil sie zwar nicht überwiegend mit Leistungen des Abschnitts G IV EBM-Ä befasst sei, es sich jedoch bei den von ihr erbrachten Leistungen um solche Leistungen handle, die weitgehend unter die sonstigen Bereiche des Abschnitts G EBM-Ä fielen. Auch wenn ihre Leistungen bzw. diejenigen ihrer Fachgruppe möglicherweise nicht mit demselben Punktwert honoriert werden müssten wie die genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen des Abschnitts G IV EBM-Ä, müssten die Leistungen ihrer Fachgruppe aber zumindest so vergütet werden wie die Leistungen der Allgemeinärzte. Denn wie die Möglichkeit zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zeige, dienten die Leistungen ihrer Fachgruppe in besonderem Maße der Prävention und müssten deshalb als Leistungen der Grundversorgung angesehen werden. Da die ihr und ihrer Fachgruppe gewährte Vergütung so niedrig sei, dass eine weitere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung aus wirtschaftlichen Gründen in Frage stehe, drohe im Zuständigkeitsbereich der Beklagten ein Sicherstellungsdefizit, weil hier nur ganz wenige Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie vertragsärztlich tätig seien. Ungeachtet der vorstehenden Ausführungen seien die Honorarbescheide der Beklagten aber auch deshalb rechtswidrig, weil das vertragsärztliche Vergütungssystem in seiner Gesamtheit gegen europäisches Wettbewerbsrecht verstoße.

Das Sozialgericht hat die Klage mit seinem Urteil vom 10. September 2003 abgewiesen. Zur Begründung hat es sich die Ausführungen der Beklagten in den drei Widerspruchsbescheiden zu Eigen gemacht und ergänzend ausgeführt: Auf eine Stützung des Punktwerts habe die Klägerin schon deshalb keinen Anspruch, weil sie Leistungen der Psychotherapie nach dem Abschnitt G IV EBM-Ä nur nebenbei erbringe. Ein Verstoß gegen europäisches Wettbewerbsrecht liege nicht vor.

Gegen dieses ihr am 8. Dezember 2003 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 29. Dezember 2003. Die Berufungsschrift ist ebenso wie die Klageschrift unter dem Briefkopf der Prozessbevollmächtigten der Klägerin gefertigt worden und enthält u. a. die E-Mailadresse und das Diktatzeichen des Prozessbevollmächtigten, der die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat vertreten hat. Neben einem Hinweis auf dem Schriftsatz beigefügte Anlagen schließt die Berufungsschrift wie die Klageschrift - maschinen geschrieben - mit "Rechtsanwalt" und einer handschriftlich über die Schlusszeilen gezogenen Wellenlinie. Auf dem Umschlag, in dem die Berufungsschrift übersandt worden ist, ist die Empfängeranschrift handschriftlich aufgetragen worden. Zur Begründung ihrer Berufung hat die Klägerin ihre bisherigen Ausführungen weiter vertieft.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 10. September 2003 und die Honorarbescheide der Beklagten vom 3. November 2000, vom 31. Januar 2001 sowie vom 23. Juli 2001 jeweils in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 7. Juni 2002 aufzuheben und die Beklagte zu

verpflichten, sie hinsichtlich ihrer Honoraransprüche für die Quartale II/00, III/00 und I/01 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrag trägt sie vor: Die Berufung sei jedenfalls unbegründet. Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt habe, stehe der Klägerin ein Anspruch auf eine höhere Vergütung nicht zu.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) formgerecht eingelegt worden, weil die Berufungsschrift dem Schriftformerfordernis genügt. Dieses Schriftformerfordernis, das grundsätzlich nur dann erfüllt ist, wenn der Schriftsatz handschriftlich unterschrieben ist, soll gewährleisten, dass aus dem Schriftsatz der Inhalt der Erklärung, die abgegeben werden soll, und die Person, von der sie ausgeht, hinreichend zuverlässig entnommen werden können. Ferner muss feststehen, dass es sich bei dem Schriftstück nicht nur um einen Entwurf handelt, sondern dass es mit Wissen und Willen des Ausstellers dem Gericht zugeleitet worden ist (vgl. Bundessozialgericht - BSG - [SozR 3-1500 § 67 Nr. 21](#)). Dabei muss sich bereits aus dem Schriftsatz für sich allein oder in Verbindung mit beigelegten Unterlagen der Urheber und sein Wille, das Schreiben in den Rechtsverkehr zu bringen, hinreichend sichtbar ergeben, ohne dass darüber Beweis erhoben werden müsste (vgl. BSG [SozR 3-1500 § 151 Nr. 4](#)).

