

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
20. Januar 1999

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 46/97 R

1.,

2.,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

.....

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Südbaden,
Sundgaullee 27, 79114 Freiburg,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

beigeladen:

1. AOK Baden-Württemberg,
Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart,
2. Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg,
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim,
3. Innungskrankenkasse Baden-Württemberg,
Schlachthofstraße 3, 71636 Ludwigsburg,
4. Badische Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Steinhäuser Straße 14, 76135 Karlsruhe,
5. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
6. Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln,



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

7. AOK-Bundesverband,
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn,
8. Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,
9. Bundesverband der Innungskrankenkassen,
Friedrich-Ebert-Straße, 51429 Bergisch Gladbach,
10. Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel,
11. Bundesknappschaft,
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum,
12. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 20. Januar 1999 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Engelmann, die Richter Dr. Wenner und Kruschinsky sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. Birkner und Dr. Bluttner für Recht erkannt:

Auf die Revision der Kläger wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 9. April 1997 aufgehoben. Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückverwiesen.



Gründe:

I

Die Kläger sind in Gemeinschaftspraxis als Nervenarzt (Kläger zu 1) bzw Arzt für Psychiatrie (Kläger zu 2) tätig; der Kläger zu 1) führt die Zusatzbezeichnungen Psychotherapie/Psychoanalyse, der Kläger zu 2) die Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Gegen den Honorarbescheid der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) für das Quartal I/1993 legte der Kläger zu 1) Widerspruch ein und begründete ihn in erster Linie damit, daß der am 16. Juni 1993 rückwirkend zum 1. Januar 1993 beschlossene Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten eine unzumutbare Benachteiligung der Psychotherapeuten darstelle. Diese bildeten seit mindestens 13 Jahren die Gruppe in der Ärzteschaft mit den niedrigsten Überschüssen, da sie aufgrund von Zeit- und Personenbindung der Leistungen einen "Stundenlohn" erziele und über keinerlei Ausgleichsmöglichkeiten verfüge. Das Nettoeinkommen eines Vertragspsychotherapeuten habe bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) bei einer Arbeitszeit von 50 Wochenstunden mit ca 5200 DM monatlich deutlich unter dem Einkommensniveau der Ärzteschaft insgesamt gelegen. Als Folge des Wegfalls der Punktwertgarantie des HVM für psychotherapeutische Leistungen zum 1. Januar 1993 sei das Einkommen der Psychotherapeuten weiter abgesunken.

Die Beklagte wies den Widerspruch zurück. Sie legte dar, daß die bis zum 31. Dezember 1992 praktizierte Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen (u.a. Gebührennummern 860 bis 866 Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen/Ersatzkassengebührenordnung <BMÄ/E-GO>) nach Einzelleistungen mit einem Punktwert von 10,5 Pf im Primärkassenbereich bzw mit festen DM-Beträgen im Ersatzkassenbereich nach Inkrafttreten des GSG nicht habe fortgeführt werden können. Deren Honorierung habe in die budgetierte Gesamtvergütung einbezogen werden müssen. Die Vertreterversammlung habe beschlossen, diese Leistungen wie die große Mehrzahl der übrigen ärztlichen Leistungen mit dem allgemeinen, von der Mengenentwicklung abhängigen, schwankenden Punktwert zu honorieren. In Relation zu 1992 habe sich 1993 die Zahl der ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten von 110 bzw 114 auf 136 bzw 173 erhöht; die Zahl der Behandlungsfälle sei bei den ärztlichen bzw nichtärztlichen Psychotherapeuten um 20,9 % bzw 23,2 % gestiegen und das Honorar sei um 8,4 % bzw 5,2 % gegenüber dem Vorjahr gewachsen (Bescheid vom 20. Mai 1994).

Das Sozialgericht (SG) hat die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über den Honoraranspruch erneut zu entscheiden. Allerdings seien weder die punktzahlmäßige Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM-Ä) noch die Ausgestaltung der Honorarverteilung im HVM der Beklagten zu beanstanden.



Die Beklagte habe jedoch das aus Art 3 Abs 1 Grundgesetz (GG) abzuleitende Gleichbehandlungsgebot verletzt, indem sie den Punktwert für endoskopische Leistungen auf 10,5 Pf gestützt, eine entsprechende Schutzmaßnahme zugunsten der psychotherapeutischen Leistungen aber unterlassen habe. Für diese Ungleichbehandlung sei ein sachlicher Grund nicht erkennbar (Urteil vom 30. August 1995).

Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) dieses Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Der Bewertungsausschuß habe den ihm bei der Bewertung einzelner ärztlicher Leistungen zukommenden Gestaltungsspielraum im Hinblick auf die für psychotherapeutische Leistungen abzurechnenden Nrn 865, 870, 875 und 877 BMÄ/E-GO nicht verletzt. Die Entwicklung der Bewertungspunktzahlen lasse erkennen, daß der Bewertungsausschuß Korrekturen zugunsten der psychotherapeutisch tätigen Ärzte vorgenommen und die Leistungspositionen für mindestens 50minütige therapeutische Gespräche von 900 bzw 1000 Punkten auf inzwischen durchweg 1450 Punkte angehoben habe. Da die Gerichte in die Bewertungskompetenz des Bewertungsausschusses nur eingreifen könnten, wenn dieser bestimmte Leistungen gezielt und wider besseres Wissens zu niedrig bewerte und dabei bewußt eine ärztliche Minderheitengruppe benachteilige, lägen die Voraussetzungen für eine richterliche Bewertungskorrektur nicht vor.

Aus § 85 Abs 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ergebe sich nichts anderes, weil dort für die Ermittlung der Gesamtvergütung lediglich die Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen vorgeschrieben sei. Auch hinsichtlich der Erfüllung dieser Berücksichtigungspflicht müsse den Vertragspartnern ein Ermittlungs-, Erprobungs-, Umsetzungs- und Entscheidungszeitraum zugebilligt werden, der im Quartal I/1993 noch nicht abgeschlossen gewesen sei.

Ein subjektiv-rechtlicher Anspruch auf eine höhere Vergütung stehe den Klägern nicht zu. Ein solcher Anspruch könne nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nur in Frage kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an diesem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet sei. Dies könne weder generell noch hinsichtlich des Teilbereichs der psychotherapeutischen Versorgung festgestellt werden. Es sei im übrigen entgegen der Auffassung des SG unbedenklich, wenn sich die Beklagte an dem Ziel orientiert habe, bei der Festsetzung des HVM die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich aus Kostengründen im besonderen Maße zu fördern, und aus diesem Grund den Punktwert für endoskopische Leistungen gestützt habe, ohne zugleich auch den Punktwert für psychotherapeutische Leistungen zu stützen. Auch aus dem Vergleich mit den nach den Angaben der Kläger höheren Honoraren der sog Erstattungstherapeuten könnten sie



nichts für sich herleiten. Unabhängig davon, ob die Erstattungspraxis der Krankenkassen für psychotherapeutische Leistungen, die nicht von ärztlichen Psychotherapeuten oder durch Psychologen im Delegationsverfahren erbracht würden, rechtmäßig oder rechtswidrig sei, sei die Beklagte nicht verpflichtet, sich an das von einzelnen Krankenkassen geschaffene Vergütungsniveau zu halten. Das Gebot der Gleichbehandlung gelte nur innerhalb des Verantwortungsbereichs eines Hoheitsträgers, so daß das Verhalten einzelner Krankenkassen für die KÄV im Rahmen der ihr obliegenden Honorarverteilung nicht verbindlich sei (Urteil vom 9. April 1997).

