

## L 12 KA 172/01

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 42 KA 4541/00

Datum

02.03.2001

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 172/01

Datum

15.12.2004

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 2. März 2001 bezüglich der Quartale I/99 Primärkassen, III/99 Ersatzkassen und IV/99 Ersatzkassen und Primärkassen aufgehoben. Die Beklagte wird unter Abänderung der Honorarbescheide I/99 vom 31. August 1999, III/99 vom 3. Februar 2000 und IV/99 vom 27. April 2000 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 25. Juli 2000, 19. September 2000 und 28. November 2000 verurteilt, die Honorare der Klägerin für die Quartale I/99 Primärkassen, III/99 Ersatzkassen sowie IV/99 Primärkassen und Ersatzkassen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu festzusetzen. Im übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat der Klägerin die Hälfte ihrer außergerichtlichen Kosten im Berufungsverfahren zu erstatten. Die Klägerin hat der Beklagten die Hälfte ihrer außergerichtlichen Kosten im Berufungsverfahren zu erstatten. Die Beklagte hat der Klägerin ein Viertel ihrer außergerichtlichen Kosten im Klageverfahrens mit dem Az: S 42 KA 3173/00 zu erstatten. Die Klägerin hat der Beklagten drei Viertel ihrer außergerichtlichen Kosten im Klageverfahrens mit dem Az: S 42 KA 3173/00 zu erstatten. Die Klägerin hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Klageverfahrens S 42 KA 4540/00 zu erstatten. Die Beklagte hat der Klägerin vier Neunteil ihrer außergerichtlichen Kosten im Klageverfahrens mit dem Az: [S 42 KA 4541/00](#) zu erstatten. Die Klägerin hat der Beklagten fünf Neunteil ihrer außergerichtlichen Kosten im Klageverfahrens mit dem Az: [S 42 KA 4541/00](#) zu erstatten. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten im Klageverfahren S 42 KA 9054/00 zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 1999.

Die Klägerin ist als Fachärztin für psychotherapeutische Medizin in M. zur vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen. Ihr Honorar für das Quartal 1/99 stellte die Beklagte mit Honorarbescheid vom 31.08.1999 in Höhe von 22.555,36 DM fest. Dabei entfielen auf die Behandlung von Versicherten der Regionalkassen 5.274,31 DM und der Ersatzkassen 17.281,05 DM. Mit dem Honorarbescheid für das Quartal 2/99 erfolgte bei den Primärkassen/Regionalkassen eine Nachvergütung für das Quartal 1/99 in Höhe von 2.215,18 DM.

Die Klägerin hat gegen den Honorarbescheid Widerspruch eingelegt und zur Begründung unter anderem ausgeführt, die Honorarzumessung bedrohe die Existenz ihrer Praxis. Die Honorarverteilungspraxis der Beklagten verstoße gegen Art.3 und [Art.12 Grundgesetz \(GG\)](#) und gegen den Grundsatz der Angemessenheit der ärztlichen Vergütung ([§ 72 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGBV -](#)). Das Bundessozialgericht (BSG) halte in seinen Urteilen vom 25. August 1999 (Az.: [B 6 KA 14/98 R](#) und [B 6 KA 17/98 R](#)) ein Psychotherapeutenhonorar von 145,00 DM pro Sitzung für angemessen und erforderlich. Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) lege in Art.11 Abs.2 lediglich einen unteren Interventionspunkt für die Honorare in der Psychotherapie im Jahre 1999 fest und lehne sich dabei an den Punktwert für Gesprächsleistungen nach Kap. B II des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) an. Durch den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) und den Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und den Primärkassen in Bayern werde aus dem unteren Interventionspunkt ein Höchstpunktwert. Auch die Befüllung des Psychotherapiebudgets für 1999 im Primärkassenbereich entspreche nicht den Vorgaben des Art.11 Abs.2 PsychThG. Es hätte der Auszahlungspunktwert aus 1996, nämlich 10 Pfennig, multipliziert mit der Punktzahl der abgerechneten Leistungen aus 1996 zu Grunde gelegt werden müssen und nicht ein um 36 % niedrigerer Punktwert. Art.11 Abs.2 PsychThG verpflichte die Partner der Selbstverwaltung dazu, bei Unterschreiten des Punktwertes für die Vergütung der Leistungen nach Kapitel B II des EBM geeignete Maßnahmen zu treffen. Diese Unterschreitung sei bereits im 1. Quartal 1999 gegeben. Geeignete

Maßnahmen hätten sich entsprechend der Rechtsprechung des BSG am 10-Pfennig-Punktwert für zeitgebundene Leistung zu orientieren.

Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 25. Juli 2000 zurückgewiesen. In den Gründen des Bescheids wird zunächst eingehend die Funktionsweise des damals geltenden HVM dargelegt. Zu der von Klägerseite zitierten Rechtsprechung des BSG wird ausgeführt, dort sei es um Honorarbescheide für die Quartale 1 und 2/93 gegangen. Für das Jahr 1999 sei im Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (EG-PsychThG) für psychotherapeutische Leistungen ein Vergütungsvolumen vorgegeben worden, das 1 % der übrigen Gesamtvergütung betragen müsse. Nach Art.11 Abs.1 Satz 2 Nr.1 und 2 EG-PsychThG bestehe das Ausgabenvolumen für psychotherapeutische Leistungen 1.) aus dem für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahre 1996 aufgewendeten Vergütungsvolumen, erhöht um die nach [§ 85 Abs.3 SGB V](#) für die Jahre 1997 und 1998 vereinbarten und nach Art.18 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) für 1999 bestimmten Veränderungen und 2.) einem Ausgabenvolumen, das den im Jahre 1997 für psychotherapeutische Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung entrichteten Vergütungen entspreche, höchstens jedoch 1 % der nach [§ 85 Abs.1 SGB V](#) im Jahre 1997 entrichteten Gesamtvergütungen (Art.11 Abs.1 Satz 2 Nr.2 EG-PsychThG). Nach Art.11 Abs.2 EG-PsychThG hätten die Vertragsparteien der Gesamtverträge 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 EBM geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der beteiligten Krankenkassen um mehr als 10 v.H. unterschreite. Für den Regionalkassenbereich sei eine entsprechende Vereinbarung am 5. Oktober 1999 getroffen worden nach bekannt werden des Punktwerteinbruchs für psychotherapeutische Leistungen im Quartal 1/99. Basis für die Berechnung des Ausgabenvolumens seien dabei die im Jahre 1997 von den bayerischen Regionalkassen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bezahlten Beträge. Damit sei der im Jahr 1997 gezahlte Punktwert von 10 Pf. in das Ausgabenvolumen eingegangen. Das habe eine erhebliche Steigerung gegenüber dem vom Gesetzgeber in Art.11 Abs.1 Nr.1 EG-PsychThG vorgesehenen im Jahr 1996 für psychotherapeutische Leistungen aufgewendeten Vergütungsvolumen (Punktwert 6,3 Pf.) bedeutet. Des Weiteren hätten sich die Regionalkassenverbände bereit erklärt, die Differenz bis zur Erreichung des Mindestpunktwerts zusätzlich zu finanzieren, falls trotz der Basis des Jahres 1997 der gesetzlich vorgegebene Mindestpunktwert in Höhe von 90 % des EBM B II-Punktwertes nicht erreicht werde. Unter Anwendung dieser Vereinbarung hätten die ursprünglich nicht vergüteten Leistungsvolumina wenigstens mit dem gesetzlichen Mindestpunktwert bezahlt werden können. Die Nachzahlung sei der Klägerin zwischenzeitlich überwiesen worden. Für den Ersatzkassenbereich habe es keiner gesonderten Honorarverhandlungen bedurft. Hier seien die Regelungen zur Berechnung der Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der psychotherapeutischen Leistungen auf Grund eines Schiedsamtsbeschlusses (Anlage 1 zum Gesamtvertrag für das Jahr 1999) festgelegt worden. Danach sei das Ausgabenvolumen für psychotherapeutische Leistungen gemäß Art.11 EG-PsychThG ermittelt und als Gesamtvergütung an die Beklagte zu bezahlen gewesen. Die Auszahlung an die Psychotherapeuten sei höchstens mit dem EBM B II-Punktwert erfolgt. Die dargestellte Honorarausschüttung widerspreche nicht dem Grundgesetz (GG), insbesondere liege kein Verstoß gegen [Art.14 Abs.1 GG](#) vor, denn ein Anspruch auf ein stets gleich hohes Honorar des Vertragsarztes resultiere daraus nicht.

Im Folgequartal 2/99 wurde das Honorar der Klägerin mit Bescheid vom 16. November 1999 auf 6.572,07 DM bei den Regionalkassen und 14.142,71 DM bei den Ersatzkassen festgesetzt. Auch gegen diesen Bescheid hat die Klägerin Widerspruch eingelegt, der mit Widerspruchsbescheid vom 19. September 2000 zurückgewiesen wurde. Widerspruch und Widerspruchsbescheid entsprachen dem Vorquartal.

Das Honorar für das Quartal 3/99 setzte die Beklagte mit Honorarbescheid vom 3. Februar 2000 auf 7.819,67 DM (Regionalkassen) und 10.695,04 DM (Ersatzkassen) fest. Den dagegen gerichteten Widerspruch wies sie mit Bescheid vom 19. September 2000 zurück.

Das Honorar des 4. Quartals des Jahres 1999 belief sich auf 8.684,81 DM für die Behandlung von Versicherten der Regionalkassen und 12.618,57 DM für Ersatzkassenpatienten (Honorarbescheid vom 27. April 2000, Widerspruchsbescheid vom 28. November 2000).

Die Klägerin hat in allen Quartalen gegen die Honorarfestsetzung beim Sozialgericht München (SG) Klage erhoben. In der sehr umfangreichen Klagebegründung wird unter anderem der HVM der Beklagten bezüglich der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen sowie die Vereinbarung der Beklagten mit der Regionalkassen vom 5. Oktober 1999 und der Schiedsamtsbeschluss vom 22. Juli 1999 für rechtswidrig gehalten. Die Regelungen verstießen gegen den Grundsatz der Honorargerechtigkeit. Die Psychotherapeuten seien in ihrem Grundrecht aus [Art.12 GG](#) verletzt. Es bestehe eine eklatante Benachteiligung z.B. gegenüber den Hausärzten. Die vom BSG in seinen Entscheidungen aus dem Jahr 1999 aufgestellten Grundsätze zur Angemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen seien nicht beachtet worden. Die Vorgaben des Art.11 EG-PsychThG seien nicht eingehalten. Der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistung zur Verfügung zu stellende Anteil an der Gesamtvergütung sei falsch berechnet worden. Im übrigen sei Art.11 EG-PsychThG verfassungswidrig.