Diese Kriterien sind hier erfüllt. Zwar ist die auf der Berufungsschrift befindliche Unterschrift nicht lesbar; der Name des Prozessbevollmächtigten, von dem sie stammt (hier: Rechtsanwalt S), lässt sich nicht entziffern. Aus dem Schriftsatz ergibt sich jedoch mit hinreichender Deutlichkeit, dass er von Rechtsanwalt S herrührt, weil im Kopf des Schriftsatzes nicht nur sein Name, sondern auch seine E-Mailadresse aufgeführt ist, die sich wiederum im Wesentlichen aus seinem Namen und seiner Berufsbezeichnung zusammensetzt. Zudem ist die Berufungsschrift in einem Umschlag übersandt worden, auf dem die Empfängeranschrift handschriftlich aufgetragen worden ist. Sie entspricht überdies auch von ihrem Aufbau und ihrem Schriftbild her den im Rechtsverkehr allgemein üblichen Gepflogenheiten, so dass auszuschließen ist, dass dem Gericht hier nur ein bloßer Entwurf zugeleitet worden ist.

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Denn das angegriffene Urteil ist im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Die dem Urteil zugrunde liegende Klage ist zulässig; insbesondere ist sie gemäß [§ 90 SGG](#) schriftlich erhoben worden. Denn obwohl die per Telefax übermittelte Klagschrift ebenso wie die Berufungsschrift keine lesbare Unterschrift trägt, lässt sich wiederum aus dem Gesamtbild der Klagschrift (d. h. dem Kopf des Schriftsatzes, den angegebenen E-Mail- und Internetadressen sowie dem Aufbau und dem Schriftbild des Schriftsatzes) und dem Umstand, dass der Klagschrift die drei Widerspruchsbescheide vom 7. Juni 2002 beigelegt gewesen sind, schließen, dass die Klagschrift - ebenso wie auch die Berufungsschrift - von Rechtsanwalt S stammt und mit dessen Willen und Wollen in den Rechtsverkehr gelangt ist.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Die Beklagte hat die der Klägerin zustehenden Honoraransprüche für die Quartale II/00, III/00 und I/01 in zutreffender Höhe festgestellt.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 SGB V](#) in der Fassung des zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999. Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen zu, die gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu verteilen sind. Bei der Verteilung sind gemäß [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 2 und [3 SGB V](#) Art und Umfang der von dem betroffenen Vertragsarzt erbrachten - abrechnungsfähigen - Leistungen nach Maßgabe der Regelungen im HVM zu berücksichtigen. Hierbei muss der HVM gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte enthalten, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) hat gemäß [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#) erstmalig bis zum 28. Februar 2000 der Bewertungsausschuss zu bestimmen. Zu diesen Kriterien gehören insbesondere solche zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; ferner obliegt es dem Bewertungsausschuss, den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) zu treffenden Regelungen zu bestimmen.

Den vorgenannten Bestimmungen halten die Honorarbescheide der Beklagten stand. Hierbei bestehen zunächst keine Bedenken dagegen, dass die Beklagte in ihrem HVM nur noch zwischen Hausärzten und Fachärzten unterschieden hat. Diese Unterscheidung beruht auf der zwingenden Vorgabe des [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#), wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu verteilen haben. Diese Vorgabe bedeutet, dass zur Vergütung hausärztlicher Leistungen nur das Honorarkontingent für den hausärztlichen Versorgungsbereich zur Verfügung steht und fachärztliche Leistungen ausschließlich aus dem strikt getrennten Honorarkontingent für die fachärztliche Versorgung finanziert werden dürfen mit der Folge, dass Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, nur die leistungsproportionale Teilhabe am Honorarkontingent der Hausärzte beanspruchen können und Vertragsärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, mit ihrem Anspruch auf leistungsproportionale Teilhabe an den Gesamtvergütungen auf das Honorarkontingent der Fachärzte beschränkt sind. Auch punktwertausgleichende Stützungsmaßnahmen zwischen beiden Versorgungsbereichen kommen nicht in Betracht (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 24](#)).

