-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	08.07.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	25.08.1999

Auf die Revision des KlÃ¤gers wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 8. Juli 1998 aufgehoben, soweit die Klage gegen die Honorarbescheide der Beklagten fÃ¼r die Quartale I/1995 bis IV/1995 und soweit die Klage gegen die Honorarbescheide der Beklagten fÃ¼r das Quartal II/1994 â□□ in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. April 1995 â□□ und fÃ¼r die Quartale III/1994 und IV/1994 hinsichtlich des Honorar- anspruchs des KlÃ¤gers fÃ¼r die Behandlung von Versicherten der PrimÃ¤rkassen abgewiesen worden ist. In diesem Umfang wird die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht zurÃ¼ckverwiesen. Im Ã¼brigen wird die Revision des KlÃ¤gers zurÃ¼ckgewiesen. Der KlÃ¤ger hat der Beklagten ein Drittel ihrer auÃ□ergerichtlichen Kosten fÃ¼r das Revisionsverfahren zu erstatten. Soweit die HonoraransprÃ¼che des KlÃ¤gers im PrimÃ¤rkassenbereich betroffen sind, hat das Sozialgericht Ã¼ber die Kosten des Rechtsstreits einschlieÃ□lich derjenigen des Revisionsverfahrens zu entscheiden.

GrÃ¼nde:

I

Streitig ist die HÃ¶he der VergÃ¼tung fÃ¼r psychotherapeutische Leistungen.

Der als Nervenarzt mit den Zusatzbezeichnungen "Psychotherapie" und "Psychoanalyse" zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassene KlÃ¤ger wendet sich gegen die Honorarbescheide der beklagten KassenÃ¤rztlichen Vereinigung (KÃV) fÃ¼r die Quartale II/1994 bis einschlieÃlich IV/1995.

Die Beklagte hatte Ã¼ber ihren HonorarverteilungsmaÃstab (HVM) zum Quartal III/1993 im PrimÃ¤rkassenbereich fÃ¼r die psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV des BewertungsmaÃstabs fÃ¼r die vertragsÃ¤rztlichen Leistungen (BMÃ) einen gesonderten Honorartopf gebildet. Dies hatte dazu gefÃ¼hrt, daÃ der Punktwert fÃ¼r diese Leistungen teilweise unter demjenigen fÃ¼r die Ã¼brigen Leistungen (allgemeiner Punktwert) lag (vgl hierzu das Urteil vom heutigen Tage im Verfahren B 6 KA 46/98 R). Daher hob sie diese Regelung nach drei Quartalen wieder auf, so daÃ die psychotherapeutischen Leistungen ab dem Quartal II/1994 sowohl im PrimÃ¤rkassen- als auch im Ersatzkassenbereich mit dem allgemeinen Punktwert vergÃ¼tet wurden (HVM idF vom 24. MÃ¤rz 1994, Hamburg. ÃrzteblattÃ 1994, S 261), der nach Kassenart und Kasse differierte und Ã¼berwiegend deutlich unter 10,0 Pf lag.

Gegen die Honorarbescheide fÃ¼r die Quartale II/1994 bis IV/1995 hat der KlÃ¤ger â bezÃ¼glich des Quartals II/1994 nach DurchfÃ¼hrung des Widerspruchsverfahrens (Bescheid vom 20. April 1995) â das Sozialgericht (SG) angerufen. Er hat geltend gemacht, die VergÃ¼tung psychotherapeutischer Leistungen mit dem allgemeinen Punktwert verstoÃe wegen der bestehenden Besonderheiten gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Es handele sich im wesentlichen um zeitabhÃ¤ngige Leistungen, deren Menge zB nicht durch schnelleres Arbeiten oder Vermehrung der wÃ¶chentlichen Behandlungsstunden ausgeweitet werden kÃ¶nnte. Deshalb reichten der allgemeine Punktwert und die sich daraus ergebenden StundensÃ¤tze fÃ¼r eine angemessene VergÃ¼tung nicht aus.

Das SG hat die Klage abgewiesen. In dem Urteil vom 8. Juli 1998 ist ausgefÃ¼hrt, daÃ die den Honorarbescheiden zugrundeliegenden Regelungen des HVM nicht zu beanstanden seien. Sie entsprÃ¤chen dem Erfordernis, daÃ die Ã¤rztlichen Leistungen prinzipiell gleichmÃ¤Ãig zu vergÃ¼ten seien. Was die Besonderheiten der psychotherapeutischen Leistungen, namentlich die Zeitgebundenheit der Leistungen, betreffe, so sei dies in erster Linie ein Problem des Einheitlichen BewertungsmaÃstabes fÃ¼r die Ã¤rztlichen Leistungen (EBM-Ã). Dem habe der BewertungsausschuÃ durch die allmÃ¤hliche Anhebung der Punktzahlen der Geb-Nrn 865, 875 und 877 (alt) bzw 871, 872 und 877 (neu) â zum Quartal IV/1994 auf 900 bzw 1.100 Punkte und zum Quartal I/1996 auf 1.450 Punkte â Rechnung getragen. Einen frÃ¼heren Ausgleich durch einen StÃ¼tzungspunktwert im HVM habe die Beklagte nicht vornehmen mÃ¼ssen. Denn sie habe den Gestaltungsspielraum, der ihr bei der Ausgestaltung ihres HVM eingerÃ¤umt sei, nicht Ã¼berschritten. Sie habe berÃ¼cksichtigen dÃ¼rfen, daÃ dies zum weiteren Absinken der Punktwerte fÃ¼r die Ã¼brigen Leistungen und Arztgruppen gefÃ¼hrt hÃ¤tte, bei der Psychotherapie die Praxiskosten im Vergleich zu denen anderer Arztgruppen gering seien und sich als Folge eines StÃ¼tzpunktwertes fÃ¼r Psychotherapeuten die Frage gestellt hÃ¤tte, ob auch die psychotherapeutischen