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rügen die Kläger eine Verletzung des § 72 Abs 2 SGB V hinsichtlich des Gebotes der angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen sowie der Art 12 Abs 1 und 3 Abs 1 GG. Die Honorierung ihrer psychotherapeutischen Leistungen im streitbefangenen Quartal sei unangemessen niedrig. Aus § 72 Abs 2 SGB V ergebe sich ebenso wie mittelbar aus § 85 Abs 2 SGB V iVm Art 12 Abs 1 GG, daß jeder Vertragsarzt ein subjektives Recht auf angemessene Honorierung seiner Leistungen habe. Soweit das BSG dem Angemessenheitsgebot rein objektiv-rechtliche Bedeutung zumesse, werde das insbesondere den verfassungsrechtlichen Vorgaben nicht gerecht. Einer öffentlich-rechtlichen Leistungspflicht korrespondiere stets ein Rechtsanspruch auf angemessene Vergütung.

Nicht zu folgen sei auch der Auffassung des BSG, wonach eine Verletzung des Bewertungsspielraums des Bewertungsausschusses erst dann vorliege, wenn festzustellen sei, daß der Bewertungsausschuß einzelne Arztgruppen gezielt benachteiligt habe. Dieser Ansatz sei zu eng. Es bestünde kein Zusammenhang zwischen dem Anspruch des einzelnen Arztes auf angemessene Vergütung und den Intentionen des Bewertungsausschusses, die zudem schwer nachweisbar seien. Für den Arzt sei nicht maßgeblich, was der Bewertungsausschuß gewollt habe, sondern allein, wie die Leistungsbewertung erfolgt sei. Wenn diese zur Konsequenz habe, daß eine Arztgruppe ihre Leistungen sogar unterhalb des angemessenen Satzes der Kostendeckung erbringen müsse, habe der Bewertungsausschuß objektiv den ihm zuzubilligenden Spielraum verlassen.

Eine Beziehung der Angemessenheit der Vergütung zur Arbeitsleistung des einzelnen Arztes müsse auch dann hergestellt werden, wenn die Honorierung ihrer Art nach eine reine Vergütung der aufgewandten Arbeitszeit darstelle und Kosten im engeren Sinne nicht entstünden. Den Psychotherapeuten sei nicht zumutbar, für völlig unzureichende Stundenvergütungen zu arbeiten. Im übrigen sei der Klage selbst auf der Grundlage der Rechtsauffassung des BSG zum rein objektiv-rechtlichen Charakter des Gebotes der angemessenen Vergütung stattzugeben, weil die psychotherapeutische Versorgung im Quartal I/1993 tatsächlich gefährdet gewesen sei.



Aus dem Regelungsauftrag des § 72 Abs 2 SGB V folge, daß alle ärztlichen Einzelleistungen sowie das gesamte typische Leistungsspektrum einer Arztgruppe angemessen vergütet werden müßten. Beides sei hinsichtlich der psychotherapeutischen Leistungen nicht gewährleistet. Unzulässigerweise habe das Berufungsgericht in diesem Zusammenhang die Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit in die Prüfung der Angemessenheit der Vergütung einbezogen. Das sei nicht gerechtfertigt, weil die Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung unabhängig davon zu beurteilen sei, welche Einnahmen dem Arzt außerhalb seiner vertragsärztlichen Tätigkeit zufließen. Im übrigen hätten sie - die Kläger - bei den im Klage- und Berufungsverfahren vorgelegten Modellrechnungen den Anteil ihrer privatärztlichen Tätigkeit deutlich gemacht und die Praxiskosten nur auf den Anteil der Versicherten der Krankenkassen bezogen.

Die Unangemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen könne nicht mit dem Hinweis darauf in Zweifel gezogen werden, daß für die ärztliche Tätigkeit dieser Arztgruppe geringere Kosten als für andere ärztliche Tätigkeiten anfielen. Zunächst sei die Vorstellung, psychotherapeutische Tätigkeit sei völlig ohne Kosten zu erbringen, verfehlt. Kosten für die Miete von Praxisräumen, für die Beschäftigung zumindest einer Teilzeitbürokräft, für einen Kraftwagen, sowie für Fortbildung und technische Ausstattung der Praxis fielen selbstverständlich an. Im übrigen belegten sämtliche Praxiskosten- und Einkommensberechnungen sowohl der Beklagten als auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, daß schon die Umsätze der Psychotherapeuten deutlich unter der Marge der durchschnittlichen Einkommen niedergelassener Ärzte (Umsätze minus Praxiskosten) lägen. Selbst wenn die Psychotherapeuten keinerlei Praxiskosten hätten, könnten sie deshalb nicht einmal die durchschnittlichen Einkommen der übrigen Arztgruppen erzielen.

Die geringe Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen lasse sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung rechtfertigen, weil bei existenziellen Gefährdungen von Arztgruppen bzw offensichtlicher Unangemessenheit der Bewertungen dem Normgeber eine zeitlich relevante Erprobungsphase nicht zuzubilligen sei. Im übrigen seien die Psychotherapeuten nicht erst im Quartal I/1993, sondern bereits in der Zeit davor durch die Regelungen im EBM-Ä massiv benachteiligt worden. Der Anspruch des einzelnen Arztes auf angemessene Vergütung seiner Leistungen erschöpfe sich nicht darin, zur Kenntnis zu nehmen, daß die maßgeblichen Gebührenordnungen im Laufe der Jahre mehr oder weniger geringfügig korrigiert worden seien.

Im übrigen habe sich das LSG nicht hinreichend damit auseinandergesetzt, daß durch die HVM-Gestaltung seitens der Beklagten die in zwei Reformschritten zwischen 1994 und 1996 durch den Bewertungsausschuß angestrebte Verbesserung der Honorierung psychotherapeutischer Leistungen unterlaufen worden sei. Besonders nachteilig habe sich ausgewirkt, daß die Beklagte ab dem Quartal 2/94 die personengebundenen und zeitintensiven Leistungen der Hausärzte durch Bildung eines gesonderten Hausarzttopfes ge-



stützt habe, eine entsprechende Stützungsmaßnahme für die ebenfalls personengebundenen und zeitintensiven psychotherapeutischen Leistungen aber nicht vorgenommen, sondern diese Leistungen dem jeweiligen Facharzttopf zugerechnet habe. Das habe zur Folge gehabt, daß alle Facharztgruppen durch vermehrte Leistungsabrechnung ihre Umsätze zumindest nominal hätten stabil halten können, während die Psychotherapeuten statt der minimalen Verbesserung durch die EBM-Reform des Jahres 1994 noch weit gravierendere Umsatzeinbußen als schon im Quartal I/1993 hätten hinnehmen müssen. Auch die zum 1. Januar 1996 in Kraft getretene "große EBM-Reform", die zu einer Punktzahlenhebung um über 50 % gegenüber 1992 geführt habe, werde durch die HVM-Gestaltung der Beklagten idF der Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 25. März 1997 ins Gegenteil verkehrt, weil im Bereich der Psychotherapie ein weiterer Zustrom von Leistungserbringern wegen des Fehlens einer Bedarfsplanung zu verzeichnen sei, und der beschlossene Interventionspunktwert von 6 Pf ein Einkommen lediglich unter dem Niveau der schlechtesten Quartalsumsätze der Jahre 1994 und 1995 garantiere.

