
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	14.01.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	25.08.1999
-------	------------

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 14. Januar 1998 aufgehoben, soweit die Klage gegen die Honorarbescheide der Beklagten vom 22. Februar 1994 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Juli 1994, vom 15. Mai 1994 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. September 1994 sowie vom 27. August 1994 hinsichtlich des Honoraranspruchs des Klägers für die Behandlung von Versicherten der Primärkassen abgewiesen worden ist. In diesem Umfang wird der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht zurückverwiesen. Im übrigen wird die Revision des Klägers zurückgewiesen. Der Kläger hat drei Viertel der außergerichtlichen Kosten der Beklagten für das Revisionsverfahren zu erstatten. Soweit die Honoraransprüche des Klägers im Primärkassenbereich betroffen sind, hat das Sozialgericht über die Kosten des Rechtsstreits einschließlich derjenigen des Revisionsverfahrens zu entscheiden.

Gründe:

I

Streitig ist die Höhe der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen.

Der als Nervenarzt mit den Zusatzbezeichnungen "Psychotherapie" und "Psychoanalyse" zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger wendet sich gegen die Honorarbescheide der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) für die Quartale III/1993 bis einschließlich I/1994.

Die Beklagte änderte zum Quartal III/1993 ihren Honorarverteilungsmaßstab (HVM) in der Weise, daß für die psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV des Bewertungsmaßstabs für die vertragsärztlichen Leistungen (BM) nach Maßgabe der Vereinbarungen des jeweiligen Gesamtvertrages ein gesonderter Honorartopf gebildet wurde, aus dem ausschließlich diese Leistungen honoriert wurden (§ 9 Abs 7 HVM idF der Beschlusse der Vertreterversammlung vom 10. Juni 1993, Hamburg Ärzteblatt 1993 S 236 f). Im Ersatzkassenbereich galten teilweise abweichende Regelungen. Als Folge eines erheblichen Anstiegs der Menge der psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV BM sank in der Folgezeit der Punktwert für diese Leistungen teilweise unter denjenigen für die übrigen Leistungen (allgemeiner Punktwert). Die Differenzen schwankten innerhalb der einzelnen Kassenarten und auch zwischen den streitbefangenen Quartalen.

Die Widersprüche des Klägers gegen die Honorarbescheide vom 22. Februar 1994 (Quartal III/1993), 25. Mai 1994 (Quartal IV/1993) sowie vom 24. August 1994 (Quartal I/1994) wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheiden vom 15. Juli 1994 (Quartal III/1993) bzw 6. September 1994 (Quartal IV/1993) zurück. Für das Quartal I/1994 erließ sie unter Hinweis auf [§ 96 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) keinen Widerspruchsbescheid.

Im Klageverfahren hat der Kläger geltend gemacht, die Bildung eines gesonderten Honorartopfes für psychotherapeutische Leistungen habe bewirkt, daß die Vergütung für eine 50-minütige Kurzzeit- bzw Langzeittherapie zwischen 1992 und dem 1. Quartal 1994 im Primärkassenbereich von 85,50 DM bzw 95,- DM auf 67,50 DM bzw 75,- DM gesunken sei; im Ersatzkassenbereich sei die Vergütung von 99,90 DM bzw 111,- DM auf 85,50 DM bzw 95,- DM zurückgegangen. Im Hinblick auf die besondere Situation der psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die im wesentlichen zeitabhängige Leistungen erbringen und die Menge der abgerechneten Leistungen zB nicht durch schnelleres Arbeiten oder Vermehrung der wöchentlichen Behandlungsstunden ausweiten könnten, sei bei diesen Stundensätzen eine angemessene Vergütung nicht mehr gewährleistet.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen. Die formellen Bedenken des Klägers gegen die Neufassung des HVM im Jahre 1993 hat es für nicht durchgreifend erachtet. Im übrigen stehe die vom Kläger beanstandete Bildung eines gesonderten Honorartopfes für psychotherapeutische Leistungen mit [§ 85 Abs 4](#) fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) im Einklang und verletze auch die Vorschriften über eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen nicht. Die Beklagte habe sich insoweit von sachgerechten Erwägungen leiten lassen. Sie sei insbesondere Wünschen der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und ihrer Verbände nach dem Schutz ihrer Leistungen vor dem Risiko eines unkontrollierbaren Punktwertverfalls nachgekommen. Unter dem Gesichtspunkt

einer Anfangs- und Erprobungsregelung sei die Entscheidung der Beklagten für die Bildung eines gesonderten Honorarkontingentes für die psychotherapeutischen Leistungen auch dann nicht rechtswidrig geworden, als sich herausgestellt habe, daß als Folge dieser Verteilungsregelung die Punktwerte für die psychotherapeutischen Leistungen teilweise unter diejenigen der übrigen vertragsärztlichen Leistungen gesunken seien. Nachdem sich diese Entwicklung über drei Quartale hinweg gezeigt und noch verstärkt habe, habe die Beklagte zum Quartal II/1994 die Topfbildung aufgehoben und in ihrem HVM bestimmt, daß ab dem 1. April 1994 die psychotherapeutischen Leistungen (wieder) mit dem allgemeinen Punktwert zu honorieren seien (Urteil vom 14. Januar 1998).