Leistungen anderer, nebenbei psychotherapeutisch tÃ¤tiger, VertragsÃ¤rzte gestÃ¼tzt werden mÃ¼Ãten. Anhaltspunkte dafÃ¼r, daÃ die Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen gefÃ¤hrdet gewesen wÃ¤re oder die psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzte systematisch benachteiligt worden seien, seien nicht erkennbar. Die Beklagte habe vielmehr eine ErhÃ¶hung der Punktzahlen im EBM-Ã abwarten dÃ¼rfen.

Mit seiner Sprungrevision rÃ¼gt der KlÃ¤ger eine Verletzung der Â§ 72 Abs 2, Â§ 85 Abs 4 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (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 VergÃ¼tung sei nicht mehr angemessen iS des Â§ 72 Abs 2 SGB V. Selbst wenn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) aus dieser Vorschrift kein subjektiv-Ã¶ffentliches Recht des einzelnen Vertragsarztes auf eine angemessene VergÃ¼tung oder auf eine VergÃ¼tung in bestimmter HÃ¶he 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, wie er im Klageverfahren unter Vorlage verschiedener gutachtlicher Stellungnahmen und Ãbersichten Ã¼ber die bundesweit erzielten bzw erzielbaren UmsÃ¤tze dargestellt habe. Die Anhebung der PunktbetrÃ¤ge im EBM-Ã zum Quartal I/1996 sei zu spÃ¤t erfolgt. Dies hÃ¤tte die Beklagte durch zB einen StÃ¼tzpunktwert ausgleichen mÃ¼ssen, wie sie ihn schlieÃlich â nachdem die PunktbetragserhÃ¶hung zum Quartal I/1996 aufgrund des zunehmenden Punktwertverfalls keine Wirkung mehr gezeigt habe â zum Quartal III/1996 eingefÃ¼hrt habe. Hier gehe es um strukturelle Besonderheiten einer ganzen Gruppe von Leistungserbringern. Diese bestÃ¼nden in einem atypischen, eng begrenzten Leistungsspektrum durch die BeschrÃ¤nkung der AbrechnungsmÃ¶glichkeit auf im wesentlichen drei Ziffern des EBM-Ã 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 vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit durch die Bindung an eine Zeitvorgabe von regelmÃ¤Ãig 50 Minuten, was faktisch â unter BerÃ¼cksichtigung von BegrÃ¼Ãung und Verabschiedung des Patienten sowie der Dokumentation â zu einem echten "Stundenhonorar" fÃ¼hre. Ferner sei die Pflicht zur Einholung einer KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung der Krankenkasse vor Therapiebeginn zu berÃ¼cksichtigen, wodurch eine individuelle Leistungsausweitung nach Entscheidung des einzelnen Arztes ausgeschlossen sei. Zudem seien alle Leistungen hÃ¶chstpersÃ¶nlich zu erbringen, weil im psychotherapeutischen Bereich auf HilfskrÃ¤fte nicht zurÃ¼ckgegriffen werden kÃ¶nne. Wegen der engen Bindung an den Patienten bestehe keine VertretungsmÃ¶glichkeit, so daÃ die Praxen bei Krankheit und Urlaub geschlossen werden mÃ¼Ãten. SchlieÃlich sei zu beachten, daÃ aus psychischen und physischen GrÃ¼nden ein Therapeut nicht mehr als 38 Behandlungsstunden pro Woche durchfÃ¼hren kÃ¶nne, was insgesamt â mit der Erstellung von Berichten und Gutachten, Dokumentationen, Supervisionen, telefonischen Beratungen usw â annÃ¤hernd 50 Arbeitsstunden je Woche ergebe. Das Argument, die Psychotherapeuten hÃ¤tten geringere Praxiskosten, greife nicht durch; dies sei bereits bei der Festlegung der PunktbetrÃ¤ge im EBM-Ã berÃ¼cksichtigt worden. Ãberdies hÃ¤tten sie erheblich

hÃ¶here Kosten fÃ¼r notwendige WeiterbildungsmaÃnahmen, die nÃ¤mlich nicht in Kliniken, sondern in privaten, von der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung anerkannten Instituten zu absolvieren seien.