Das SG hat die Klageverfahren betreffend die Quartale 1-4/99 verbunden und die Klagen mit Urteil vom 2. März 2001 abgewiesen. In den Gründen führt es unter anderem aus, die Kammer habe sich nicht von der Verfassungswidrigkeit des Art.11 EG-PsychThG als nur für das Jahr 1999 geltender Anfangsregelung überzeugen können, soweit die Norm für das hier zu entscheidende Verfahren als entscheidungserheblich zu prüfen war. Die angefochtenen Honorarbescheide setzten die gesetzlichen Vorgaben des Art.11 Abs.1 EG-PsychThG in der Fassung des Art.9 Ziffer 1 i.V.m. Art.14 Abs.2 und 3 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) in im Ergebnis nicht zu beanstandender Weise um. Soweit eine Fehlerhaftigkeit von Interpretation und Umsetzung nahe liege, wirke sich diese auf Grund der in Bayern getroffenen Maßnahmen nach Art.11 Abs.2 EG-PsychThG sowie auf Grund sonstiger Sachverhaltsumstände nicht zu Lasten der Klägerin aus. Der Punktwert der psychotherapeutischen Leistungen liege in keinem der streitgegenständlichen Quartale um mehr als 10 % unter dem für Leistungen nach Kap. B II EBM. Zwar habe das BSG in seinem Urteil vom 25. August 1999 ([SozR 3-2500 § 85 Nr.33](#)) für psychotherapeutische Leistungen einen Punktwert von 10 Pfennig im Rahmen einer gerechten Honorarverteilung gefordert. Diese Rechtsprechung finde aber im Jahr 1999 keine Anwendung, da für diesen Zeitraum die Vergütung dieser Leistungen in Art.11 EG-PsychThG gesetzlich geregelt sei.

Gegen das am 25. Juli 2001 zugestellte Urteil hat die Klägerin durch ihre Bevollmächtigte am 22. August 2001 Berufung eingelegt, die mit Schriftsatz vom 27.02.2002 umfangreich begründet wurde. Darin wird unter anderem weiterhin die gesetzliche Regelung des Art.11 EG-PsychThG für verfassungswidrig gehalten und auf die Entscheidungen des BSG zur Honorierung psychotherapeutischer Leistungen (insbes.

Urteil vom 25.08.1999, [SozR 3-2500 § 85 Nr.33](#)) verwiesen. In der mündlichen Verhandlung des Senats hat die Bevollmächtigte der Klägerin erklärt, dass das Berufungsvorbringen zu Art.11 Abs.1 EG-PsychThG im Hinblick auf die zwischenzeitlich vorliegende Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 6. November 2002, [SozR 3-2500 § 85 Nr.49](#)) nicht mehr aufrecht erhalten werde.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, 1.) das Urteil des Sozialgerichts München vom 2. März 2001 und die Honorarbescheide vom 31. August 1999, 22. November 1999, 7. Februar 2000 und 2. Mai 2000 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 25. Juli 2000, 19. September 2000 und 28. November 2000 aufzuheben, 2.) die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin für die Quartale 1-4/99 jeweils einen Honorarbescheid unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erteilen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Zur Begründung hat sie mit Schriftsatz vom 1. Dezember 2004 ausgeführt, sie habe zunächst die nach Maßgabe des Art.11 Abs.1 EG-PsychThG i.V.m. Art.14 GKV-SolG von den Kassen für psycho-therapeutische Leistungen gezahlte Gesamtvergütung durch die von den Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten angeforderte Punktmenge geteilt. Dabei habe sich im Quartal 1/99 ein Punktwert von nur 4,8 Pf. ergeben, sodass Handlungsbedarf gemäß Art.11 Abs.2 EG-PsychThG bestanden habe. Die Kassen hätten so viel nachgezahlt, dass der Punktwert nachträglich auf 7,0 Pf. habe erhöht werden können. In den Folgequartalen und bei den Ersatzkassen hätten die Punktwerte jeweils so hoch gelegen, dass nach der Auffassung der Beklagten die 10%-Grenze des Art.11 Abs.2 EG-PsychThG nicht unterschritten worden sei. Es sei nicht zu beanstanden, dass die Beklagte als durchschnittlichen B II-Punktwert den Durchschnittswert aller aus den Honorarfonds R1, R2b und R2n vergüteten Punkte herangezogen habe. Mit der Formulierung "den für die Vergütung der Leistungen nach Kapitel B II EBM geltenden ... Punktwert" habe das Gesetz die Möglichkeit eröffnet, in das Vergütungsvolumen auch Leistungen einzubeziehen, die nicht dem Kapitel B II EBM zuzuordnen seien. Eine Aussage, wonach ausschließlich ein "gewichteter" B II-Punktwert als Bezugswert für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zu berechnen sei, enthalte das Gesetz nicht. Auch die Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses vom 25. November 1997 ([BT-Drucksache 13/9212](#)) nenne als Bezugswert den "für B II-Leistungen geltenden durchschnittlichen Punktwert". Die Beklagte habe in einer Modellrechnung den gewichteten B II-Punktwert auf der Grundlage einer Analyse der B II-Leistungen je berechtigter Arztgruppe und der arztgruppenbezogenen Punktwerte getrennt nach Regionalkassen und Ersatzkassen ermittelt. Das sich hierbei ergebende Honorarvolumen B II sei durch das Punktzahlvolumen B II geteilt worden und ergebe den gewichteten Punktwert. Vergleiche man die Beträge, die bei einem gewichteten B II-Punktwert zur Auszahlung gelangt wären, hätte die Honorarsumme im Ersatzkassenbereich den tatsächlich ausgezahlten Betrag um 2.190.000 DM unterschritten, weil die Beklagte auf Grund ihrer Berechnungsweise mehrfach von einem B II-Punktwert ausgegangen sei, der höher als 90 % des gewichteten Punktwertes war. Bei den Regionalkassen wäre die Vergütung insgesamt um ca. 910.000 DM höher gewesen. Damit hätten im Ersatzkassenbereich die Psychotherapeuten bei einer Vergleichsberechnung anhand des gewichteten B II-Punktwertes weniger erhalten. Zumindest insoweit fehle es am Rechtsschutzbedürfnis für die Klageverfahren.