Im Übrigen folgt die von der Beklagten vorgenommene Unterscheidung zwischen Haus- und Fachärzten dem auf [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#)

gestützten Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Trennung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung (DÄBl 2000, A-556, abgedruckt auch bei Engelmann (Hrsg); Gesetzliche Krankenversicherung - Soziale Pflegeversicherung, Nr. 766), dessen Vorgaben ebenso wie diejenigen in [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#), auf denen er beruht, mit Verfassungsrecht im Einklang stehen (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 26](#)).

Dass der Beklagten bei der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 Fehler unterlaufen sein könnten, macht die Klägerin, die als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie unter das Honorarkontingent der Fachärzte fällt, selbst nicht geltend. Hierfür ist auch sonst nichts ersichtlich.

Dass die Beklagte im Rahmen des Honorarkontingents der Fachärzte nur zwischen den im Abschnitt G IV EBM-Ä geregelten und von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten erbrachten genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen, den Großgeräteleistungen/ Leistungen der Strahlentherapie und den übrigen Leistungen unterschieden hat, erweist sich als unbedenklich. Denn eine Verpflichtung, den einzelnen Arztgruppen im HVM getrennte Honorarkontingente zuzuordnen, besteht insbesondere vor dem Hintergrund der zum 1. Januar 2000 gesetzlich vorgeschriebenen Neugestaltung der Vergütung hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung grundsätzlich nicht (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#)). Vor allem reichen insoweit die Unterschiede zwischen den praxisbudgetierten und den nicht praxisbudgetierten Arztgruppen im Sinne der seinerzeit noch geltenden Regelungen des Abschnitts A I B EBM-Ä für sich genommen nicht aus, davon auszugehen, dass sich der der Beklagten als Normgeber bei der Ausformung ihres HVM zustehende Entscheidungsspielraum zugunsten getrennter Fachgruppentöpfe auf Null reduziert haben könnte (vgl. BSG wie vor). Damit bestehen zugleich keine Bedenken dagegen, dass der HVM für Leistungen von nicht praxisbudgetierten Ärzten, zu denen die Klägerin mit ihrer Fachgruppe gehört, keine eigenen Punktwerte mehr vorsieht.

Dass die Beklagte mit Blick auf die Zeitbindung zahlreicher der von der Fachgruppe der Klägerin erbrachten Leistungen (die Klägerin hat z. B. im Quartal II/00 198 x, im Quartal III/00 275 x und im Quartal I/01 300 x die Leistung der Nr. 846 EBM-Ä mit einer Dauer von mindestens 40 Minuten erbracht) für diese Fachgruppe keinen besonderen Honorarfonds geschaffen hat, ist nicht zu beanstanden. Denn der Zeitfaktor spielt nur für die im Honorarfonds Psychotherapie zusammengefassten Leistungen, d. h. die im Abschnitt G IV des EBM-Ä geregelten und von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten erbrachten genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen, eine besondere Rolle. Die Schaffung dieses Honorarfonds ist auf die – mit Verfassungsrecht im Einklang stehenden (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#)) - Bestimmungen der [§§ 85 Abs. 4 Satz 4, Abs. 4 a Satz 1](#), letzter Halbsatz SGB V zurückzuführen. Hiernach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im HVM Regelungen - nur - zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten und deren Inhalt der Bewertungsausschuss zu bestimmen hat. Den Inhalt der Regelungen hat der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 16. Februar 2000 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten (DÄBl 2000, A-877) bestimmt und seine Regelungen in Anlehnung an die vorausgegangene Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Vergütung der Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend bzw. ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (vgl. grundlegend BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)), auf die Vertragsärzte und -therapeuten, die mindestens 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus den Leistungen des Abschnitts G IV und des Abschnitts G V EBM-Ä sowie den Leistungen nach den Nrn. 855 bis 858 des Abschnitts G III EBM-Ä generieren, sowie die antrags- und genehmigungspflichtigen und zeitgebundenen Leistungen des Abschnitts G IV EBM-Ä beschränkt. Diese - zwingenden - Vorgaben hat die Beklagte in ihren HVM übernommen. Sie hätte hierbei zwar eine Erweiterung sowohl des Personenkreises als auch der Leistungen regeln dürfen. Eine Verpflichtung hierzu hat jedoch im Lichte der angeführten Rechtsprechung des BSG nicht bestanden.