Der KlÃ¤ger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 8. Juli 1998 abzuÃ¤ndern, die Honorarbescheide der Beklagten fÃ¼r das Quartal II/1994 â in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. April 1995 â und fÃ¼r die Quartale III/1994 bis IV/1995 aufzuheben sowie die Beklagte zu verpflichten, Ã¼ber seine HonoraransprÃ¼che fÃ¼r die Quartale II/1994 bis IV/1995 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend. Die EinwÃ¤nde, die der KlÃ¤ger gegen ihren HVM erhebe, griffen nicht durch. Sie habe mit der Ãnderung ihres HVM vom 24. MÃ¤rz 1994 ihren Pflichten Rechnung getragen. Die Gleichstellung der psychotherapeutischen mit allen Ã¼brigen Leistungen sei nicht zu beanstanden. Besonderheiten von Art und Umfang der Leistungen wÃ¼rden durch die im EBM-Ã festgelegten unterschiedlichen Punktzahlen berÃ¼cksichtigt. Eine Verpflichtung, dies durch Regelungen im HVM zu modifizieren, bestehe nicht. Sie â die Beklagte â habe die HÃ¶herbewertungen im EBM-Ã abwarten kÃ¶nnen.

II

Die Revision des KlÃ¤gers hat iS der ZurÃ¼ckverweisung des Rechtsstreits Erfolg, soweit die angefochtenen Honorarbescheide die Honorarfestsetzungen im PrimÃ¤rkassenbereich in den Quartalen II/1994 bis IV/1995 und im Ersatzkassenbereich in den Quartalen I bis IV/1995 betreffen. Der Senat kann in diesem Umfang die RechtmÃ¤Ãigkeit der Honorarbescheide auf der Grundlage der Feststellungen des SG nicht abschlieÃend beurteilen. Die Revision ist hingegen zurÃ¼ckzuweisen, soweit das Honorar des KlÃ¤gers im Ersatzkassenbereich in den Quartalen II bis IV/1994 betroffen ist.

Die RechtmÃ¤Ãigkeit der den Gegenstand des Rechtsstreits bildenden Honorarbescheide fÃ¼r die Quartale II/1994 bis IV/1995 ist je nach PrimÃ¤r- und Ersatzkassenbereich getrennt zu prÃ¼fen. Denn die Bescheide enthalten jeweils eigenstÃ¤ndige Regelungen iS des Â§ 31 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), soweit sie das Honorar des KlÃ¤gers fÃ¼r den PrimÃ¤r- und fÃ¼r den Ersatzkassenbereich festsetzen. Die Regelungen sind zwar Ã¤uÃerlich in einem SchriftstÃ¼ck zusammengefaÃt. Sie weisen jedoch jeweils getrennt fÃ¼r beide Kassenbereiche die Fallzahlen, die abgerechneten Leistungen, die erzielten BMÃ- bzw E-GO-Punkte sowie die maÃgeblichen Verteilungspunktwerte aus.

FÃ¼r beide Kassenbereiche hingegen Ã¼bereinstimmend liegen den angefochtenen Bescheiden die punktzahlmÃ¤Ãigen Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ã (= Abschnitt G IV

BMÃ bzw E-GO) in den Fassungen zugrunde, die in den Quartalen II und III/1994 bzw IV/1994 bis IV/1995 galten. Betroffen sind nach dem Vorbringen des KlÃ¤gers in erster Linie die Leistungen nach den Nrn 865 EBM-Ã (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis zu 25 Sitzungen â Kurzzeittherapie, je Sitzung â Dauer mindestens 50 Minuten), 875 EBM-Ã (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung, je Sitzung â Dauer mindestens 50 Minuten) sowie 877 EBM-Ã (analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung, je Sitzung â Dauer mindestens 50 Minuten). Diese Leistungen waren in den Quartalen II und III/1994 mit 900 Punkten (Nr 865 EBM-Ã) bzw 1.000 Punkten (Nrn 875, 877 EBM-Ã) und in den Quartalen IV/1994 bis IV/1995 mit 1.100 Punkten bewertet. Nach den MaÃstÃ¤ben, die von der Rechtsprechung fÃ¼r die PrÃ¼fung der RechtmÃ¤Ãigkeit der punktzahlmÃ¤Ãigen Bewertung einzelner Ã¤rztlicher Leistungen in den BewertungsmaÃstÃ¤ben entwickelt worden sind, ist dies nicht zu beanstanden. Das hat der Senat im einzelnen im Urteil vom 20. Januar 1999 â B 6 KA 46/97 R â (BSGE 83, 205, 209-211 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29 S 215-218) dargelegt. Hiergegen wendet sich die Revision nicht, so daÃ weitergehende AusfÃ¼hrungen nicht veranlaÃt sind.