Mit seiner Sprungrevision rügt der Kläger eine Verletzung der [§ 72 Abs 2, § 85 Abs 4 SGB V](#) sowie der [Art 3 Abs 1, Art 12 Abs 1](#) und [Art 14 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#). Die ihm in Anwendung des HVM zustehende Vergütung sei nicht mehr angemessen iS des [§ 72 Abs 2 SGB V](#). Selbst wenn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) aus dieser Vorschrift kein subjektiv-öffentliches Recht des einzelnen Vertragsarztes auf eine angemessene Vergütung oder auf eine Vergütung in bestimmter Höhe abzuleiten sei, sei jedenfalls der objektiv-rechtliche Charakter des Angemessenheitsgebotes verletzt, weil eine psychoanalytische bzw psychotherapeutische Vollzeitpraxis unter diesen Honorarbedingungen nicht mehr wirtschaftlich zu betreiben sei. Im Klageverfahren habe er unter Vorlage verschiedener gutachtlicher Stellungnahmen und Übersichten über die bundesweit erzielten bzw erzielbaren Umsätze dargestellt, daß unter Berücksichtigung notwendiger und unvermeidbarer Praxiskosten die punktzahlmäßige Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM) im den Regelungen im HVM zu Nettostundenlöhnen für Psychoanalytiker/Psychotherapeuten von knapp über bzw knapp unter 20,- DM fürten. Dem sei das SG im Grundsatz auch gefolgt. Es habe aber zu vordergründig aus dem Umstand, daß trotz dieser Vergütungssituation psychotherapeutische Praxen in H. nicht in nennenswertem Umfang geschlossen worden seien, die Schlußfolgerung gezogen, eine Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung im Leistungsbereich Psychotherapie sei nicht zu befürchten. Eine ernstzunehmende Gefährdung der Versorgung könne auch bereits vor einem massenhaften Zusammenbruch von Praxen eintreten. Die Tatsache, daß die Krankenkassen in größerem Umfang den Versicherten unter Berufung auf [§ 13 Abs 3 SGB V](#) die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung bzw des Delegationsverfahrens erstattet hätten, zeige deutlich, daß im vertragsärztlichen Bereich von einer funktionierenden psychotherapeutischen Versorgung nicht mehr die Rede sein könne.

Die Käufe bei der Bildung eines Honorartopfes für psychotherapeutische Leistungen die spezifischen Besonderheiten einer psychotherapeutischen Vollzeitpraxis beachten, was hier nicht in zureichendem Umfang geschehen sei. Diese Besonderheiten beständen in einem atypischen, eng begrenzten Leistungsspektrum durch die Beschränkung der Abrechnungsmöglichkeit auf im

wesentlichen drei Ziffern des EBM-Ärztliche Tätigkeit sowie in dem damit verbundenen Wegfall einer Mischkalkulation zwischen besser und schlechter bewerteten Leistungen. Weiterhin sei atypisch die "Fremdbestimmung" des Leistungsumfangs und damit des Einkommens aus vertragsärztlicher Tätigkeit durch die Bindung an eine Zeitvorgabe von regelmäßig 50 Minuten, was faktisch unter Berücksichtigung von Begrüßung und Verabschiedung des Patienten sowie der Dokumentation zu einem echten "Stundenhonorar" führe. Ferner sei die Pflicht zur Einholung der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vor Therapiebeginn zu berücksichtigen, wodurch eine individuelle Leistungsausweitung nach Entscheidung des einzelnen Arztes ausgeschlossen sei. Zudem seien alle Leistungen höchstpersönlich zu erbringen, weil im psychotherapeutischen Bereich auf Hilfskräfte nicht zurückgegriffen werden könne. Wegen der engen Bindung an den Patienten bestehe keine Vertretungsmöglichkeit, so daß die Praxen bei Krankheit und Urlaub geschlossen werden müßten. Schließlich sei zu beachten, daß aus psychischen und physischen Gründen ein Therapeut nicht mehr als 38 Behandlungsstunden pro Woche durchführen könne.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 14. Januar 1998 abzuändern, die Honorarbescheide der Beklagten vom 22. Februar 1994 (idF des Widerspruchsbescheides vom 15. Oktober 1994), vom 15. Mai 1994 (idF des Widerspruchsbescheides ohne Datum, abgesandt am 6. September 1994) und vom 24. August 1994 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über seine Honoraransprüche für die Quartale III/1993, IV/1993 und I/1994 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält ihren HVM in den streitbefangenen Quartalen für rechtmäßig. Im übrigen sei sie der von ihr nicht in Frage gestellten Nachbesserungspflicht unverzüglich nachgekommen. Sie habe, nachdem die Punktwerte für das Quartal III/1993 im Februar 1994 feststanden, bereits am 24. März 1994 ihren HVM geändert und die psychotherapeutischen Leistungen ab dem Quartal II/1994 wieder mit dem allgemeinen Punktwert verglichen.