Die Psychotherapeuten stellten sowohl auf Bundesebene wie auf der Ebene der einzelnen KÄVen eine Minderheitengruppe dar, die tatsächlich benachteiligt werde. Deshalb sei es notwendig, durch gerichtliche Entscheidungen auch dieser Arztgruppe ein Minimum an Honorargerechtigkeit zukommen zu lassen. Dafür sei die Stützung des Punktwertes seitens der KÄV ein angemessener und im Hinblick auf die tatsächlich durchgeführten Stützungsmaßnahmen für andere ärztliche Leistungsbereiche (zB Endoskopie) gangbarer Weg.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 9. April 1997 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 30. August 1995 zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie weist darauf hin, daß sich die Praxiskosten der psychotherapeutisch tätigen Ärzte grundlegend von denen anderer Arztgruppen unterscheiden. Bei den Psychotherapeuten bestehe ein bestimmter Kostenblock, der vom Umfang der erbrachten Leistungen weitgehend unabhängig sei. Bei zunehmender Leistungserbringung werde deshalb ein erheblich günstigerer prozentualer Kostensatz erzielt, was wiederum verdeutliche, daß die Angemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen untrennbar mit der Frage des zumutbaren Arbeitseinsatzes des Praxisinhabers verbunden sei.

Soweit ihr - der Beklagten - vorgehalten werde, sie habe die psychotherapeutischen Leistungen nicht angemessen gestützt, sei das nicht gerechtfertigt. Ein Verstoß gegen den



Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung liege gerade nicht vor, weil die psychotherapeutischen Leistungen nach § 7 Abs 7 Nr 7 HVM genauso wie alle anderen Leistungen vergütet würden. Das Verlangen nach einer Sonderbehandlung sei nicht begründet. Im übrigen sei sehr zweifelhaft, ob eine KÄV berechtigt und verpflichtet sei, mögliche (unterstellte) Fehlbewertungen des Bewertungsausschusses durch Stützmaßnahmen zu Lasten anderer ärztlicher Leistungen zu kompensieren. Dies sei jedenfalls unter den Gegebenheiten einer budgetierten Gesamtvergütung zu verneinen. Auch die Psychotherapeuten könnten bei dem ihnen zumutbaren persönlichen Arbeitseinsatz noch eine angemessene Vergütung erzielen.

Die Beigeladenen zu 1), 5), 9) und 12) beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Sie verweisen auf den weiten Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses und stimmen dem Berufungsgericht zu, soweit ein Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG verneint worden sei.

Die Beigeladenen zu 6) und 8) stimmen dem Vorbringen der Beklagten sowie dem angefochtenen Urteil im Ergebnis zu.

II

Die Revision der Kläger hat im Sinne der Zurückverweisung des Rechtsstreits an das Berufungsgericht Erfolg (§ 170 Abs 2 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz <SGG>). Dessen Feststellungen ermöglichen keine abschließende Beurteilung, ob der angefochtene Honorarbescheid der Beklagten rechtmäßig ist.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal I/1993 idF des Widerspruchsbescheides vom 20. Mai 1994. Während der Honorarbescheid auch den Honoraranspruch der Kläger für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen regelt, bezieht sich der Widerspruchsbescheid nur auf den Primärkassenbereich. Das ergibt sich zwar nicht aus dem Tenor dieses Bescheides, aber - mit hinreichender Deutlichkeit - aus seiner Begründung. In ihr heißt es, der Vorstand der KÄV Südbaden gehe davon aus, daß sich der Widerspruch lediglich auf die Primärkassenabrechnung iVm dem HVM beziehe. Das haben die Kläger im Klageverfahren als "unzulässige" Beschränkung des Widerspruchsbescheides gerügt, ohne daß daraus jedoch Konsequenzen für das Verfahren gezogen worden sind.

Im Hinblick auf die Besonderheiten der Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im ersten Quartal 1993 ist eine Widerspruchsentscheidung hinsichtlich des Honorars der Klä-



ger im Ersatzkassenbereich nicht entbehrlich. Die zitierte Wendung im Widerspruchsbescheid der Beklagten nämlich legt die Annahme nahe, daß die Honorierung der ärztlichen Leistungen für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen in diesem Quartal noch nicht nach Maßgabe eines von der KÄV als Satzung zu erlassenden HVM erfolgt ist, weil die Ersatzkassen erst zum 1. Januar 1993 durch das GSG in das Gesamtvergütungssystem einbezogen worden sind (vgl BSG SozR 3-2500 § 95 Nr 9 S 34). Da die Beklagte im Klage- und Berufungsverfahren zu den rechtlichen Grundlagen der Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Ersatzkassenbereich im Quartal I/1993 nicht Stellung genommen hat, kann dahinstehen, ob eine entsprechende Einlassung in Verbindung mit dem Antrag auf Klageabweisung einen Widerspruchsbescheid ersetzen könnte (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 6. Aufl 1998, § 78 RdNr 3c, 3d mwN). Die Aussetzung des Verfahrens zum Zwecke des Erlasses eines (ergänzenden) Widerspruchsbescheides ist in der Revisionsinstanz nicht möglich. Der Rechtsstreit ist daher auch zu diesem Zweck an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

Auch soweit sich die angefochtenen Honorarbescheide auf den Primärkassenbereich beziehen, ist dem Senat keine abschließende Entscheidung möglich, ob die Kläger einen Anspruch auf höhere Vergütung der von ihnen erbrachten psychotherapeutischen Leistungen haben.

Kein Streit besteht zwischen den Beteiligten darüber, daß sich die Beklagte bei der Honorarfestsetzung an die in ihrem HVM für die Verteilung der Gesamtvergütung getroffenen Regelungen gehalten und die Vergütung der Kläger auf der Grundlage der im EBM-Ä für die abgerechneten Leistungen festgelegten Punktzahlen und der sich im Rahmen der Honorarverteilung ergebenden Punktwerte korrekt berechnet hat. Die Angriffe der Revision richten sich gegen die punktzahlmäßige Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen im EBM-Ä sowie gegen die für die Honorarverteilung im streitbefangenen Quartal maßgeblichen Regelungen im HVM. Beide Regelungskomplexe halten die Kläger für rechtswidrig, weil sie in ihrem Zusammenwirken zur Folge hätten, daß die psychotherapeutischen Leistungen unangemessen niedrig honoriert würden. Soweit sich die Angriffe der Revision gegen die punktzahlmäßige Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen im EBM-Ä richten, sind sie nicht gerechtfertigt. Im Hinblick auf die weitere Rüge einer fehlerhaften Honorarverteilung seitens der Beklagten bedarf es zur Entscheidung darüber noch näherer Feststellungen des Berufungsgerichts.