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

Die Beklagte hat die Honorarverteilung im PrimÃ¤rkassenbereich ab dem 1. April 1994 auf der Grundlage ihres HVM idF vom 24. MÃ¤rz 1994 (Hamburg. Ãrzteblatt 1994 S 261) vorgenommen. Danach gab es keinen gesonderten Honorartopf fÃ¼r die Leistungen des Abschnitts G IV BMÃ sowie die entsprechenden Leistungen der nichtÃ¤rztlichen Therapeuten (Psychotherapieleistungen) mehr. Die psychotherapeutischen Leistungen wurden nunmehr mit dem Punktwert fÃ¼r die Ã¼brigen Leistungen (allgemeiner Punktwert) vergÃ¼tet. Somit lagen die Punktwerte im PrimÃ¤rkassenbereich je nach Krankenkasse

im Quartal II/1994 zwischen 7,83 Pf und 9,16 Pf,

im Quartal III/1994 zwischen 7,49 Pf und 8,70 Pf,

im Quartal IV/1994 zwischen 6,87 Pf und 8,55 Pf,

im Quartal I/1995 zwischen 6,25 Pf und 7,74 Pf,

im Quartal II/1995 zwischen 7,12 Pf und 7,95 Pf,

im Quartal III/1995 zwischen 6,68 Pf und 7,71 Pf und

im Quartal IV/1995 zwischen 5,44 Pf und 7,59 Pf.

Ob der KlÃ¤ger durch die Honorarverteilung im PrimÃ¤rkassenbereich in den Quartalen II/1994 bis IV/1995 in seinen Rechten verletzt ist, soweit die VergÃ¼tung der zeitabhÃ¤ngigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV BMÃ

betroffen ist, vermag der Senat derzeit nicht abschlieÃend zu beurteilen. Der Rechtsstreit ist insoweit zur weiteren SachaufklÃ¤rung an das SG zurÃ¼ckzuverweisen (Â§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG).

Rechtsgrundlage der Honorarverteilung durch die KÃV ist Â§ 85 Abs 4 SGB V in der im maÃgeblichen Zeitraum geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266). Danach sind bei der VergÃ¼tung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen (Abs 4 Satz 3 aaO). Bei der Anwendung der Honorarverteilung gemÃ¤Ã Â§ 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 gleichmÃ¤Ãigen VergÃ¼tung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ãrzten bzw Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, daÃ eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG enthÃ¤lt 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 tatsÃ¤chliche Ungleichheit so groÃ ist, daÃ sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberÃ¼cksichtigt bleiben darf (BVerfGE aaO; vgl auch Senatsurteile vom 21. Oktober 1998, ua B 6 KA 71/97 R â BSGE 83, 52, 58 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28 S 207).

Der Senat hat in seinem Urteil vom 20. Januar 1999 (BSGE 83, 205 ff = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29) GrundsÃ¤tze zur Anwendung des Â§ 85 Abs 4 SGB V bei der ÃberprÃ¼fung von HVMen entwickelt, die die Honorierung der zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ã betreffen, soweit diese von Ã¼berwiegend bzw ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzten erbracht werden. Danach kann das dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit innewohnende Differenzierungsgebot verletzt sein, wenn die Honorierung aller Ã¤rztlichen 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 fÃ¼hrt, die wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen die Leistungsmenge â im Unterschied zu anderen Arztgruppen â nicht ausweiten kann. Der Senat hat weiter ausgefÃ¼hrt, daÃ eine Handlungs- und Korrekturpflicht der KÃV auf jeden Fall dann besteht, wenn der vertragsÃ¤rztliche Umsatz voll ausgelasteter psychotherapeutisch tÃ¤tiger Ãrzte, soweit sie Ã¼berwiegend oder ausschlieÃlich zeitabhÃ¤ngige und seitens der Krankenkasse genehmigungsbedÃ¼rftige Leistungen erbringen, erheblich sogar hinter dem durchschnittlichen PraxisÃ¼berschuÃ (Umsatz aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit abzÃ¼glich Kosten) vergleichbarer Arztgruppen zurÃ¼ckbleibt (BSGE 83, 205, 213 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29 S 220).

HierÃ¼ber hinaus ist die KÃV kraft ihres Sicherstellungsauftrags (auch) im Rahmen der Honorarverteilung gehalten, einer signifikanten Benachteiligung der ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzte entgegenzuwirken. Im vorliegenden Fall kann die KÃV dieser Verpflichtung im hier maÃgeblichen

Zeitraum nur dadurch Rechnung tragen, daß sie den Punktwert für psychotherapeutische Leistungen auf 10,0 Pf stützt. 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 KßV bestimmt wird und das Ausgabevolumen nicht unmittelbar durch das Gesetz selbst festgelegt ist (vgl dazu BSGE 83, 205, 213, 214 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 220, 221).

Zur Konkretisierung der in der Entscheidung vom 20. Januar 1999 (BSGE 83, 205 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 29) dargestellten Grundsätze hat der Senat im Hinblick auf die Rechtmäßigkeit der punktzahlmäßigen Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen im EBM-ß 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-ß in den Jahren 1993/1994 im Primärkassenbereich zu Stundenhonoraren von ca 100,- DM geführt. Nach der EBM-ß-Reform 1996 bewirkt er Stundenhonorare von 145,- DM. Dieser Betrag ist im Rahmen der Neugestaltung des EBM-ß 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 ausgeübten 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-ß 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-ß 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 vollzeitig tätigen 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 hÃ¶her zu veranschlagen ist, wie das vom KlÃ¤ger und von Seiten einzelner KÃ□Ven mit Hinweis auf die zeitliche Belastung anderer VertragsÃ¤rzte fÃ¼r mÃ¶glich gehalten wird. In jedem Fall muÃ□ berÃ¼cksichtigt werden, daÃ□ mit 35, 36 bzw 38 Stunden reiner Behandlungszeit pro Woche nicht die Arbeitszeit des einzelnen Psychotherapeuten im Rahmen seiner vertragsÃ¤rztlichen Praxis beschrieben wird, sondern daÃ□ diese im Hinblick auf die notwendigen begleitenden TÃ¤tigkeiten wie das Abfassen von Berichten, das Erstellen von AntrÃ¤gen und die DurchfÃ¼hrung probatorischer Sitzungen erheblich darÃ¼ber liegt, wie das im Ã¼brigen bei anderen Arztgruppen auch der Fall sein dÃ¼rfte.