Die Beklagte hat auf Anforderung des Senats eine Analyse der Leistungen nach Kapitel B II Nr.2 EBM untergliedert nach Kassenart und Arztgruppen sowie eine Gesamtaufstellung der hausärztlichen Leistungen nach B II Nr.1 EBM untergliedert nach Kassenart für die Quartale des Jahres 1999 vorgelegt, worin die abgerechneten Punktmengen, Punktwerte und Honorarsummen aufgeführt sind, sowie Modellrechnungen der Punktwerte B II gewichtet für die Quartale 1-4/99 Regionalkassen und Ersatzkassen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten, die Akten des SG München mit den Az.: S 42 KA 3173/00, S 42 KA 4540/00, [S 42 KA 4541/00](#) und S 42 KA 9054/00 sowie die Berufungskate mit dem Az.: L 12 KA 228172/01 vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden, und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 Abs.1 SGG](#)) Berufung ist zulässig und zum Teil begründet.

In diesem Rechtsstreit geht es um die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach Kapitel G IV "Psychotherapie" des EBM im Jahr 1999. Zum 1. Januar 1999 trat das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (BGBl.1998 I S.1311) in Kraft, mit dem Diplompsychologen die Möglichkeit eingeräumt wurde, unter Beachtung der entsprechenden Zulassungsbestimmungen als Psychotherapeuten zur Versorgung der Versicherten der GKV mit psychotherapeutischen Leistungen zugelassen zu werden. Ihre rechtliche Position wurde damit der bisher den Vertragsärzten vorbehaltenen Rechtsstellung angeglichen und damit die Berechtigung zur unmittelbaren Behandlung von Versicherten der GKV - ohne Zwischenschaltung eines Vertragsarztes - eröffnet. Offenbar in Erwartung, dass damit die Anzahl der psychotherapeutischen Leistungen zunehmen würde, enthält das Gesetz in Art.11 eine nur für 1999 geltende Übergangsregelung zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Abs.1 dieser Bestimmung (in der Fassung der Art.9 Nr.1 Buchstabe a) aa) und Art.14 Abs.2 GKV-SolG vom 19. Dezember 1998, [BGBl.I S.3853](#)) sah für psychotherapeutische Leistungen ein begrenztes Ausgabenvolumen vor, das sich einerseits aus dem Vergütungsvolumen des Jahres 1996 für psychotherapeutische Leistungen errechnete, erhöht um die nach [§ 85 Abs.3 SGB V](#) für 1997 und 1998 vereinbarten sowie die in Art.18 GKV-SolG für 1999 bestimmten Veränderungen. Hinzukam ein Ausgabenvolumen, das den Vergütungen der Krankenkassen im Jahr 1997 für psycho-therapeutische Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung entsprach, insgesamt jedoch höchstens 1 % der nach [§ 85 Abs.1 SGB V](#) im Jahr 1997 entrichteten Gesamtvergütung. Während somit Abs.1 des Art.11 EG-PsychThG die für psychotherapeutische Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel nach oben begrenzte, legte Abs.2 zwingend eine Vergütungsuntergrenze für die psycho-therapeutischen Leistungen fest, die zur Absicherung eines bestimmten Mindesthonorars für psychotherapeutische Leistungen diente (vgl. BSG, [SozR 3-2500, § 85 Nr.49, S.419](#)). Danach hatten die Parteien des Gesamtvertrages für den Fall, dass der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen geltende Punktwert den für die Vergütung der Leistungen nach Kapitel B II des EBM geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der beteiligten Krankenkassen um mehr als 10 v.H. unterschritt, geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz zu treffen. Während die Klägerseite im Verwaltungsverfahren, vor dem SG und noch in der Berufungsbegründung vorgetragen hatte, diese gesetzliche Regelung benachteilige die Psychotherapeuten eklatant, verstoße gegen das GG und stehe insbesondere im Widerspruch zur Rechtsprechung des BSG, wonach bei psychotherapeutischen Leistungen ein Punktwert von mindestens 10 Pf. gezahlt werden müsse, wurde diese Argumentation zuletzt nicht mehr weiter verfolgt, nachdem das BSG mit Urteil vom 6. November 2002, Az.: [B 6 KA 21/02 R](#) (=

[SozR 3-2500 § 85 Nr.49](#)), festgestellt hatte, dass die Ausgestaltung des Art.11 EG-PsychThG verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sei und zudem ausgeführt hatte, dass die Rechtsprechung betreffend den Punktwert von 10 Pf. nur insoweit gelte, als der Gesamtvergütungsanteil für die psychotherapeutischen Leistungen allein durch den HVM bestimmt werde und nicht unmittelbar durch Gesetz festgelegt sei. Gesetzliche Vorschriften könnten hingegen zur Folge haben, dass sich ein niedriger Punktwert als 10 Pf. für psychotherapeutische Leistungen ergebe, ohne dass damit die Rechte der Psychotherapeuten verletzt würden. Eine gegen dieses Urteil eingelegte Verfassungsbeschwerde wurde vom Bundesverfassungsgericht nicht zur Entscheidung angenommen (Kammerbeschluss vom 30. April 2003 - [1 BvR 664/03](#)).