II

Die Revision des Klägers hat in der Zurückverweisung des Rechtsstreits Erfolg, soweit die angefochtenen Honorarbescheide die Honorarfestsetzung für die Behandlung von Versicherten der Primärkassen betreffen. Der Senat kann in diesem Umfang die Rechtmäßigkeit der Honorarbescheide auf der Grundlage der Feststellungen des SG nicht abschließend beurteilen. Die Revision ist hingegen zurückzuweisen, soweit das Honorar des Klägers für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen festgesetzt worden ist.

Die Rechtmäßigkeit der den Gegenstand des Rechtsstreits bildenden

Honorarbescheide für die Quartale III/1993 bis I/1994 ist je nach Primär- und Ersatzkassenbereich getrennt zu prüfen. Denn die Bescheide enthalten jeweils eigenständige Regelungen iS des [§ 31 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch, soweit sie das Honorar des Klägers für den Primär- und für den Ersatzkassenbereich festsetzen. Die Regelungen sind zwar äußerlich in einem Schriftstück zusammengefasst. Sie weisen jedoch jeweils getrennt für beide Kassenbereiche die Fallzahlen, die abgerechneten Leistungen, die erzielten BM- bzw E-GO-Punkte sowie die maßgeblichen Verteilungspunktwerte aus und unterscheiden sich auch hinsichtlich der normativen Vorgaben der Honorarverteilung.

Für beide Kassenbereiche hingegen übereinstimmend liegt den angefochtenen Bescheiden die punktzahlmäßige Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM (= Abschnitt G IV BM bzw E-GO) in der 1993 bzw 1994 geltenden Fassung zugrunde. Betroffen sind nach dem Vorbringen des Klägers in erster Linie die Leistungen nach den Nrn 865 EBM (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis zu 25 Sitzungen à Kurzzeittherapie, je Sitzung à Dauer mindestens 50 Minuten), 875 EBM (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung, je Sitzung à Dauer mindestens 50 Minuten) sowie 877 EBM (analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung, je Sitzung à Dauer mindestens 50 Minuten). Diese Leistungen waren in den streitbefangenen Quartalen mit 900 Punkten (Nr 865 EBM) bzw 1.000 Punkten (Nrn 875, 877 EBM) bewertet. Nach den Maßstäben, die von der Rechtsprechung für die Prüfung der Rechtmäßigkeit der punktzahlmäßigen Bewertung einzelner ärztlicher Leistungen in den Bewertungsmaßstäben entwickelt worden sind, ist dies nicht zu beanstanden. Das hat der Senat im einzelnen im Urteil vom 20. Januar 1999 à [B 6 KA 46/97 R](#) à ([BSGE 83, 205](#), 209-211 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 29](#) S 215-218) dargelegt. Hiergegen wendet sich die Revision nicht, so daß weitergehende Ausführungen nicht veranlaßt sind.

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

Die Beklagte hat die Honorarverteilung im Primärkassenbereich ab dem 1. Juli 1993 auf der Grundlage des § 9 Abs 7 ihres HVM vorgenommen. Nach Satz 1 dieser Vorschrift wird der Anteil der Gesamtvergütungen, der nach den Regelungen des jeweiligen Gesamtvertrages auf die Leistungen des Abschnitts G IV BM sowie die entsprechenden Leistungen der nichtärztlichen Therapeuten entfällt (Psychotherapieleistungen), je Gesamtvertrag auf die nach den Bestimmungen des HVM abgerechneten, richtiggestellten und geprüften Leistungen des oa Abschnitts des BM entsprechend den Punktzahlen aufgeteilt. Diese durch den HVM vorgegebene Topfbildung hat nach den Feststellungen der Vorinstanz zur Folge gehabt, daß in den streitbefangenen Quartalen der Punktwert für die psychotherapeutischen Leistungen ganz überwiegend unter denjenigen für die allgemeinen Leistungen der Vertragsärzte abgesunken ist. Der Punktwert für die Behandlung von Versicherten der AOK Hamburg belief sich im Quartal

III/1993 für allgemeine Leistungen auf 8,0 Pf und für psychotherapeutische Leistungen auf 7,69 Pf. Im Quartal IV/1993 wurden die allgemeinen Leistungen mit 8,34 Pf und die psychotherapeutischen Leistungen mit 7,0 Pf honoriert, während im Quartal I/1994 dem Punktwert von 7,93 Pf für die allgemeinen Leistungen ein solcher von 7,50 Pf für die psychotherapeutischen Leistungen gegenüberstand. In der Folgezeit sind, wie sich aus den vom SG getroffenen Feststellungen im Parallelverfahren des Klägers [B 6 KA 48/98 R](#) vgl Urteil vom heutigen Tage ergibt, die Punktwerte (auch) für die psychotherapeutischen Leistungen weiter auf knapp über 6,0 Pf gefallen. Die Punktwerte für die Behandlung von Versicherten der Betriebskrankenkassen lagen geringfügig über denjenigen für den Bereich der AOK Hamburg und beliefen sich in den drei streitbefangenen Quartalen für die allgemeinen Leistungen auf 9,0 Pf, 9,42 Pf bzw 8,73 Pf und für die psychotherapeutischen Leistungen auf 9,14 Pf, 8,91 Pf und 8,36 Pf. Auch im BKK-Bereich ist der Punktwert im Folgezeitraum weiter abgesunken.