Im Rahmen der hier anzustellenden fiktiven Berechnung des aus ausschlieÃ□lich psychotherapeutischer TÃ¤tigkeit erzielbaren Praxisumsatzes ist bei der gebotenen typisierenden Betrachtung davon auszugehen, daÃ□ der einzelne Arzt den soeben beschriebenen Wochenumsatz in 43 Wochen des Jahres erreichen kann. Dabei ist dem Umstand Rechnung zu tragen, daÃ□ in einzelnen Wochen des Jahres wegen gesetzlicher Feiertage die als jedenfalls zumutbar angesehenen 36 therapeutischen Sitzungen nicht durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen und daÃ□ in angemessenem Umfang die AusÃ¼bung der Praxis infolge von Urlaub und FortbildungsmaÃ□nahmen ruhen wird. Im Hinblick auf die enge persÃ¶nliche Bindung zwischen dem Arzt und seinen Patienten insbesondere im Rahmen von Langzeittherapien besteht in diesen ZeitrÃ¤umen typischerweise die MÃ¶glichkeit der FortfÃ¼hrung der Praxis durch einen Vertreter nicht.

Unter Einsatz der vollen mÃ¶glichen Arbeitszeit ist mithin ein Jahresumsatz von 224.460,- DM aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit fiktiv erzielbar, zu dem in der Regel zusÃ¤tzliche EinkÃ¼nfte in nennenswertem Umfang nicht mehr hinzutreten kÃ¶nnen. 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, daÃ□ es sachgerecht ist, sich fÃ¼r die Ermittlung des Kostenaufwands an den in Teil B Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ã□ festgesetzten bundesdurchschnittlichen PraxiskostensÃ¤tzen des Jahres 1994, die der Berechnung der KÃ□V-bezogenen Fallpunktzahlen fÃ¼r das Praxisbudget dienen, zu orientieren, soweit â□□ wie das fÃ¼r die psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ã□rzte der Fall ist â□□ keine empirischen Daten Ã¼ber die durchschnittlichen Betriebskosten solcher Praxen vorliegen (BSGE 83, 205, 215 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29 S 221/222). Der Praxiskostensatz fÃ¼r ausschlieÃ□lich psychotherapeutisch tÃ¤tige VertragsÃ¤rzte sowie Ã□rzte fÃ¼r psychotherapeutische Medizin betrÃ¤gt 40,2 % des Umsatzes aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit (Beschluss des Bewertungsausschusses vom 9. Dezember 1998, Deutsches Ã□rzteblatt 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 ErlÃ¶s aus der vertragsÃ¤rztlichen psychotherapeutischen TÃ¤tigkeit bzw der psychotherapeutischen TÃ¤tigkeit im Delegationsverfahren entspricht ungefÃ¤hr dem durchschnittlichen Ertrag aus der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit pro Allgemeinarzt im Jahre 1996. Die Ã□rzte fÃ¼r Allgemeinmedizin bzw praktischen

Ãrzte erzielten in diesem Jahr einen Honorarumsatz aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit von durchschnittlich 320.700,- DM (Grunddaten zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, hrsg von der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung, 1998, D 6). Der fÃ¼r dieses Jahr empirisch ermittelte Anteil der Praxiskosten an dem Honorarumsatz aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit belief sich auf 57,9 % (Grunddaten, aaO). Daraus errechnet sich ein HonorarÃ¼berschuÃ von durchschnittlich 135.014,- DM. Wenn zum Vergleich die Arztgruppe der NervenÃ¤rzte 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) gegenÃ¼ber, was zu einem durchschnittlichen PraxisÃ¼berschuÃ von 149.208,- DM fÃ¼hrt. Diese Daten dienen der Verdeutlichung, welchen Umsatz in DM ein ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tiger Vertragsarzt bei voller Auslastung erreichen muÃ, um einen PraxisÃ¼berschuÃ aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit in der GrÃ¶Ãenordnung zu erlangen, die der Durchschnitt der Ãrzte vergleichbarer Arztgruppen erzielt.