Streitig ist damit allein noch die Frage, ob die angefochtenen Honorarbescheide der Quartale 1-4/99 den Anforderungen des Art.11 Abs.2 EG-PsychThG genügen, mit anderen Worten, ob die bei der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Klägerin zu Grunde gelegten Punktwerte in den einzelnen Quartalen des Jahres 1999 den für die Vergütung der Leistungen nach Kapitel B II EBM geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der beteiligten Krankenkassen um mehr als 10 v.H. unterschritten haben. Dies war in einem Teil der streitgegenständlichen Quartale der Fall und resultierte daraus, dass die Beklagte den Punktwert für die psychotherapeutischen Leistungen am Punktwert des Honorarfonds "Sonstige Leistungen" nach Abschnitt B Anlage 1 B 2.5 des für das 1. Quartal 1999 geltenden HVM bzw. Abschnitt B Anlage 1 B 2.8 des ab dem 2. Quartal 1999 geltenden HVM gemessen hat. Diese Vorgehensweise erscheint auf den ersten Blick als berechtigt, weil die Leistungen nach Kapitel B II EBM aus dem Honorarfonds "Sonstige Leistungen" vergütet wurden. Zu beachten ist jedoch, dass der Honorarfonds "Sonstige Leistungen" weiter unterteilt war in einzelne Arztgruppenfonds. Im Quartal 1/99 fand zunächst eine Unterteilung statt in einen Honorarfonds R 1 für Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie hausärztliche Internisten und Kinderärzte und einen Honorarfonds R 2 für die restlichen Ärzte, der wiederum unterteilt war in einen Honorarfonds R 2b für die nach dem EBM ab dem 1. Juli 1997 budgetierten Arztgruppen und in einen Honorarfonds R 2n für nichtbudgetierte Arztgruppen. Letzterer war weiter unterteilt in arztgruppenspezifische Honorarkontingente, nämlich der fachärztlichen Internisten, der Laborärzte, der Lungenärzte, der MKG-Chirurgen, der Pathologen, der ärztlichen Psychotherapeuten, der Radiologen, der ärztlich geleiteten Einrichtungen und der sonstigen Ärzte, worunter recht unterschiedliche Ärzte zusammengefasst waren. Ab dem Quartal 2/99 war der Honorarfonds "Sonstige Leistungen" insgesamt unterteilt in arztgruppenspezifische Honorarfonds der Hausärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, IVF-Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Urologen, fachärztliche Internisten, invasiv tätige Kardiologen, Lungenärzte, Laborärzte, MKG-Chirurgen, Pathologen, ärztliche Psychotherapeuten, Radiologen und ärztlich geleitete Einrichtungen. In diesen einzelnen Honorarfonds wiederum waren zum Teil mehrere Arztgruppen zusammengefasst. In all diesen Arztgruppenfonds galten unterschiedliche Punktwerte. Die Beklagte hat offenbar über alle Leistungen, die aus dem Honorarfonds "Sonstige Leistungen" vergütet wurden, und über alle Arztgruppentöpfe hinweg einen Durchschnitt gebildet. Dieser Durchschnittswert ist aber keinesfalls identisch mit dem durchschnittlichen Punktwert, der sich errechnet, wenn man nur die B II-Leistungen berücksichtigt. Dies ergibt sich daraus, dass der Anteil der B II-Leistungen am Gesamtleistungsvolumen in den einzelnen Teilhonorarfonds sehr unterschiedlich war, und zum anderen daraus, dass der Punktwert der einzelnen Honorartöpfe sehr unterschiedlich war, je nach der Beschickung einerseits und dem Umfang der angeforderten Leistungen andererseits. Diese Vorgehensweise entspricht nicht dem Wortlaut und der Intention des Gesetzes, denn Art.11 Abs.2 EG-PsychThG stellt ganz eindeutig (nur) auf den für die Vergütung der Leistungen nach Kapitel B II EBM geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der beteiligten Krankenkassen ab. Wenn der Gesetzgeber die Absicht gehabt hätte, die Mindestpunktwertgarantie für psychotherapeutische Leistungen am Durchschnittspunktswert aller ärztlichen Leistungen zu messen, hätte er dies ohne weiteres im Gesetz zum Ausdruck bringen können. Das Gesetz bezieht sich aber ausdrücklich nur auf den Punktwert der B II-Leistungen, also der Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen, die am ehesten mit den psychotherapeutischen Leistungen, bei denen es sich in der Regel um reine Gesprächsleistungen handelt, vergleichbar sind. Folgt man dem Weg der Beklagten, dann gehen in den Durchschnitt auch zahlreiche zum Beispiel mit Instrumenten zu erbringende Leistungen ein, die inhaltlich kaum mit psychotherapeutischen Leistungen vergleichbar sind. Dies widerspricht dem ausdrücklichen Wortlaut und der Intention des Gesetzes, wonach der Punktwert der psychotherapeutischen Leistungen den durchschnittlichen Punktwert der B II-Leistungen nicht um mehr als 10 % unterschreiten darf, und nicht den durchschnittlichen Punktwert aller Leistungen.