Die punktzahlmäßige Bewertung der für die psychotherapeutischen Leistungen abrechenbaren Leistungspositionen des Abschn G IV des EBM-Ä in der im 1. Quartal 1993 geltenden Fassung ist nicht zu beanstanden. Betroffen sind nach dem Vorbringen der Kläger in erster Linie die Leistungen nach den Nrn 865 EBM-Ä (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis zu 25 Sitzungen - Kurzzeittherapie -, je Sitzung - Dauer mindestens 50 Minuten), 875 EBM-Ä (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbe-



handlung, je Sitzung - Dauer mindestens 50 Minuten) sowie 877 EBM-Ä (analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung, je Sitzung - Dauer mindestens 50 Minuten). Diese Leistungen waren im Quartal I/1993 mit 900 Punkten (Nr 865 EBM-Ä) bzw 1000 Punkten (Nr 875, 877 EBM-Ä) bewertet. Nach den für die Prüfung der Rechtmäßigkeit der punktzahlmäßigen Bewertung einzelner ärztlicher Leistungen in den Bewertungsmaßstäben entwickelten Prüfungsmaßstäben sind diese Bewertungen nicht zu beanstanden.

Der Gesetzgeber hat die Aufgabe, einen einheitlichen Bewertungsmaßstab als ein für alle Kassenarten verbindliches Leistungsverzeichnis zu erstellen, dem paritätisch aus Vertretern von Vertragsärzten und Krankenkassen zusammengesetzten Bewertungsausschuß übertragen. Diesem obliegt es nach § 87 Abs 2 SGB V, den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festzulegen (Satz 1 aaO) und den Bewertungsmaßstab in bestimmten Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen (Satz 2 aaO). Durch die personelle Zusammensetzung des Bewertungsausschusses und den vertraglichen Charakter der Bewertungsmaßstäbe soll gewährleistet werden, daß die unterschiedlichen Interessen der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und auf diese Weise eine sachgerechte Abgrenzung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Das vom Bewertungsausschuß erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Den Gerichten ist es deshalb verwehrt, eine im EBM-Ä vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen, abweichenden Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistung und der Angemessenheit der Vergütung nicht entspricht. Das gilt auch dann, wenn sich diese Vorstellungen auf betriebswirtschaftliche Gutachten gründen, in denen eine günstigere Bewertung gefordert wird. Der im Bewertungsausschuß herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordert die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Es kann deshalb, wie der Senat wiederholt bekräftigt hat, nicht Aufgabe der Gerichte sein, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Etwas anderes kann nur in den Fällen gelten, in denen sich zweifelsfrei feststellen läßt, daß der Bewertungsausschuß seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz mißbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitengruppe bei der Honorierung benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. Von solchen oder ähnlichen Fällen abgesehen, in denen die Überschreitung der Grenzen normativen Ermessens rechtlich faßbar wird, haben auch die Gerichte die Regelungen des EBM-Ä als für sie maßgebend hinzunehmen (BSGE 79, 239, 245 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 53; BSGE 78, 98, 107 = SozR 3-2500 § 87 Nr 12 S 43;



BSG SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1 S 1 und 4). Eine Ausnahmefall in dem zuvor genannten Sinne liegt nicht vor.

Der EBM-Ä enthält zahlreiche Leistungspositionen, nach denen im wesentlichen oder ausschließlich der Einsatz der persönlichen ärztlichen Arbeitskraft für einen bestimmten Zeitraum honoriert wird, währenddessen andere abrechenbare Leistungen nicht erbracht werden können. Der Vergleich der Bewertung dieser Leistungspositionen mit den ebenfalls ausschließlich zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen nach den Nrn 865, 875 und 877 EBM-Ä zeigt, daß für eine Diskriminierung gerade der psychotherapeutischen Tätigkeit seitens des Bewertungsausschusses keine Anhaltspunkte bestehen. Eine Benachteiligung der Gruppe der psychotherapeutisch tätigen Nervenärzte, zu denen der Kläger zu 1) gehört, kommt von vornherein nicht in Betracht, weil die Leistungen nach Abschnitt G IV des EBM-Ä nicht einer bestimmten Arztgruppe vorbehalten sind, sondern von allen Ärzten erbracht und abgerechnet werden können, die ihrer KÄV gegenüber die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnungen "Psychotherapie" bzw "Psychoanalyse" nachgewiesen haben (vgl § 2 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung vom 20. September 1990 <Psychotherapie-Vereinbarung>, die vom 1. Oktober 1990 bis zum 31. Dezember 1998 in Kraft war <§ 17 der Psychotherapie-Vereinbarung vom 7. Dezember 1998, DÄ 1998, A 3315>).

Nach Nrn 40/41 EBM-Ä in der im 1. Quartal 1993 geltenden Fassung wird das Verweilen eines Arztes am Krankenbett ohne andere berechnungsfähige Leistungen, soweit es aus medizinischen Gründen wegen der Erkrankung des Patienten erforderlich ist, je halbe Stunde bei Tage mit 200 und bei Nacht mit 400 Punkten honoriert. Addiert auf eine volle Stunde, ergeben sich Stundensätze von 400 Punkten bei Tag und 800 Punkten bei Nacht, zwar ohne Erbringung spezieller ärztlicher Leistungen, aber bei ausschließlicher Inanspruchnahme der ärztlichen Arbeitskraft. Ein vergleichbarer Befund ergibt sich hinsichtlich der Leistungslegenden der Nrn 95 bis 98 EBM-Ä. Nach Nr 95 wird eine Operation von mehr als 30 Minuten Dauer, bei der eine Assistenz (nicht notwendig eines Arztes) erforderlich ist, mit 1200 Punkten honoriert. Mit diesen 1200 Punkten sind sowohl die Personalkosten des Assistenten wie das gebietsspezifische Standardinstrumentarium im Bereich der Sachkosten abgegolten. Bei Annahme eines Kostenanteils von etwa zwei Dritteln verbleiben dem Arzt danach für eine 30minütige Operation 400 Punkte als Honorar für die ärztliche Leistung, entsprechend 800 Punkte, wenn der Eingriff eine Stunde dauert, aber keine ärztliche Assistenz erfordert. Diese Bewertung bleibt um 200 Punkte hinter der mit 1000 Punkten bewerteten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als Einzelbehandlung (Nr 875 EBM-Ä) zurück. Damit wird auch dem Umstand Rechnung getragen, daß bei einem operativen Behandlungsfall neben der ausschließlich zeitabhängig honorierten eigentlichen Operationsleistung regelmäßig noch andere ärztliche Leistungen anfallen, während neben den psychotherapeutischen Gesprächsleistungen nur wenige, wirtschaftlich nicht ins Gewicht fallende Leistungen abrechenbar sind. Eine vergleichbare Be-



wertungsrelation ergibt sich bei Analyse der Nr 96 EBM-Ä, die für eine Operation von der Dauer von mehr als einer Stunde bei der notwendigen Assistenz eines anderen Arztes sowie ua bei besonderem apparativen Aufwand abrechenbar ist. Aus den dafür festgesetzten 2500 Punkten muß neben dem praxisüblichen Kostenanteil die Arbeitszeit von zwei qualifizierten Ärzten für mehr als eine Stunde honoriert werden. Das Honorar für die ärztliche Arbeitsstunde entspricht dabei etwa dem, was ein ohne Assistent und ohne praxispezifischen besonderen apparativen Aufwand arbeitender Psychotherapeut erhält.