Den hier angestellten Vergleichsberechnungen liegen Annahmen zugrunde, die eher zu Lasten als zugunsten der ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzte gehen. Das gilt in erster Linie dafÃ¼r, daÃ nicht der durchschnittliche vertragsÃ¤rztliche Honorarumsatz aus psychotherapeutischer TÃ¤tigkeit â berechnet auf der Grundlage eines Punktwerts von 10,0 Pf â mit dem durchschnittlichen Honorarumsatz anderer Gruppen von VertragsÃ¤rzten verglichen worden ist. GegenÃ¼bergestellt wird vielmehr der Umsatz eines optimal ausgelasteten und mit vollem persÃ¶nlichen Einsatz arbeitenden Psychotherapeuten mit dem durchschnittlichen Umsatz bestimmter anderer Arztgruppen. Diese Auswahl der Vergleichsparameter ist einerseits notwendig, um dem Umstand Rechnung zu tragen, daÃ zahlreiche psychotherapeutische Praxen zumindest in der Vergangenheit nicht mit dem vollen zeitlichen Einsatz des Praxisinhabers gefÃ¼hrt worden sind, enthÃ¤lt andererseits aber damit notwendigerweise auch benachteiligende Elemente fÃ¼r die Psychotherapeuten. Weiterhin ist zu berÃ¼cksichtigen, daÃ bei allen Arztgruppen der Umsatz aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit nicht mit dem gesamten Praxisumsatz identisch ist, weil zu diesem insbesondere auch die Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten zÃ¤hlen. Diese beliefen sich im Durchschnitt der Jahre 1994 bis 1996 bei den Ãrzten fÃ¼r Allgemeinmedizin und praktischen Ãrzten auf knapp 50.000,- DM im Jahr und bei den NervenÃ¤rzten auf 65.000,- DM im Jahr (vgl Grunddaten, aaO, D 6, Spalten 1 und 7). Zwar haben auch die ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzte sowie die im Delegationsverfahren tÃ¤tigen nichtÃ¤rztlichen Psychotherapeuten Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten. Die oben angestellte fiktive Umsatzberechnung fÃ¼r die Psychotherapeuten beruht aber auf der Annahme, daÃ in 43 Wochen im Jahr durchschnittlich 36 einstÃ¼ndige zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen gegenÃ¼ber Versicherten der Krankenkassen erbracht werden, so daÃ rein zeitlich die Behandlung von Privatpatienten nur mÃ¶glich ist, wenn der einzelne Psychotherapeut den Umfang seiner TÃ¤tigkeit noch darÃ¼ber hinaus ausweiten kann. Dies verdeutlicht, daÃ nur bei einer in mehrfacher Hinsicht optimierten Vergleichsberechnung ein Punktwert von 10,0 Pf fÃ¼r die zeitabhÃ¤ngigen

psychotherapeutischen Leistungen nach den Nrn 871 ff EBM-Ã 1996 dem psychotherapeutisch tÃ¤tigen Vertragsarzt Ã¼berhaupt die Chance erÃ¶ffnet, einen PraxisÃ¼berschuÃ aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit zu erzielen, wie ihn die Praxen anderer vergleichbarer Arztgruppen durchschnittlich erreicht haben bzw erreichen.

Diese Aussage ist nicht dahingehend zu verstehen, daÃ unabhÃ¤ngig von der Umsatz- und Ertragsentwicklung im gesamten vertragsÃ¤rztlichen Bereich den Ã¼berwiegend oder ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tigen VertragsÃ¤rzten auf Dauer ein Punktwert in HÃ¶he von 10,0 Pf fÃ¼r die zeitabhÃ¤ngigen Leistungen zu garantieren wÃ¤re. Soweit die Entwicklung der Honorierung Ã¤rztlicher Leistungen in der Zukunft â sei es als Folge des Zugangs weiterer Leistungserbringer, sei es als Folge eines Anstiegs der Menge der erbrachten Leistungen, sei es schlieÃlich als Folge einer strikten Begrenzung des Anstiegs der GesamtvergÃ¼tungen fÃ¼r alle vertragsÃ¤rztlichen Leistungen â zu einem generellen RÃ¼ckgang der ÃberschÃ¼sse aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit fÃ¼hren sollte, kann sich die Rechtslage anders darstellen. Das Gleichbehandlungsgebot gebietet nicht die Aufrechterhaltung eines VergÃ¼tungsniveaus fÃ¼r die psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzte, das mÃ¶glicherweise hÃ¶her liegt als das anderer Arztgruppen. Es stellt keine Handhabe dafÃ¼r dar, Ã¼berwiegend oder ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tige Ãrzte von dem Risiko eines sinkenden Ertrags aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit vÃ¶llig freizustellen, der sich als Folge eines Anstiegs der Menge der zu vergÃ¼tenden vertragsÃ¤rztlichen Leistungen in Verbindung mit einem dahinter zurÃ¼ckbleibenden Anstieg der GesamtvergÃ¼tungen ergibt. Unter den gegebenen Bedingungen einer deutlichen Diskrepanz zwischen den durchschnittlichen ErlÃ¶sen einerseits aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit insgesamt und andererseits aus der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit der Psychotherapeuten besteht eine prinzipielle Verpflichtung der KÃV zur StÃ¼tzung der Punktwerte fÃ¼r die zeitabhÃ¤ngigen psychotherapeutischen Leistungen fÃ¼r die ausschlieÃlich oder Ã¼berwiegend psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzte auf 10,0 Pf unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung gleichwertiger vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeiten. Ein bestimmtes in DM-BetrÃ¤gen auszudrÃ¼ckendes Niveau der Honorierung bei â unterstellt â generell rÃ¼cklÃ¤ufigen Einnahmen aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit fÃ¼r die Zukunft ist damit nicht garantiert. Das gilt auch fÃ¼r den Fall, daÃ die UmsÃ¤tze einzelner Arztgruppen aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit in einem KÃV-Bereich signifikant hinter den hier zugrunde gelegten bundesweiten Durchschnittswerten zurÃ¼ckbleiben. In einer derartigen Situation reicht mÃ¶glicherweise auch ein geringerer Punktwert fÃ¼r die zeitabhÃ¤ngigen psychotherapeutischen Leistungen aus, um eine ungerechtfertigte Benachteiligung der Arztgruppe der Psychotherapeuten bei der Honorarverteilung auszuschlieÃen. DafÃ¼r, daÃ solche besonderen UmstÃ¤nde im Bereich der Beklagten vorliegen, bestehen jedoch keine Anhaltspunkte.