Des Weiteren ist zu beanstanden, dass die Beklagte bei der Durchschnittsberechnung bestimmte Arztgruppen, die auch B II-Leistungen erbringen, gänzlich außer Betracht gelassen hat, nämlich diejenigen, die nach dem HVM unter der Gruppe der sonstigen Ärzte zusammengefasst sind. Dazu gehören z.B. die Nuklearmediziner, die Kinder- und Jugendpsychiater und insbesondere auch die Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie die Neurochirurgen, die durchaus in nicht unerheblichem Umfang B II-Leistungen erbringen, wie aus dem dem Senat auf Anforderung zur Verfügung gestellten Zahlenmaterial hervorgeht.

Richtigerweise kann der Durchschnittspunktswert der B II-Leistungen nur in der Weise errechnet werden, dass die für B II-Leistungen angeforderten Punkte mit dem jeweiligen Punktwert multipliziert werden, der in dem Honorarfonds gilt, aus dem die betreffende Leistung vergütet wird. Die so ermittelten aus den einzelnen Töpfen für B II-Leistungen gezahlten Honorare sind aufzuaddieren und die Summe ist durch die Gesamtzahl der für B II-Leistungen angeforderten Punkte zu teilen. Dabei ergibt sich ein "gewichteter" rechnerischer Punktwert für B II-Leistungen, den der Punktwert, der psychotherapeutischen Leistungen höchstens um 10 % unterschreiten darf (vgl. Urteil des SG Hannover vom 12. Mai 2004, Az.: [S 16 KA 1034/00](#)). Diese Berechnung ist gesondert für die Regionalkassen und für die Ersatzkassen durchzuführen, weil die Punktwerte (z.T. erheblich) von einander abweichen.

Der Senat hat von der Beklagten die für diese Berechnung erforderlichen Daten angefordert. Diese hat u.a. eine "Modellrechnung Punktwert B II gewichtet" vorgelegt, die der Rechtsprechung des SG München in zahlreichen Urteilen und Gerichtsbescheiden Rechnung trägt (z.B. Ur. v. 23.Juli 2003, Az.: S 33 KA 2681/00 u.a.) und insbesondere die Punktzahlen und -werte der einzelnen Arztgruppen getrennt nach Kassenarten enthält. Danach haben die Allgemeinärzte im Quartal 1/99 bei den Regionalkassen 845.491.363,2 Punkte für B II-Leistungen abgerechnet, die mit einem Punktwert von 8,71 Pf. bewertet waren. Daraus ergibt sich, dass im Quartal 1/99 die Allgemeinärzte insgesamt 73.642.297,73 DM für B II-Leistungen erhalten haben. Im selben Zeitraum haben die Anästhesisten bei den Regionalkassen 1.737.310,4 Punkte für B II-Leistungen abgerechnet, die mit 6,91 Pf. bewertet waren, sodass sich ein Honorarvolumen für B II-Leistungen in Höhe von 120.048,15 DM ergab. Bei den Augenärzten waren es 37.330.814,0 Punkte mit einem Punktwert von 6,91 Pf. also 2.579.559,25 DM, bei den Chirurgen 17.588.494,9 Punkte zu 6,91 Pf. bzw. 1.215.365,00 DM, bei den Frauenärzten 33.484.110,4 Punkte zu 6,91 Pf. bzw. 2.313.752,03 DM, bei den HNO-Ärzten 19.647.082,5 Punkte zu 6,91 Pf. bzw. 1.357.613,40 DM, bei den Hautärzten 36.091.095,3 Punkte zu 6,91 Pf. bzw. 2.493.894,69 DM, bei den hausärztlichen Internisten 148.980.427,8 Punkte zu 8,71 Pf. bzw. 12.976.195,26 DM, bei den fachärztlichen Internisten 50.881.872,1 Punkte zu 5,70 Pf. bzw. 2.900.266,71 DM, bei den Kinderärzten 56.496.647,1 Punkte zu 8,71 Pf. bzw. 4.920.860,31 DM, bei den Lungenärzten 3.550.500,0 Punkte zu 5,30 Pf. bzw. 188.176,50 DM, bei den MKG-Chirurgen 384.400,0 Punkte zu