Weiterhin zeigt die Honorierung der der Psychotherapie strukturell verwandten psychosomatischen Behandlung, daß dem EBM-Ä in der im Quartal I/1993 geltenden Fassung die Vorstellung zugrunde liegt, die ärztliche Behandlungsstunde ohne speziellen apparativen Aufwand generell mit ca 1000 Punkten zu bewerten. Die nach Nr 851 EBM-Ä abrechenbare verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patient-Interaktion je Sitzung (Dauer mindestens 20 Minuten) ist mit 300 Punkten bewertet; die Leistungslegende ist nur erfüllt, wenn der Arzt selbst das Gespräch mit dem Patienten tatsächlich über 20 Minuten führt, wobei Zeiten, in denen der Arzt eine andere abrechnungsfähige Leistung erbracht hat oder in denen sich allein Hilfskräfte mit dem Patienten beschäftigen, nicht einzurechnen sind (Wezel/Liebold, BMÄ, E-GO, GOÄ, Komm, Stand Juli 1992, Anm zu Nr 851 BMÄ). Im übrigen ist von Bedeutung, daß der für die psychotherapeutischen Leistungen eines Vertragsarztes maßgebliche Abschn G IV des EBM-Ä neben der Einzeltherapie auch gruppentherapeutische Leistungen für abrechenbar erklärt (Nrn 876, 878 EBM-Ä). Danach erhält der Psychotherapeut bei Behandlungsgruppen zwischen sechs und neun Teilnehmern bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten 350 Punkte je Teilnehmer und Sitzung. Bei einer Gruppenstärke von acht Teilnehmern sind danach für 100 Minuten ärztlicher Behandlung 2800 Punkte (Stand 1993) abrechenbar, unter Einrechnung notwendiger kurzer Pausen pro Behandlungsstunde also zumindest 1400 Punkte. Bei einer entsprechenden Mischung von Einzel- und Gruppentherapie hat das zur Konsequenz, daß auch ein ausschließlich psychotherapeutischer Arzt im Schnitt pro Stunde mehr als 1000 Punkte abrechnen kann. Es begegnet keinen rechtlichen Bedenken, wenn der Normgeber des EBM eine gewisse Mischkalkulation hinsichtlich der Bewertung von einzel- und gruppentherapeutischen Behandlungen vornimmt, möglicherweise, um gewisse Anreize zu setzen, auch gruppentherapeutische Behandlungen bei entsprechender medizinischer Indikation durchzuführen, und weil er ggf davon ausgeht, daß in einer typischen psychotherapeutisch arbeitenden Praxis beide Behandlungsformen angeboten werden.

Schließlich ist der Bewertungsausschuß seiner aus § 87 Abs 2 SGB V abzuleitenden Beobachtungs- und ggf Korrekturpflicht (vgl dazu BSG SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1 S 5) nachgekommen. Die Bewertung der psychotherapeutischen Einzelbehandlung von mindestens 50minütiger Dauer ist von 900 bzw 1000 Punkten seit dem Jahr 1992 auf durchweg 1100 Punkte im Jahre 1994 und weiter auf 1450 Punkte im Jahre 1996 verbessert worden



(Nrn 871, 872, 877 EBM-Ä). Die Bewertung der Gruppenbehandlung nach Nr 874/878 EBM-Ä ist von 350 Punkten (1992) auf 450 Punkte pro Teilnehmer (1996) verbessert worden. Auch die derzeit geltende, im wesentlichen zum 1. Juli 1997 in Kraft getretene Fassung des EBM-Ä gibt der Vermutung einer gravierenden Schlechterbewertung der psychotherapeutischen Leistungen keine Grundlage. Vielmehr korrespondiert die Bewertung der für die Psychotherapie zentralen Leistungen nach den Nrn 871, 872, 877 und 881 EBM-Ä (Verhaltenstherapie) mit 1450 Punkten für eine 50minütige Behandlung genau der Bewertung anderer zeitabhängiger ärztlicher Behandlungsleistungen. So ist das therapeutische hausärztliche Gespräch mit einer Dauer von mindestens 10 Minuten nach Nr 10 EBM-Ä ebenso mit 300 Punkten bewertet wie die mindestens gleich lange Diagnostik einer psychischen Krankheit durch hausärztliches Gespräch nach Nr 11 EBM-Ä und wie die intensive ärztliche Beratung bei lebensbedrohenden Erkrankungen nach Nr 17 EBM-Ä. Bei maximal fünf solchen Beratungsgesprächen pro Stunde kann der Vertragsarzt 1500 Punkte abrechnen; nehmen zwei Beratungen jeweils mehr als 30 Minuten in Anspruch, gelangen unter Einbeziehung des Zuschlags nach Nr 18 EBM-Ä nur 1200 Punkte zur Abrechnung. Das läßt erkennen, daß den Bewertungen ärztlicher Gesprächsleistungen die Konzeption zugrunde liegt, eine Diagnose- bzw Therapiestunde mit ca 1400 bis 1500 Punkten zu veranschlagen, was bei einem der damaligen Kalkulation zugrunde gelegten Punktwert von 10 Pf zur Honorierung einer ärztlichen Behandlungsstunde von 50minütiger Dauer mit ca 150 DM führt. Dieser Betrag wird nach den in den Akten enthaltenen Stellungnahmen auch von den Verbänden der Psychotherapeuten nicht für unangemessen niedrig gehalten. Daß zumindest zum Zeitpunkt der Entscheidung des Senats für die Mehrzahl der ärztlichen Leistungen ein Punktwert von 10 Pf weder im Zuständigkeitsbereich der Beklagten noch im Bereich einer anderen KÄV im Bundesgebiet tatsächlich zur Auszahlung gelangt ist, führt nicht dazu, daß die punktzahlmäßige Bewertung der einzelnen Leistungen durch den Bewertungsausschuß fehlerhaft wird.

Da die punktzahlmäßige Bewertung der von den Klägern abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen nicht zu beanstanden ist, hängt die Rechtmäßigkeit des angefochtenen Honorarbescheides davon ab, ob die im HVM der Beklagten im streitbefangenen Quartal vorgeschriebene Honorierung (auch) der zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen mit dem allgemeinen Punktwert mit höherrangigem Recht im Einklang steht. Das vermag der Senat auf der Grundlage der Feststellungen des LSG nicht abschließend zu beurteilen.