In den Quartalen II/1994 bis IV/1995 sind die Leistungen des KlÃ¤gers nach den Nrn 865, 875, 877 BMÃ in der 1994/1995 geltenden Fassung im PrimÃ¤rkassenbereich 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 KlÃ¤gers auf Gleichbehandlung mit anderen Arztgruppen verletzt worden ist, lÃ¤Ãt sich auf der Grundlage der Feststellungen des SG nicht abschlieÃend beurteilen.

Im Gegensatz zu anderen Arztgruppen fÃ¼hrt bei den Psychotherapeuten, die Ã¼berwiegend oder ausschlieÃlich Leistungen nach dem Abschnitt G IV BMÃ/E-GO erbringen, jeder RÃ¼ckgang der Punktwerte notwendig zu einem UmsatzrÃ¼ckgang in entsprechender GrÃ¶ÃenordnÃ¼ng. Deshalb erweist sich fÃ¼r die Psychotherapeuten nicht die Punktwertdifferenz im VerhÃ¤ltnis zu anderen Leistungen als das unter Gleichbehandlungsaspekten entscheidende Problem. Ausschlaggebend ist vielmehr die absolute HÃ¶he des Punktwertes fÃ¼r die fraglichen Leistungen. Ob die Ã¼berwiegend oder ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzte gegenÃ¼ber anderen Arztgruppen benachteiligt sind, hÃ¤ngt somit gegenwÃ¤rtig weniger davon ab, wie sich der Punktwert fÃ¼r die zeitabhÃ¤ngigen Leistungen nach Abschnitt G IV BMÃ/E-GO zum Punktwert fÃ¼r andere Leistungen verhÃ¤lt, als vielmehr davon, welchen Honorarumsatz die betroffenen Ãrzte in Relation zu demjenigen der anderen Arztgruppen Ã¼berhaupt erreichen kÃ¶nnen.

Die Gruppe der Psychotherapeuten kann im wesentlichen lediglich die in den Nrn 871 -884 BMÃ/E-GO 1996 beschriebenen Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie â jeweils als Kurzzeit- oder Langzeittherapie sowie als Einzel- oder Gruppenbehandlung â abrechnen. Alle damit erfaÃten Leistungen sind an strikte Zeitvorgaben gebunden. Der im oben dargestellten Sinne optimal ausgelastete psychotherapeutisch tÃ¤tige Arzt kann auf einen PunktwertrÃ¼ckgang weder durch eine Steigerung der generell oder pro Behandlungsfall zu erbringenden Leistungen noch durch eine vermehrte Abrechnung hÃ¶her bewerteter Leistungen oder durch eine Ãnderung seines Behandlungsspektrums im Rahmen seines Fachgebietes reagieren. Die anderen Arztgruppen machen von diesen MÃ¶glichkeiten â die hier nicht rechtlich zu bewerten sind â in mehr oder weniger groÃem Umfang Gebrauch. Das ergibt sich schon aus der Tatsache, daÃ der durchschnittliche Honorarumsatz aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit pro Arzt im Zeitraum von 1994 â 1996 in Relation zum Zeitraum 1993 â 1995 in den meisten Arztgruppen trotz durchweg sinkender Punktwerte im wesentlichen konstant geblieben oder sogar noch geringfÃ¼gig angestiegen ist, und zwar stÃ¤rker als die Zahl der an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ãrzte (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 KÃV zur StÃ¼tzung des Punktwertes fÃ¼r psychotherapeutische Leistungen allerdings in zweifacher Hinsicht eingeschrÃ¤nkt (vgl BSGE 83, 205, 216 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29 S 223). Zum einen gilt sie nur fÃ¼r die strikt zeitabhÃ¤ngigen Leistungen der sog groÃen Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM-Ã. Diese dÃ¼rfen zudem erst erbracht werden, wenn die Krankenkasse sie bezogen auf den einzelnen Patienten genehmigt hat (vgl Abschnitt F II.I der Richtlinien des Bundesausschusses der