8,09 Pf. bzw. 31.097,96 DM, bei den Nervenärzten 22.970.452,4 Punkte zu 6,91 Pf. bzw. 1.587.258,26 DM, bei den Neurologen 3.465.229,3 Punkte zu 6,91 Pf. bzw. 239.447,34 DM, bei den Psychiatern 2.710.670,9 Punkte zu 6,91 Pf. bzw. 187.307,36 DM, bei den Orthopäden 56.753.673,0 Punkte zu 6,91 Pf. bzw. 3.921.678,80 DM, bei den ärztlichen Psychotherapeuten 1.301.000,0 Punkte zu 10,00 Pf. bzw. 130.000,00 DM, bei den Radiologen 2.095.100,0 Punkte zu 7,23 Pf. bzw. 151.475,73 DM, bei den Urologen 20.581.534,0 Punkte zu 6,91 Pf. bzw. 1.422.184,01 DM, bei den ärztlich geleiteten Einrichtungen 1.348.200,0 Punkte zu 6,20 Pf. bzw. 83.588,40 DM und bei den Dialyseeinrichtungen 4.857.900,0 Punkte zu 6,20 Pf. bzw. 301.189,80 DM. Addiert man die vorgenannten Punktzahlen und Honorarsummen, kommt man zu dem Ergebnis, dass die o.g. Arztgruppen zusammen im 1. Quartal des Jahres 1999 für B II-Leistungen an Versicherten der Regionalkassen 1.367.747.904,5 Punkte abgerechnet haben und dafür 112.763.356,70 DM erhalten haben, pro Punkt also durchschnittlich 8,24 Pf. ( 112.763.356,70 DM/ 1.367.747.904,5 Punkte). Zieht man davon 10 % ab, ergibt sich ein Betrag von 7,42 Pf. Die psychotherapeutischen Leistungen (Kapitel G IV EBM) wurden im Quartal 1/99 bei den Regionalkassen aber nur mit 7,00 Pf. vergütet und zwar auch nach der auf Grund der Vereinbarungen mit den Krankenkassen von 20. Mai bzw. 5. Oktober 1999 erfolgten Nachvergütung. Damit ist erkennbar, dass im Quartal 1/99 Regionalkassen die psychotherapeutischen Leistungen mit einem Punktwert vergütet wurden, der unter der Interventionsgrenze des Art.11 Abs.2 EG-PsychThG lag, sodass der Honorarbescheid insoweit rechtswidrig ist. Dies ergibt sich bereits unmittelbar aus der von der Beklagten erstellten Modellrechnung. Nach der Auffassung des Senats ist diese aber noch immer nicht ausreichend, weil hierbei die von Kinder- und Jugendlichenpsychiatern (616.100 Punkte), Neurochirurgen (2.011.200 Punkte), Nuklearmedizinern (497.200 Punkte), Ärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin (1.149.800 Punkte) und Notärzten (1.078.800 Punkte)erbrachten B II-Leistungen noch nicht mitberücksichtigt sind. Der Senat hat die entsprechenden ihm von der Beklagten mitgeteilten Punktzahlen und auch die sich unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 0,1 Pf. für die Notärzte bzw. 0,0773 Pf. für die übrigen Ärzte ergebenden Honorare hinzu- gerechnet, wodurch sich das B II-Punktvolumen auf 1.373.092.004,5 und das B II-Honorarvolumen auf 113.200.944,39 DM erhöhten. Eine Veränderung ergab sich dadurch beim durchschnittlichen B II-Punktwert im Quartal 1/99 Regionalkassen auf vier Stellen hinter dem Komma nicht. Bei den Ersatzkassen betrug nach der vorgenannten Berechnungsweise der durchschnittliche Punktwert der B II-Leistungen im Quartal 1/99 9,35 Pf.; 90 % davon sind 8,42 Pf. Ausgezahlt wurden für psycho- therapeutische Leistungen 8,92 Pf., sodass die Mindestgrenze des Art.11 Abs.2 EG-PsychThG eingehalten ist. Der Honorarbescheid für das Quartal 1/99 war deshalb bezüglich der Festsetzung des Regionalkassenhonorars aufzuheben.

Im Quartal 2/99 betrug der rechnerische Durchschnittspunktwert der B II-Leistungen bei den Regionalkassen 7,34 Pf., abzüglich 10 % ergeben sich 6,61 Pf. Der Punktwert der psychotherapeutischen Leistungen lag bei 6,84 Pf. und ist demnach nicht zu beanstanden. Dasselbe gilt für die Ersatzkassen im Quartal 2/99, wo der B II-Punktwert bei 9,04 Pf. (lt. KVB-Modellrechnung 9,05) lag. Nach Abzug von 10 % verbleiben 8,14 Pf ... Der Punktwert für die psychotherapeutischen Leistungen war 8,52 Pf.

Im Quartal 3/99 wurden die an Versicherten der Regionalkassen erbrachten Leistungen nach Kap. B II EBM mit durchschnittlich 7,51 Pf. pro Punkt vergütet. Davon 90 % sind 6,76 Pf ... Für psychotherapeutische Leistungen gab es 7,08 Pf. pro Punkt. Die Grenze des Art.11 Abs.2 EG-PsychThG wurde nicht unterschritten. Anders war es in diesem Quartal bei den Ersatzkasse. Hier belief sich der durchschnittliche Punktwert der B II-Leistungen nach der Modellrechnung der Beklagten auf 8,91 Pf.; davon 90 % sind 8,02 Pf. für psychotherapeutische Leistungen wurden nur 7,67 Pf. pro Punkt vergütet. Das Ersatzkassenhonorar 3/99 ist deshalb neu zu berechnen.

Im Quartal 4/99 lag der Punktwert der B II-Leistungen bei den Regionalkassen nach der Berechnung der Beklagten bei 8,39 Pf ... Rechnet man die von der Beklagten nicht berücksichtigten Arzt- gruppen hinzu, ergeben sich 8,38 Pf. abgerundet; abzüglich 10 % verbleiben 7,54 Pf. Der Punktwert der psychotherapeutischen Leistungen lag bei nur 7,15 Pf., sodass die Mindestgrenze des Art.11 Abs.2 EG-PsychThG unterschritten ist. Dasselbe gilt für den Ersatzkassenbereich. Hier lag der durchschnittliche rechnerische Punktwert der B II-Leistungen über alle Arztgruppen bei 8,89 Pf.; abzüglich 10 % verbleiben 8,00 Pf ... Der Punktwert der psychotherapeutischen Leistungen lag mit 7,99 Pf. - wenn auch geringfügig - darunter.