Wie das BSG zwischenzeitlich entschieden hat, ist der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten allerdings rechtswidrig, weil er an anderer Stelle auf strukturellen Fehlfestlegungen beruht, was zwangsläufig die Teilnichtigkeit des HVM der Beklagten nach sich zieht (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#)). Auf diese Teilnichtigkeit kann sich die Klägerin jedoch nicht mit Erfolg stützen, weil sie zu einem insoweit nicht betroffenen Personenkreis gehört. Dass der Bewertungsausschuss mittlerweile am 29. Oktober 2004 rückwirkend zum 1. Januar 2000 einen neuen Beschluss zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten erlassen hat (DÄBl 2004, A-574), führt zu keinem anderen Ergebnis. Die Beklagte muss diesen Beschluss zwar in den noch nicht rechtskräftig abgeschlossenen Fällen beachten. Auch dieser Beschluss befasst sich jedoch nur mit den im Abschnitt G IV EBM-Ä geregelten genehmigungsbedürftigen und zeitabhängigen Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten und bringt damit für die Klägerin und ihre Fachgruppe keine Besserstellung.

Dass der Gesetzgeber im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) dahingehend geändert hat, dass im HVM Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen sind, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten, führt ebenfalls zu keinem anderen Ergebnis. Denn diese Änderung ist erst zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Sie signalisiert nicht, dass die frühere Nichtberücksichtigung insbesondere der Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater rechtswidrig gewesen sein könnte, sondern zeigt nur an, dass diese Fachgruppe auch schon früher hätte einbezogen werden können. Auf ihrer Grundlage hat der Bewertungsausschuss den Inhalt der im HVM zu treffenden Regelungen zur angemessenen Vergütung je Zeiteinheit neu bestimmt (vgl. DÄBl 2004, A-575) und sich hierbei wiederum nur auf die - von der Klägerin in den Quartalen II/00, III/00 und I/01 nur ganz geringfügig erbrachten - genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen des Abschnitts G IV EBM-Ä bezogen. Letzteres ist bei sachgerechter Auslegung der Neufassung des Gesetzes im Lichte der Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Vergütung der überwiegend bzw. ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten (vgl. grundlegend BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)) nicht zu beanstanden mit der Folge, dass auch der HVM-Geber keine weiteren Leistungen berücksichtigen muss.

Auch unter Berücksichtigung des in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochenen Gebots leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie des aus [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) herzuleitenden Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit hätte die Beklagte hier für die Fachgruppe der Klägerin keinen besonderen Honorarfonds schaffen oder spezielle Stützungsmaßnahmen ergreifen müssen. Denn ausweislich der von der Beklagten überreichten Fallzahl- und Fallwertstatistiken haben die Fachärzte im Zuständigkeitsbereich der Beklagten zwar bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 1.385 und einem durchschnittlichen Fallwert von 28,67 EUR im Quartal II/00 im Schnitt ein Honorar in Höhe von 39.707,95 EUR, bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 1.315 und einem