Ob der Kläger durch die Honorarverteilung im Primärkassenbereich in den Quartalen III/1993 bis I/1994 in seinen Rechten verletzt ist, soweit die Vergütung der zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV BM betroffen ist, vermag der Senat derzeit nicht abschließend zu beurteilen. Der Rechtsstreit ist insoweit zur weiteren Sachaufklärung an das SG zurücksuweisen ([§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#)).

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

Der Senat hat in seinem Urteil vom 20. Januar 1999 ([BSGE 83, 205](#) ff = [SozR 3-2500 § 85 Nr 29](#)) Grundsätze zur Anwendung des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) bei der Überprüfung von HVMen entwickelt, die die Honorierung der zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM betreffen, soweit diese von überwiegend bzw ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten erbracht werden. Danach kann das dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit innewohnende Differenzierungsgebot verletzt sein, wenn die Honorierung aller

Ärztlichen Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe für, die wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen die Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht ausweiten kann. Der Senat hat weiter ausgeführt, daß eine Handlungs- und Korrekturpflicht der KÄV auf jeden Fall dann besteht, wenn der vertragsärztliche Umsatz voll ausgelasteter psychotherapeutisch tätiger Ärzte, soweit sie überwiegend oder ausschließlich zeitabhängige und seitens der Krankenkasse genehmigungsbedürftige Leistungen erbringen, erheblich sogar hinter dem durchschnittlichen Praxisüberschuß (Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzüglich Kosten) vergleichbarer Arztgruppen zurückbleibt ([BSGE 83, 205](#), 213 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29](#) S 220).

Hierüber hinaus ist die KÄV kraft ihres Sicherstellungsauftrags (auch) im Rahmen der Honorarverteilung gehalten, einer signifikanten Benachteiligung der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte entgegenzuwirken. Im vorliegenden Fall kann die KÄV dieser Verpflichtung im hier maßgeblichen Zeitraum nur dadurch Rechnung tragen, daß sie den Punktwert für psychotherapeutische Leistungen auf 10,0 Pf setzt. Diese Verpflichtung obliegt ihr unter den noch darzustellenden weiteren Voraussetzungen, solange und soweit der Anteil der Gesamtvergütungen, der für die Honorierung der Leistungen der betroffenen Psychotherapeuten zur Verfügung steht, durch den HVM der einzelnen KÄV bestimmt wird und das Ausgabevolumen nicht unmittelbar durch das Gesetz selbst festgelegt ist (vgl dazu [BSGE 83, 205](#), 213, 214 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29](#) S 220, 221).

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

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

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

Unter Einsatz der vollen möglichen Arbeitszeit ist mithin ein Jahresumsatz von 224.460,- DM aus vertragsärztlicher Tätigkeit fiktiv erzielbar, zu dem in der Regel zusätzliche Einkünfte in nennenswertem Umfang nicht mehr hinzutreten können. Von dem so erreichbaren Umsatz ist der durchschnittliche Kostenaufwand psychotherapeutischer Praxen in Abzug zu bringen. Der Senat hat in seinem Urteil vom 20. Januar 1999 dargelegt, daß es sachgerecht ist, sich für die Ermittlung

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

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

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

Diese Aussage ist nicht dahingehend zu verstehen, daß unabhängig von der Umsatz- und Ertragsentwicklung im gesamten vertragsärztlichen Bereich den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten auf Dauer ein Punktwert in Höhe von 10,0 für die zeitabhängigen Leistungen zu garantieren wäre. Soweit die Entwicklung der Honorierung ärztlicher Leistungen in der Zukunft sei es als Folge des Zugangs weiterer Leistungserbringer, sei es als Folge eines Anstiegs der Menge der erbrachten Leistungen, sei es schließlich als Folge einer strikten Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütungen für alle vertragsärztlichen Leistungen zu einem generellen Rückgang der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit führen sollte, kann sich die Rechtslage anders darstellen. Das Gleichbehandlungsgebot gebietet nicht die Aufrechterhaltung eines Vergütungsniveaus für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte, das möglicherweise höher liegt als das anderer Arztgruppen. Es stellt keine Handhabe dafür dar, überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte von dem Risiko eines sinkenden Ertrags aus vertragsärztlicher Tätigkeit völlig freizustellen, der sich als Folge eines Anstiegs der Menge der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen in Verbindung mit einem dahinter zurückbleibenden Anstieg der Gesamtvergütungen ergibt. Unter den gegebenen Bedingungen einer deutlichen Diskrepanz zwischen den durchschnittlichen Erlösen einerseits aus vertragsärztlicher Tätigkeit insgesamt und andererseits aus der vertragsärztlichen Tätigkeit der Psychotherapeuten besteht eine prinzipielle Verpflichtung der KVV zur Stützung der Punktwerte für die zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen für die ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte auf 10,0 Pf unter dem Gesichtspunkt der