Die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den nach der gefestigten Rechtsprechung des Senats die KÄVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind. Danach sind die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten. Der normsetzenden Körperschaft verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigt.



tigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (grundlegend BSGE 73, 131, 135 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 23 f; zuletzt Urteil vom 9. September 1998 - B 6 KA 55/97 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). In der bisherigen Rechtsprechung des Senats haben die unter den angeführten Gründen gebilligten Abweichungen vom Gebot der leistungsproportionalen Verteilung zu einer punktwertmäßig schlechteren Honorierung von bestimmten ärztlichen Leistungen oder von Leistungen bestimmter Arztgruppen in Relation zum allgemeinen Punktwert geführt. Hier machen die Kläger demgegenüber geltend, gerade die Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen mit dem allgemeinen Punktwert sei verfehlt, weil den diese Leistungen erbringenden Ärzten ein Rechtsanspruch auf einen höheren bzw zumindest einen garantierten Punktwert zustehe. Als Rechtsgrundlage kommt insoweit das aus Art 12 Abs 1 GG iVm Art 3 Abs 1 GG abzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl dazu BSGE 73, 131, 139, 140 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 29; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 24 S 168) in Betracht. Diesem ist ein Differenzierungsgebot immanent, dem die Beklagte durch die strikte Gleichbehandlung der psychotherapeutischen mit allen übrigen vertragsärztlichen Leistungen möglicherweise nicht hinreichend Rechnung getragen hat.

Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, daß eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern genauso das Gebot sachgerechter Differenzierung bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Zwei Gruppen, die sich in verschiedener Lage befinden, dürfen nur bei Vorliegen zureichender Gründe gleichbehandelt werden (BVerfGE 17, 337, 354), und es ist mit Art 3 Abs 1 GG unvereinbar, Ungleiches gegen ein zwingendes Gebot gleich zu behandeln (BVerfGE 13, 46, 53; 84, 133, 158, vgl näher Senatsurteile vom 21. Oktober 1998, ua B 6 KA 71/97 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Das dem Gleichheitssatz innewohnende Differenzierungsgebot kann verletzt sein, wenn die Honorierung aller ärztlicher Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führt, die wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen die Leistungsmenge - im Unterschied zu anderen Arztgruppen - nicht ausweiten kann.

Der Senat hat mit Urteilen vom 9. September 1998 - ua B 6 KA 55/97 R - entschieden, daß die KÄVen grundsätzlich berechtigt sind, für bestimmte Leistungen (hier: CT und MRT-Leistungen) eigene Honorarkontingente vorzusehen. Das kann zur Folge haben, daß die in diesen "Honorartopf" fallenden Leistungen bei entsprechender Mengenentwick-



lung mit einem niedrigeren Punktwert honoriert werden als die übrigen ärztlichen Leistungen. Die KÄV muß aber Korrekturmaßnahmen ergreifen, wenn davon Leistungen betroffen sind, auf deren Menge die leistungserbringenden Ärzte wegen ihrer Auftragsgebundenheit keinen nennenswerten Einfluß nehmen können, und wenn der Punktwert für die "eingetopften" Leistungen über einen längeren Zeitraum hinweg signifikant unter den Punktwert für den größten Teil der übrigen ärztlichen Leistungen absinkt. Ärzte, die ausschließlich zeitabhängige Gesprächs- und Behandlungsleistungen erbringen, befinden sich insoweit in einer der den ausschließlich auftragsabhängig arbeitenden Ärzten vergleichbaren Situation, als sie den Umfang ihrer Leistungen nur sehr eingeschränkt steigern können. Während bei den auftragsabhängigen Ärzten die Menge der abgerechneten Leistungen vom Überweisungsverhalten der anderen Ärzte abhängt, bildet bei den ausschließlich zeitabhängig honorierten Ärzten die eigene Arbeitskapazität eine nicht mehr zu überschreitende Grenze.

Wenn es zutrifft, wie in den von den Klägern zu den Akten gereichten Gutachten dargelegt wird und tatrichterlich noch näher überprüft werden müßte, daß die persönliche Belastungsgrenze eines wirtschaftlich arbeitenden Psychotherapeuten mit der Erbringung von 35 zeitabhängigen Leistungen nach den Nrn 865, 875, 877 EBM-Ä in der 1993 geltenden Fassung pro Woche erreicht ist, kann ein solcher Arzt auf einen Punktwertverfall nicht mit der Vermehrung der abrechenbaren Leistung reagieren. Jeder Punktwetrückgang führt für einen in diesem Sinne voll ausgelasteten Psychotherapeuten zu einem Umsatzrückgang, der bei einem starken Punktwertverfall ein existenzbedrohendes Ausmaß erreichen kann. In einer solchen Situation kann eine Verpflichtung der KÄV bestehen, den Punktwert für zeitabhängige Leistungen einer Arztgruppe, die ausschließlich solche Leistungen erbringt, auf einem bestimmten Niveau zu stützen, um auf diese Weise zu verhindern, daß die Chancen dieser Arztgruppe, Gewinne aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit zu erzielen, nachhaltig hinter den entsprechenden Möglichkeiten aller anderen Arztgruppen zurückbleiben. Ohne daß insoweit derzeit eine Grenze der maximal zulässigen Abweichung zwischen den einzelnen Arztgruppen vorgegeben werden könnte, besteht eine Handlungspflicht der KÄV jedenfalls, wenn über einen längeren Zeitraum hinweg der vertragsärztliche Umsatz von voll ausgelasteten und wirtschaftlich arbeitenden ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten, soweit sie ganz überwiegend zeitabhängige und seitens der Krankenkasse genehmigungsbedürftige (vgl. Abschnitt F II.1. der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie vom 23. Oktober 1998, DÄ 1998, C 3309) Leistungen nach den Nrn 871 ff EBM-Ä erbringen, erheblich sogar hinter dem durchschnittlichen Praxisüberschuß (Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzüglich Praxiskosten) vergleichbarer Arztgruppen wie zB der Psychiater zurückbleibt.