durchschnittlichen Fallwert von 29,66 EUR im Quartal III/00 im Schnitt ein Honorar in Höhe von 39.002,90 EUR und bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 1.407 und einem durchschnittlichen Fallwert von 30,90 EUR im Quartal I/01 im Schnitt ein Honorar in Höhe von 43.476,30 EUR erzielt, das die Klägerin unter Berücksichtigung eventueller Nachvergütungen mit den ihr gezahlten Vergütungen in Höhe von 23.341,36 EUR für das Quartal II/00, 22.379,86 EUR für das Quartal III/00 und 42.917,30 EUR für das Quartal I/01 jedenfalls in den Quartalen II/00 und III/00 deutlich unterschritten hat. Diese Unterschreitungen sind jedoch nicht auf die Regelungen des zum 1. Januar 2000 neu gefassten Honorarverteilungsmaßstabs der Beklagten zurückzuführen, die von der Beklagten beim Auftreten eventueller Verwerfungen im Übrigen auch erst nach einer Beobachtungszeit von mindestens vier Quartalen hätten korrigiert werden müssen. Vielmehr beruhen die - durch vergleichsweise niedrigere Praxisunkosten der Fachgruppe der Klägerin von höchstens 40 % ohnehin zu relativierenden - Honorarunterschreitungen neben den niedrigen Fallzahlen der Klägerin von 384, 345 und 386 Behandlungsfällen gegenüber 1.385, 1.315 und 1.407 Behandlungsfällen der Fachärzte im Allgemeinen bzw. 874, 852 und 889 Behandlungsfällen der Fachgruppe der Psychiater/Neurologen erkennbar auf Problemen, die für eine Anfängerpraxis typisch sind. Denn ausweislich der von der Beklagten überreichten Honoraraufstellung hat sich das Honorar der erst seit Juni 1999 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Klägerin schon ab dem hier noch streitbefangenen Quartal I/01 auf deutlich höhere Werte eingependelt. Wie bereits dargelegt, hat ihr Honorar für das Quartal I/01, in dem sie erstmalig an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilgenommen hat, bereits 42.917,30 EUR betragen und damit nur noch 559,00 EUR unter dem durchschnittlichen Honorar aller Fachärzte in Höhe von 43.476,30 EUR gelegen. Für die darauf folgenden Quartale sind ihr unter Berücksichtigung späterer Nachvergütungen dann sogar Honorare in Höhe von 45.363,08 EUR (Quartal II/01), 47.321,07 EUR (Quartal III/01) und 48.907,32 EUR (Quartal IV/01) gezahlt worden, mit denen sie die durchschnittlichen Honorare aller Fachärzte in Höhe von lediglich 41.108,76 EUR (Quartal II/01), 40.225,57 EUR (Quartal III/01) und 40.901,68 EUR (Quartal IV/01) um jeweils mehr als 4.000,00 EUR überschritten hat. Eine ungerechtfertigte Benachteiligung der Fachgruppe der Klägerin lässt sich damit nicht feststellen.

Auch aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. dem in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) festgeschriebenen Grundsatz angemessener Vergütung kann die Klägerin einen Anspruch auf Zuerkennung höheren Honorars für die Quartale II/00, III/00 und I/01 nicht herleiten. Denn nach den genannten Bestimmungen kommt ein subjektiv-rechtlicher Anspruch auf höhere Vergütung ausnahmsweise nur dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)). Hierfür bestehen indes mit Blick auf die oben bereits dargestellten Zahlen keine Anhaltspunkte.

Dass das vertragsärztliche Vergütungssystem in seiner Gesamtheit gegen europäisches Wettbewerbsrecht, d. h. [Art. 81](#) des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, verstoßen könnte, ist nicht ersichtlich. Die genannte Vorschrift ist nach ihrem sachlichen Gehalt nicht auf das vertragsärztliche Vergütungssystem anwendbar, weil die an der Vergütung beteiligten Institutionen, d. h. insbesondere die Krankenkassen bei der Entrichtung der Gesamtvergütungen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Honorarverteilung, nicht unternehmerisch tätig werden. Sie kommen vielmehr lediglich den ihnen gemäß [§§ 85 ff. SGB V](#) auferlegten Pflichten nach, die allein den Zweck verfolgen, "den Fortbestand des deutschen Systems der sozialen Sicherheit sicherzustellen". Insoweit kann die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur Tätigkeit der Krankenkassenverbände bei der Festbetragsfestsetzung (vgl. Urteil vom 16. März 2004 - [C-264/01](#) -, zitiert nach juris) sowie die Rechtsprechung des BSG zur Tätigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beim Abschluss von Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 135 Nr. 10](#)) auf die an der Vergütung beteiligten Institutionen übertragen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung und folgt dem Ausgang des Rechtsstreits in der Sache selbst.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil ein Grund hierfür nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-01-30