Gleichbehandlung gleichwertiger vertragsärztlicher Tätigkeiten. Ein bestimmtes in DM-Beträgen ausgedrückendes Niveau der Honorierung bei $\hat{\square}$ unterstellt $\hat{\square}$ generell rückläufigen Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit für die Zukunft ist damit nicht garantiert. Das gilt auch für den Fall, daß die Umsätze der einzelnen Arztgruppen aus vertragsärztlicher Tätigkeit in einem KVV-Bereich signifikant hinter den hier zugrunde gelegten bundesweiten Durchschnittswerten zurückbleiben. In einer derartigen Situation reicht möglicherweise auch ein geringerer Punktwert für die zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen aus, um eine ungerechtfertigte Benachteiligung der Arztgruppe der Psychotherapeuten bei der Honorarverteilung auszuschließen. Dafür, daß solche besonderen Umstände im Bereich der Beklagten vorliegen, bestehen jedoch keine Anhaltspunkte.

In den Quartalen III/1993 bis I/1994 sind die Leistungen des Klägers nach den Nrn 865, 875, 877 BmV in der 1993/1994 geltenden Fassung im Primärkassenbereich mit Punktwerten von deutlich unter 10,0 Pf honoriert worden, wobei die Werte in den verschiedenen Kassenbereichen (AOK, BKK, IKK, Seekasse) schwankten. Ob dadurch der aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit abzuleitende Anspruch des Klägers auf Gleichbehandlung mit anderen Arztgruppen verletzt worden ist, läßt sich auf der Grundlage der Feststellungen des SG nicht abschließend beurteilen.

Eine Verletzung des Gebotes der Honorarverteilungsgerechtigkeit liegt entgegen der Auffassung des Klägers allerdings nicht schon darin, daß seine zeitabhängigen Leistungen als Folge der Bildung eines Honorarkontingents für die Leistungen nach Abschnitt G IV BmV im HVM durchweg schlechter honoriert worden sind als die Mehrzahl der vertragsärztlichen Leistungen. Der Senat hat bereits mehrfach Honorarverteilungsregelungen gebilligt, die gesonderte Honorarkontingente (Honorartöpfe) für einzelne Arztgruppen oder einzelne Leistungsbereiche vorsehen. Diese können bewirken, daß Leistungen verschiedener Arztgruppen oder "eingetopfte" und übrige ärztliche Leistungen mit unterschiedlichen Punktwerten honoriert werden (vgl zB [BSGE 83, 1, 2 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26](#) S 183/184 mit zahlreichen Nachweisen). Topfbildungen bedürfen allerdings stets der sachlichen Rechtfertigung. Eine nach Arztgruppen unterschiedliche Verteilung läßt [Â§ 85 Abs 4 Satz 5 SGB V](#) idF des GSG (= [Â§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V](#) idF des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 18. Dezember 1998 ([BGBl I, 3853](#))) generell zu. Die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Leistungsbereiche ist möglich, wenn damit Steuerungszwecke verbunden sind, die ihrerseits im Gesetz selbst angelegt sind oder die zu verfolgen zu den legitimen Aufgaben der KVV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags gehört ([BSGE 83, 1, 2 = BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26](#) S 184).

Nach diesen Maßstäben ist die Bildung eines besonderen Honorarkontingentes für die Leistungen nach Abschnitt G IV BmV zwar im Ausgangspunkt nicht zu beanstanden. Sie stellt allerdings die KVV von der Verpflichtung ggf zur Stärkung des Punktwertes für psychotherapeutische Leistungen auf 10,0 Pf nicht frei. Die Beklagte hat mit der Topfbildung u.a. das Ziel verfolgt, insbesondere die

zeitabhängigen Leistungen nach den Nrn 865, 875, 877 BmÄ aF, die für die ärztlichen Psychotherapeuten von entscheidender Bedeutung sind, gegen einen Punktwertverfall als Folge der Mengenausweitungen in anderen Leistungsbereichen zu schützen. Die Rechtsprechung hat bereits Honorarverteilungsregelungen akzeptiert, die die Zielsetzung hatten, das Risiko des mit jeder Mengenausweitung verbundenen Punktwertverfalls auf die jeweilige Arztgruppe zu begrenzen ([BSGE 77, 288](#), 293 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 11](#) S 70) und zu verhindern, daß das Leistungsgeschehen in einem einzelnen Bereich der vertragsärztlichen Tätigkeit zu Punktwertminderungen in anderen, weniger stark expandierenden Bereichen führt ([BSGE 77, 279](#), 285 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 10](#) S 60). Soweit sich allerdings die Bildung von festen Kontingenten auf Leistungen erstreckt, die nur auf Überweisung erbracht werden dürfen und deren Menge von den leistungserbringenden Ärzten nicht oder kaum beeinflusst werden kann, ist die KÄV zur Überprüfung und ggf Nachbesserung der Honorarverteilungsregelungen verpflichtet, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen ärztlichen Leistungen ([BSGE 83, 1](#), 5 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26](#) S 187). Ob dieser Grundsatz auch für die psychotherapeutischen Leistungen gilt, weil diese einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse bedürfen, kann auf sich beruhen.