Es mag unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten unbedenklich sein, daß die Praxiserträge aus vertragsärztlicher Tätigkeit zwischen einzelnen Arztgruppen differieren, etwa



weil in bestimmten Arztgruppen ganz unterschiedlich strukturierte Praxen zusammengefaßt werden. Die Chancen, aus einer mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit Einkommen zu erzielen, dürfen jedoch nicht so stark voneinander abweichen, daß eine Arztgruppe existenzfähige Praxen nicht mehr führen kann. Die der KÄV gesetzlich übertragene Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 75 Abs 1 SGB V) umfaßt alle Bereiche der vertragsärztlichen Tätigkeit, und kraft ihres Sicherstellungsauftrags ist die KÄV (auch) im Rahmen der Honorarverteilung gehalten, einer massiven Benachteiligung der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten entgegenzuwirken. Das gilt jedenfalls - worüber hier allein zu entscheiden ist -, solange der für die Honorierung der Leistungen dieser Ärzte zur Verfügung stehende Anteil der Gesamtvergütung durch den HVM der einzelnen KÄV bestimmt wird und das Ausgabevolumen nicht unmittelbar durch das Gesetz selbst festgelegt ist. Letzteres ist gemäß Art 11 Abs 1 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 (BGBl I, 1311) hinsichtlich der ab dem 1. Januar 1999 erbrachten psychotherapeutischen Leistungen der Fall. Soweit der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen geltende Punktwert den für die Vergütung der Leistungen nach Abschnitt B II des EBM-Ä geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der beteiligten Krankenkassen um mehr als 10 vH unterschreitet, haben nach Art 11 Abs 2 dieses Gesetzes die Parteien des Gesamtvertrages nach § 82 Abs 2 SGB V und nicht allein die KÄV geeignete Maßnahmen zur Behebung der Punktwertdifferenz zu treffen. Die KÄV kann zu Punktwertkorrekturen im Rahmen der Honorarverteilung nur verpflichtet sein, soweit sie durch HVM-Regelungen (auch) Einfluß auf die Höhe des für bestimmte Leistungen und/oder bestimmte Arztgruppen zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsanteils hat.

Bezugspunkt für die Prüfung einer unangemessenen Benachteiligung der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte durch die Honorarverteilung einer KÄV kann nicht der durchschnittliche Umsatz psychotherapeutischer Praxen sein. Die von den Klägern dazu im Klage- und Berufungsverfahren vorgelegten und vom LSG teilweise ausgewerteten Unterlagen deuten darauf hin, daß zahlreiche psychotherapeutische Praxen Umsätze erzielen, die von vornherein Zweifel daran wecken, ob insoweit der oder die Praxisinhaber mit ihrer vollen Arbeitskraft vertragsärztlich tätig sind bzw sein wollen. Zwar wird es sog "Teilzeitpraxen" in zahlreichen Arztgruppen und nicht nur bei den psychotherapeutisch tätigen Ärzten geben, doch setzt in den meisten ärztlichen Fachgebieten die Notwendigkeit erheblicher Investitionen in apparativer, persönlicher und räumlicher Hinsicht den Möglichkeiten, mit Aussicht auf wirtschaftlichen Erfolg eine vertragsärztliche "Teilzeitpraxis" zu führen, enge Grenzen. Insoweit liegen die Dinge hinsichtlich der psychotherapeutischen Tätigkeit anders, weil hier nach den Angaben der Beteiligten lediglich eine minimale Infrastruktur (ein Raum, Bürohilfskraft für wenige Stunden) erforderlich ist, um eine Praxis führen zu können. Maßstab für die Vergleichsprüfung kann deshalb nur eine psychothera-



peutische Praxis sein, in der der oder die Praxisinhaber jeweils mit ihrer vollen Arbeitskraft und einem zeitlichen Einsatz, der demjenigen der Ärzte anderer Arztgruppen - wie etwa der Psychiater oder der Allgemeinmediziner - vergleichbar ist, vertragsärztlich tätig sind.

Hinsichtlich der zu berücksichtigenden Praxiskosten wird sich die Vergleichsprüfung an dem durchschnittlichen Kostenaufwand solcher Praxen zu orientieren haben, wobei weder der Minimalstandard ("Wohnzimmerpraxis") noch eine von den Notwendigkeiten der psychotherapeutischen Behandlung her nicht gebotene Luxusausstattung hinsichtlich der sächlichen und personellen Mittel heranzuziehen ist. Grundsätzlich darf sich die KÄV insoweit an den in Teil B Anl 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä im Rahmen der Berechnung der KÄV-bezogenen Fallpunktzahlen für das Praxisbudget festgesetzten durchschnittlichen Praxiskostensätzen orientieren. Diese betragen ab dem 1. Juli 1999 für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte sowie für Ärzte für psychotherapeutische Medizin 40,2 % des Umsatzes aus vertragsärztlicher Tätigkeit und für die psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 39,5 % des vertragsärztlichen Umsatzes (Beschuß des Bewertungsausschusses vom 9. Dezember 1998, DÄ 1999, C-49). Zu den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten, die seit dem 1. Januar 1999 zusammen mit den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten und den psychologischen Psychotherapeuten eine eigene Arztgruppe iS des § 101 Abs 2 SGB V bilden (§ 101 Abs 4 Satz 1 SGB V idF des Art 2 Nr 13 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 <BGBl I, 1311>), rechnet der EBM-Ä 1997 solche Ärzte, die mindestens 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschn G IV des EBM-Ä erzielen; es ist nicht zu beanstanden, wenn sich die KÄV bei der Prüfung, ob ggf der Punktwert für die zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen auf einen bestimmten Wert gestützt werden muß, an dieser Grenzziehung orientiert.

Die Feststellungen des Berufungsgerichts ermöglichen dem Senat keine Entscheidung, ob die Kläger im streitbefangenen Quartal nach den oben dargelegten Maßstäben durch die Honorarverteilung der Beklagten gleichheitswidrig benachteiligt worden sind. Zutreffend hat das LSG allerdings entschieden, daß eine solche gleichheitswidrige Schlechterstellung nicht - wie das SG angenommen hat - daraus abgeleitet werden kann, daß die Beklagte im streitbefangenen Quartal die endoskopischen, aber nicht die psychotherapeutischen Leistungen mit einem festen Punktwert von 10,5 Pf vergütet hat. Die Motive, die die Beklagte zu dieser - im übrigen schon nach kurzer Zeit wieder aufgegebenen - Maßnahme bewogen haben, nämlich Anreize zur Erbringung endoskopischer Leistungen im ambulanten Bereich zu setzen, um so ihre stationäre Erbringung nicht zu provozieren, lassen sich auf die psychotherapeutischen Leistungen nicht übertragen.



Darüber hinaus bestehen erhebliche Bedenken, ob eine Benachteiligung der Kläger in dem oben dargestellten Sinne auf der Basis der Honorarverteilung lediglich eines einzelnen Quartals ermittelt werden kann. Die Abrechnungsergebnisse eines einzelnen Quartals können auf Zufälligkeiten beruhen und damit keinen verlässlichen Aufschluß über die Entwicklung der vertragsärztlichen Umsätze einzelner Arztgruppen über einen längeren Zeitraum hinweg geben. Jedenfalls müssen, auch soweit lediglich über ein Quartal zu entscheiden ist, die Abrechnungsergebnisse sowohl der betroffenen Ärzte wie der übrigen Arztgruppen über einen längeren Zeitraum hinweg in die Beurteilung einbezogen werden, weil die KÄV nicht gehalten ist, auf kurzfristige Schwankungen in der Punktwert- und in der Umsatzentwicklung von Ärzten bzw Arztgruppen stets mit Korrekturen der Honorarverteilung und insbesondere mit Stützungsmaßnahmen zugunsten einzelner Arztgruppen zu reagieren.

Unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten können Stützungsmaßnahmen einer KÄV lediglich zugunsten solcher Ärzte geboten sein, die ausschließlich oder ganz überwiegend die zeitabhängigen Leistungen nach Nrn 871 ff EBM-Ä erbringen und abrechnen. Eine Stützungsnotwendigkeit für alle psychotherapeutischen Leistungen unabhängig davon, von welcher Arztgruppe sie erbracht werden, besteht nicht. Ärzte, die nur gelegentlich oder zu einem geringen Teil ihrer gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit zeitabhängige Leistungen erbringen, haben andere Möglichkeiten, auf den Punktwertrückgang zu reagieren als Ärzte, die nahezu ausschließlich solche Leistungen erbringen. Insoweit bestehen Unterschiede, die eine differenzierende Behandlung rechtfertigen.

Ob die Kläger oder zumindest der Kläger zu 1) im streitbefangenen Quartal im rechtlichen Sinne ausschließlich zeitabhängige psychotherapeutische Leistungen erbracht haben, hat das LSG nicht festgestellt. Dagegen spricht, daß der Kläger zu 1) als Nervenarzt und der Kläger zu 2) als Arzt für Psychiatrie zugelassen sind und nach dem Inhalt des angefochtenen Abrechnungsbescheides auch nervenärztliche und psychiatrische Leistungen gegenüber der Beklagten abgerechnet haben. Bevor entschieden werden kann, ob ggf eine Verpflichtung der Beklagten besteht, zugunsten der von ihnen erbrachten psychotherapeutischen Leistungen den Punktwert zu stützen, muß Klarheit darüber bestehen, in welchem Umfang die Kläger psychotherapeutische Leistungen tatsächlich erbracht haben und welcher Anteil an ihrer gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit den übrigen, vor allem psychiatrischen Leistungen zukommt. Die Tätigkeitsfelder des Arztes für Psychiatrie und des ausschließlich bzw überwiegend psychotherapeutisch tätigen Arztes unterscheiden sich deutlich, was ua darin seinen Niederschlag findet, daß in Ziff 22e der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung vom 9. März 1993, BAnz Nr 110a vom 18. Juni 1993 (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte), zwischen Nervenärzten und Psychiatern sowie zwischen ausschließlich bzw überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten unterschieden wird. Auch hinsichtlich der in Teil B Anl 3 der Allgemeinen Bestimmungen des



EBM-Ä 1997 zur Ermittlung der Fallpunktzahlen für das Praxisbudget festgesetzten bundeseinheitlichen Kostensätze der einzelnen Arztgruppen (Praxiskosten) bestehen zwischen den Nervenärzten (Kostensatz 55,2 %), Psychiatern (Kostensatz 47,5 %) und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Ärzten für psychotherapeutisch tätige Medizin (Kostensatz 40,2 %) erhebliche Unterschiede (vgl für die Zeit ab 1. Juli 1999 DÄ 1999, C 49). Da der Anteil dieser Leistungen in der Praxis der Kläger im streitbefangenen Quartal nicht bekannt ist, muß das LSG auch hier noch Feststellungen treffen.

Zusätzlicher Feststellungsbedarf besteht im Hinblick auf die von den Klägern betriebene Gemeinschaftspraxis. Ob eine solche Gemeinschaftspraxis bei Vorliegen der oben näher dargestellten Voraussetzungen ggf Anspruch auf Stützungsmaßnahmen der KÄV hat, hängt grundsätzlich davon ab, ob die in ihr verbundenen Ärzte ausschließlich psychotherapeutische Leistungen nach Abschn G IV EBM-Ä erbringen und abrechnen. Ob Stützungsmaßnahmen auch dann geboten sind, wenn eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis in der Weise betrieben wird, daß ein Mitglied als ausschließlich psychotherapeutischer Vertragsarzt tätig ist, während die anderen Mitglieder der Gemeinschaftspraxis allgemeinmedizinisch und/oder psychiatrisch tätig sind und allenfalls gelegentlich psychotherapeutische Leistungen erbringen, läßt der Senat offen (vgl zur Problematik unter dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung Wimmer, MedR 1998, 533, 537). Eine Stützungsverpflichtung der KÄV kommt jedenfalls in dieser Situation nur dann in Betracht, wenn die Tätigkeit des ausschließlich psychotherapeutisch arbeitenden Mitglieds der Gemeinschaftspraxis sowohl hinsichtlich der abgerechneten Leistungen wie hinsichtlich des darauf entfallenden Kostenanteils der Praxis sowie der praxisinternen Überschußverteilung abgrenzbar ist.

Weiterhin bedarf es der Klärung, ob die Praxis der Kläger im streitbefangenen Zeitraum in dem oben dargestellten Sinne ausgelastet war. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die KÄV durch Punktwertstützungen nicht dafür einzustehen hat, daß einzelne psychotherapeutische Praxen nur eine so geringe Zahl von Patienten behandeln, daß ein angemessener Überschuß nur bei Zugrundelegung eines extrem hohen Punktwertes zu erwarten ist. Auch diejenigen Autoren, die entgegen der Rechtsprechung des Senats aus Art 12 Abs 1 GG iVm § 72 Abs 2 SGB V dem einzelnen Vertragsarzt einen subjektiv-rechtlichen Anspruch auf eine angemessene Vergütung in einer bestimmten Höhe zubilligen wollen, setzen stets eine voll ausgelastete und wirtschaftlich arbeitende vertragsärztliche Praxis voraus (Wimmer, MedR 1998, 533, 535; Isensee, VSSR 1995, 321, 341). Auch unter Sicherstellungsgesichtspunkten ist die KÄV nicht verpflichtet, den psychotherapeutischen Praxen, die keinen hinreichenden Zuspruch von Patienten finden, einen finanziellen Mindeststandard zu sichern. Ob die Praxis der Kläger im Quartal I/1993 in diesem Sinne als "voll ausgelastet" angesehen werden kann, wird das Berufungsgericht festzustellen haben. Zweifel in dieser Hinsicht bestehen, weil die Kläger selbst vorgetragen haben, ihre seit Beginn des Jahres 1992 bestehende Gemeinschaftspraxis habe sich im Quartal



I/1993 noch im Aufbau befunden, und es sei ihnen erst später gelungen, den Praxisumfang angemessen zu erweitern.

Schließlich ist von Bedeutung, welche Praxiskosten bei den Klägern tatsächlich angefallen sind, inwieweit diese teilweise für die Behandlung von Privatpatienten aufgewandt werden müssen und deshalb im Rahmen der Prüfung der Erzielung von Überschüssen aus vertragsärztlicher Tätigkeit nicht berücksichtigt werden können, und ob die tatsächlich angefallenen Praxiskosten als wirtschaftlich angesehen werden können. Für diese Prüfung liefern die oben wiedergegebenen, im EBM-Ä 1997 festgesetzten bundesdurchschnittlichen Kostensätze wichtige Anhaltspunkte. Hinsichtlich des auf die Behandlung von Privatpatienten entfallenden Kostenanteils und dessen Bewertung sind gegebenenfalls noch nähere Feststellungen des Berufungsgerichts erforderlich.

Das LSG wird bei seiner neuen Entscheidung auch über die Kosten des Revisionsverfahrens mitzuentscheiden haben.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
([mobile App](#))



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)