Im Ergebnis bedeutet das, dass das SG die Klagen gegen die Honorarbescheide des Jahres 1999 bezüglich der Quartale 1/99 Regionalkassen, 3/99 Ersatzkassen sowie 4/99 Regionalkassen und Ersatzkassen (mangels ausreichender Datengrundlage) zu Unrecht abgewiesen hat. Insoweit war das Urteil auf die Berufung der Klägerin aufzuheben. Im Übrigen war die Berufung zurückzuweisen.

Die Rechtsfolge dieser Verstöße ist nach Art.11 Abs.2 2.Halb- satz EG-PsychThG, dass die Vertragsparteien nach Abs.1, also die Beklagte und die vom Senat beigeladenen Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände, geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz zu treffen haben, also dafür Sorge tragen müssen, dass die Klägerin für ihre psychotherapeutischen Leistungen in den zu niedrig vergüteten Quartalen einen Punktwert erhält, der mindestens 90 % des durchschnittlichen Punktwertes der B II-Leistungen der jeweiligen Kassenart entspricht. Da der Gesetzgeber sich mit dieser Verpflichtung nicht allein an die Kassenärztliche Vereinigung, sondern an die Vertragsparteien des Gesamtvertrages wendet, waren die Krankenkassen zum Verfahren beizuladen. Auf welche Weise die Vertragsparteien die festgestellten Mängel beheben, sei es durch Erhöhung der Gesamtvergütung, sei es durch Umverteilung der Honoraranteile seitens der Beklagten, liegt in deren pflichtgemäßen Ermessen (vgl. BSG vom 28. April 2004, Az.: [B 6 KA 62/03 R](#)). Entscheidend ist dabei, dass die Grenze des Art.11 Abs.2 EG-PsychThG nicht unterschritten wird. Die Honorare der Klägerin für die Quartale 1/99 Regionalkassen, 3/99 Ersatzkassen sowie 4/99 Regionalkassen und Ersatzkassen sind auf dieser Grundlage neu zu berechnen.

Die Beklagte kann sich nicht darauf berufen, dass sie, wenn sie in allen Quartalen des Jahres 1999 sowohl im Regionalkassenbereich als auch im Ersatzkassenbereich jeweils den Punktwert für psychotherapeutische Leistungen auf 90 % des B II-Punktwertes festgesetzt hätte, per saldo weniger hätte zahlen müssen. Art.11 Abs.1 EG-PsychThG sieht zwar eine Höchstgrenze für die von den Kassen für psychotherapeutische Leistungen zu zahlende Gesamtvergütung vor. Bezüglich des Punktwertes ist eine Obergrenze aber nicht vorgegeben. Art.11 Abs.2 EG-PsychThG legt den Punktwert keineswegs auf exakt 90 % des B II-Punktwertes fest, sondern verbietet lediglich ein Unterschreiten dieses Wertes. Das Landesschiedsamt hat in seinem Beschluss vom 22. Juli 1999 den Punktwert der Ersatzkassen ebenfalls nicht auf 90 % des B II-Punktwertes festgelegt, sondern nur entschieden, dass der Punktwert für psychotherapeutische Leistungen den der B II-Leistungen nicht übersteigen dürfe. Ob diese Regelung rechtmäßig ist, kann der Senat dahingestellt sein lassen, weil diese Obergrenze nicht zum Tragen gekommen ist. Auch wenn aus der Sicht der Beklagten insgesamt mehr Honorare für psychotherapeutische Leistungen gezahlt wurden, als dies nach Maßgabe des Art.11 Abs.2 EG-PsychThG zwingend notwendig gewesen wäre, ergibt sich daraus für den einzelnen Psychotherapeuten keinesfalls ein Verlust seines Rechtsschutzbedürfnisses. Erstens ist der Gesamtbetrag der angeblich zu viel bezahlten Honorare gemessen an der Anzahl der abgerechneten Leistungen und an der Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychothera- peuten marginal und zweitens ist nicht ausgeschlossen, dass der einzelne Psychotherapeut gleichwohl in

einzelnen Quartalen weniger bekommen hat, als es ihm vom Gesetzes wegen zusteht, so wie im vorliegenden Fall.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs.1](#) und [4 SGG](#) in der vor dem 2. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl. BSG, [SozR 3-2500 § 116 Nr.24](#) S.115 ff.).

Der Senat sah keine Veranlassung, die Revision zuzulassen, da alle grundsätzlichen Fragen, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Verfassungsmäßigkeit des Art.11 EG-PsychThG vom BSG bereits umfassend geklärt sind ([SozR 3-2500 § 85 Nr.49](#)). Hinzukommt, dass es sich um eine übergangsrechtliche Vorschrift handelt, die bereits seit dem 31. Dezember 1999 außer Kraft ist. Im Übrigen ist der Begriff des rechnerischen Durchschnitts allgemein bekannt und wirft keine grundsätzlichen rechtlichen Probleme auf.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-05-18