Aus dem Senatsurteil vom 20. Januar 1999 ([BSGE 83, 205](#) ff = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29](#)), in dem die Honorierung der zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen mit dem für alle übrigen Leistungen geltenden Punktwert in Frage gestellt worden ist, ergibt sich nämlich, daß für die Psychotherapeuten nicht die Punktwertdifferenz im Verhältnis zu anderen Leistungen als das unter Gleichbehandlungsaspekten entscheidende Problem ist. Ausschlaggebend ist vielmehr die absolute Höhe des Punktwertes für die fraglichen Leistungen. Ob die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte gegenüber anderen Arztgruppen benachteiligt sind, hängt somit gegenwärtig weniger davon ab, wie sich der Punktwert für die zeitabhängigen Leistungen nach Abschnitt G IV BmÄ/E-GO zum Punktwert für andere Leistungen verhält, als vielmehr davon, welchen Honorarumsatz die betroffenen Ärzte in Relation zu demjenigen der anderen Arztgruppen überhaupt erreichen können.

Im Gegensatz zu anderen Arztgruppen führt bei den Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Leistungen nach dem Abschnitt G IV BmÄ/E-GO erbringen, jeder Rückgang der Punktwerte notwendig zu einem Umsatzrückgang in entsprechender Größenordnung. Diese Gruppe von Leistungserbringern kann im wesentlichen lediglich die in den Nrn 871 bis 884 BmÄ/E-GO 1996 beschriebenen Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie jeweils als Kurzzeit- oder Langzeittherapie sowie als Einzel- oder Gruppenbehandlung abrechnen. Alle damit erfaßten Leistungen sind an strikte Zeitvorgaben gebunden. Der im oben dargestellten Sinne optimal ausgelastete psychotherapeutisch tätige Arzt kann auf einen Punktwetrückgang weder durch eine Steigerung der generell oder pro Behandlungsfall zu erbringenden Leistungen noch durch eine vermehrte Abrechnung höher bewerteter Leistungen oder durch

eine Änderung seines Behandlungsspektrums im Rahmen seines Fachgebietes reagieren. Die anderen Arztgruppen machen von diesen Möglichkeiten – die hier nicht rechtlich zu bewerten sind – in mehr oder weniger großem Umfang Gebrauch. Das ergibt sich schon aus der Tatsache, daß der durchschnittliche Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit pro Arzt im Zeitraum von 1994 – 1996 in Relation zum Zeitraum 1993 – 1995 in den meisten Arztgruppen trotz durchweg sinkender Punktwerte im wesentlichen konstant geblieben oder sogar noch geringfügig angestiegen ist, und zwar stärker als die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (vgl Grunddaten, aaO, D 6).

Der Senat hat in seinem Urteil vom 20. Januar 1999 die sich unter dem Gebot der Gleichbehandlung ergebende Verpflichtung der KÄV zur Stützung des Punktwertes für psychotherapeutische Leistungen allerdings in zweifacher Hinsicht eingeschränkt (vgl [BSGE 83, 205](#), 216 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29](#) S 223). Zum einen gilt sie nur für die strikt zeitabhängigen Leistungen der sog großen Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM-Ä. Diese dürfen zudem erst erbracht werden, wenn die Krankenkasse sie bezogen auf den einzelnen Patienten genehmigt hat (vgl Abschnitt F II.1 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie vom 23. Oktober 1998, Deutsches Ärzteblatt 1998, C 3390). Insoweit unterscheiden sich diese vertragsärztlichen bzw – ab dem 1. Januar 1999 – vertragspsychotherapeutischen Leistungen signifikant von allen anderen Leistungen. Die Kombination von Zeitgebundenheit und Genehmigungsbedürftigkeit führt dazu, daß Vertragsärzte bzw Vertragspsychotherapeuten insoweit weder den Leistungsumfang noch die in einem bestimmten Zeitraum maximal abrechenbaren Punkte nachhaltig beeinflussen können. Wo beide Kriterien nicht kumulativ erfüllt sind, etwa bei den probatorischen Sitzungen nach Nr 860/861 EBM-Ä 1996, die der Patient ohne Genehmigung der Krankenkasse nachfragen und der Therapeut aus eigener Initiative erbringen kann, sind die Bedingungen der psychotherapeutischen Tätigkeit nicht so grundlegend von der ärztlichen Tätigkeit in anderen Disziplinen verschieden, daß die mit der Garantie eines Punktwertes von (derzeit) 10,0 Pf verbundene Gleichstellung erforderlich ist.

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

Zu den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten im aufgezeigten Sinne hat der Senat solche Ärzte gezählt, die 90 vH ihres

Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ä¹ erzielen. Dabei hat er sich ua an der entsprechenden Festlegung im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 9. Dezember 1998 (Deutsches Ä¹rzteblatt 1999, C-49) zu Teil B Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä¹ in der ab 1. Juli 1999 geltenden Fassung orientiert ([BSGE 83, 205](#), 215 = [SozR 3-2500 Ä¹§ 85 Nr 29 S 222](#)). An dieser Abgrenzung ist jedenfalls zur Zeit trotz der damit im Einzelfall m¹glicherweise verbundenen H¹arten festzuhalten. Die "Ä¹berwiegend oder ausschlie¹lich psychotherapeutisch t¹xtigen Ä¹rzte" (vgl. [Ä¹§ 101 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung des Psychotherapeuten-Gesetzes) bilden zusammen mit den Psychotherapeuten ab dem 1. Januar 1999 eine eigene Arztgruppe. Die vergleichbare Arztgruppe war in Ziff 24e der Bedarfsplanungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ä¹rzte und Krankenkassen so beschrieben, da¹ dazu Ä¹rzte (gleich welcher Fachrichtung) z¹hlen, die die Erkl¹rung abgeben, ausschlie¹lich psychotherapeutisch t¹xtig zu werden, und die daf¹r erforderlichen Voraussetzungen erf¹llen. Gegenw¹rtig besteht eine Verpflichtung zur St¹tzung nur gegen¹ber solchen VertragsÄ¹rzten, die 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ä¹ decken, weil nur insoweit eine gleichheitswidrige Benachteiligung manifest ist. Die K¹V ist jedoch berechtigt, einen festen Punktwert generell f¹r die zeitabh¹ngigen und genehmigungsbed¹rftigen Leistungen nach den Nrn 871 ff EBM-Ä¹ vorzusehen, weil sich diese Leistungen deutlich von anderen Ä¹rtlichen Leistungen unterscheiden. Ob diese Berechtigung in Zukunft in eine entsprechende Verpflichtung umschl¹ngt, h¹ngt ua davon ab, wie sich die Leistungserbringung im Rahmen der gro¹en Psychotherapie entwickelt. Wenn sich erweisen sollte, da¹ die entsprechenden psychotherapeutischen Leistungen in gro¹em Umfang oder sogar Ä¹berwiegend von solchen Ä¹rzten erbracht werden, die zwar nicht 90 % ihres Umsatzes mit Leistungen aus Abschnitt G IV EBM-Ä¹ erzielen, die zeitabh¹ngigen und genehmigungsbed¹rftigen Leistungen aber auch nicht nur nebenbei und in quantitativer Hinsicht in ganz untergeordnetem Umfang erbringen, kann es geboten sein, einen festen Punktwert f¹r die psychotherapeutischen Leistungen auch zugunsten dieser Ä¹rzte zu garantieren. F¹r das Bestehen einer entsprechenden Situation liegen indessen derzeit keine Anhaltspunkte vor. Ob der Kl¹ger die vom Senat f¹r ma¹geblich gehaltene Grenze von 90 % seines Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ä¹ in den streitbefangenen Quartalen erreicht bzw. Ä¹berschritten hat, hat das SG ¹ von seinem Rechtsstandpunkt aus folgerichtig ¹ nicht festgestellt. Das wird nachzuholen sein.

Soweit im Senatsurteil vom 20. Januar 1999 erg¹nzende Feststellungen zur Auslastung der von den dortigen Kl¹gern betriebenen Praxis mit psychotherapeutischen Leistungen gefordert worden sind, bedarf dies der Modifizierung. In dem damals entschiedenen Fall stand nicht fest, in welchem Umfang beide in einer Gemeinschaftspraxis t¹xtigen Kl¹ger sich auf die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen konzentriert hatten, und ob die geltend gemachten Praxiskosten sich auf eine rein psychotherapeutische Praxis bezogen oder evtl durch eine (auch) neurologisch-psychiatrische T¹tigkeit zumindest eines Mitglieds der Gemeinschaftspraxis verursacht waren ([BSGE 83, 205](#), 217 = [SozR 3-2500 Ä¹§ 85 Nr 29 S 223](#)). Aus den Ausf¹hrungen des Senats zum

Umfang der Feststellungsverpflichtung der Vorinstanz kann indessen nicht abgeleitet werden, nur ein überwiegend bzw ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt, dessen Praxis maximal ausgelastet ist und in vollem Umfang betriebswirtschaftlich optimal geführt wird, habe Anspruch auf eine Punktwertsetzung für seine zeitabhängigen Leistungen. Diese Gesichtspunkte spielen zwar eine entscheidende Rolle bei der Ermittlung des erzielbaren Umsatzes sowie des sich daraus ergebenden Ertrages aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Sie sind damit im Rahmen der Prüfung einer gleichheitswidrigen Benachteiligung der Psychotherapeuten durch die Honorarverteilung generell von Bedeutung. Ergeben diese Berechnungen, daß insoweit derzeit ein Punktwert von 10,0 Pf erforderlich ist, ist der Anspruch des einzelnen Arztes auf Honorierung seiner Leistungen mit diesem Punktwert jedoch nicht davon abhängig, daß er konkret 36 50-minütige Einzelleistungen pro Woche erbringt und "nur" 40,2 % Praxiskosten hat. Der aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit abzuleitende Anspruch auf diesen Punktwert steht auch dem Arzt zu, der seine psychotherapeutische Praxis stärker beschränkt oder mangels einer ausreichenden Zahl von Patienten beschränken muß, und der evtl aus diesem Grund nicht das betriebswirtschaftlich optimale Verhältnis von Umsatz und Kosten erreichen kann oder zB aus eigener Entscheidung mehr Hilfskräfte beschäftigt als für eine rein psychotherapeutische Praxis unerlässlich sind. Die praxisindividuellen Verhältnisse sind weder Maßstab für die Ermittlung einer Setzungsverpflichtung der KÄV noch schließen sie einen Setzungsanspruch aus, wenn ein solcher nach den oben dargelegten generellen Maßstäben begründet ist. Soweit sich aus dem Senatsurteil vom 20. Januar 1999 ([BSGE 83, 205](#), 217/218 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29](#) S 223/224) etwas anderes ergibt, hält der Senat daran nicht fest.

Die Klage gegen die Honorarbescheide der Beklagten, soweit sie den Ersatzkassenbereich betreffen, hat das SG im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

Die Regelungen des Â§ 9 Abs 1 bis 8 des HVM, nach denen Honorartopfbildungen evtl für die Leistungen nach G IV des BM evtl vorgesehen waren, haben im Ersatzkassenbereich nicht gegolten. Das ergibt sich aus Â§ 1 Abs 2 HVM, wonach die zu Lasten der Ersatzkassen erbrachten Leistungen nach Maßgabe des HVM abzurechnen und zu honorieren sind, wobei Â§ 9 Abs 11 HVM bestimmt, daß die Verteilung der von den Ersatzkassen gezahlten Gesamtvergütungen sich nach den gesamtvertraglichen Regelungen richtet. Wegen der fehlenden Topfbildung sind in den angefochtenen Honorarbescheiden für den Ersatzkassenbereich deshalb keine unterschiedlichen Punktwerte für die allgemeinen Leistungen und für psychotherapeutische Leistungen aufgeführt.

Nach dem Inhalt der angefochtenen Bescheide hat der Punktwert für die allgemeinen Leistungen im Bereich der Angestellten-Ersatzkassen, mit dem auch die psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV E-GO honoriert worden sind, im Quartal III/1993 10,5 Pf, im Quartal IV/1993 10,0 Pf und im Quartal I/1994 9,5 Pf betragen. Er ist dann, wie sich aus den Feststellungen des SG im Parallelverfahren des Klägers [B 6 KA 48/98 R](#) ergibt, im Quartal II/1994 auf 10,48 Pf und im Quartal III/1994 auf 10,62 Pf gestiegen und im Quartal IV/1994 auf 10,1 Pf

abgesunken.

Nach dem oben Ausgeführten besteht auch im Ersatzkassenbereich derzeit grundsätzlich ein Anspruch auf Honorierung dieser Leistungen mit einem Punktwert von mindestens 10,0 Pf. Gleichwohl ist die Honorarfestsetzung im Quartal I/1994 nicht rechtswidrig, obwohl der Punktwert hier nur 9,5 Pf betragen hat. Soweit der vom Senat festgesetzte Grenzwert von 10,0 Pf grundsätzlich eingehalten und lediglich in einem einzelnen Quartal geringfügig hinter diesem Grenzwert zurückgeblieben ist, ist die KÄV schon aus Gründen der Praktikabilität nicht zur Korrektur der Honorarverteilung verpflichtet. Eine entsprechende Ausnahme ist allerdings nur gerechtfertigt, wenn ein einzelnes Quartal betroffen ist und sowohl im Quartal davor wie im Quartal danach der Grenzwert von 10,0 Pf eingehalten worden ist. Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt, weil der Punktwert für die psychotherapeutischen Leistungen im Ersatzkassenbereich im Quartal II/1994 wieder auf 10,0 Pf gestiegen ist. Zeitlich auf ein Quartal begrenzte und insgesamt geringfügige Punktwertschwankungen sind auch den überwiegend bzw ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten zuzumuten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#). Soweit die Kosten des Rechtsstreits hinsichtlich des Honorars des Klägers im Ersatzkassenbereich betroffen sind, hat der Senat abschließend entschieden. Der Kläger hat die auf diesen Teil des Rechtsstreits entfallenden Kosten der Beklagten zu erstatten, weil er in beiden Rechtszügen erfolglos geblieben ist. Über die Kosten des Rechtsstreits, soweit er den Honoraranspruch des Klägers im Primärkassenbereich betrifft, wird das SG bei einer erneuten Entscheidung mit zu entscheiden haben.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024