Ãrzte und Krankenkassen Ã¼ber die DurchfÃ¼hrung der Psychotherapie vom 23. Oktober 1998, Deutsches Ãrzteblatt 1998, C 3390). Insoweit unterscheiden sich diese vertragsÃ¤rztlichen bzw â ab dem 1. Januar 1999 â vertragspsychotherapeutischen Leistungen signifikant von allen anderen Leistungen. Die Kombination von Zeitgebundenheit und GenehmigungsbedÃ¼rftigkeit fÃ¼hrt dazu, daÃ VertragsÃ¤rzte bzw Vertragspsychotherapeuten insoweit weder den Leistungsumfang noch die in einem bestimmten Zeitraum maximal abrechenbaren Punkte nachhaltig beeinflussen kÃ¶nnen. Wo beide Kriterien nicht kumulativ erfÃ¼llt sind, etwa bei den probatorischen Sitzungen nach Nr 860/861 EBM-Ã 1996, die der Patient ohne Genehmigung der Krankenkasse nachfragen und der Therapeut aus eigener Initiative erbringen kann, sind die Bedingungen der psychotherapeutischen TÃ¤tigkeit nicht so grundlegend von der Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeit in anderen Disziplinen verschieden, daÃ die mit der Garantie eines Punktwertes von (derzeit) 10,0 Pf verbundene Gleichstellung erforderlich ist.

Zum anderen besteht die StÃ¼tzungsnotwendigkeit nur gegenÃ¼ber solchen Ãrzten, die Ã¼berwiegend oder ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tig sind. Andere Ãrzte, beispielsweise Ãrzte fÃ¼r Psychiatrie oder Ãrzte fÃ¼r Allgemeinmedizin, die die Qualifikation zur Erbringung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ã besitzen, kÃ¶nnen den Umfang und die Ausrichtung ihrer TÃ¤tigkeit in anderer Weise steuern und neben den Leistungen nach den Nrn 871 ff EBM-Ã andere psychotherapeutische bzw psychosomatische GesprÃ¤chs- bzw Behandlungsleistungen erbringen, die entweder nicht zuvor patientenbezogen bewilligt worden sein mÃ¼ssen oder nicht an exakte Zeitvorgaben gebunden sind. Sie sind daher nicht im gleichen MaÃe schutzbedÃ¼rftig.

Zu den Ã¼berwiegend oder ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzten im aufgezeigten Sinne hat der Senat solche Ãrzte gezÃ¤hlt, die 90 vH ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ã erzielen. Dabei hat er sich ua an der entsprechenden Festlegung im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 9. Dezember 1998 (Deutsches Ãrzteblatt 1999, C-49) zu Teil B Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ã in der ab 1. Juli 1999 geltenden Fassung orientiert (BSGE 83, 205, 215 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29 S 222). An dieser Abgrenzung ist jedenfalls zur Zeit trotz der damit im Einzelfall mÃ¶glicherweise verbundenen HÃ¤rten festzuhalten. Die "Ã¼berwiegend oder ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzte" (vgl Â§ 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 Ãrzte und Krankenkassen so beschrieben, daÃ dazu Ãrzte (gleich welcher Fachrichtung) zÃ¤hlen, die die ErklÃ¤rung abgeben, ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tig zu werden, und die dafÃ¼r erforderlichen Voraussetzungen erfÃ¼llen. GegenwÃ¤rtig besteht eine Verpflichtung zur StÃ¼tzung nur gegenÃ¼ber solchen VertragsÃ¤rzten, die 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ã decken, weil nur insoweit eine gleichheitswidrige Benachteiligung manifest ist. Die KÃV ist

jedoch berechtigt, einen festen Punktwert generell fÃ¼r die zeitabhÃ¤ngigen und genehmigungsbedÃ¼rftigen Leistungen nach den Nrn 871 ff EBM-Ã vorzusehen, weil sich diese Leistungen deutlich von anderen Ã¤rztlichen Leistungen unterscheiden. Ob diese Berechtigung in Zukunft in eine entsprechende Verpflichtung umschlÃ¤gt, hÃ¤ngt ua davon ab, wie sich die Leistungserbringung im Rahmen der groÃen Psychotherapie entwickelt. Wenn sich erweisen sollte, daÃ die entsprechenden psychotherapeutischen Leistungen in groÃem Umfang oder sogar Ã¼berwiegend von solchen Ãrzten erbracht werden, die zwar nicht 90 % ihres Umsatzes mit Leistungen aus Abschnitt G IV EBM-Ã erzielen, die zeitabhÃ¤ngigen und genehmigungsbedÃ¼rftigen Leistungen aber auch nicht nur nebenbei und in quantitativer Hinsicht in ganz untergeordnetem Umfang erbringen, kann es geboten sein, einen festen Punktwert fÃ¼r die psychotherapeutischen Leistungen auch zugunsten dieser Ãrzte zu garantieren. FÃ¼r das Bestehen einer entsprechenden Situation liegen indessen derzeit keine Anhaltspunkte vor. Ob der KlÃ¤ger die vom Senat fÃ¼r maÃgeblich gehaltene Grenze von 90 % seines Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ã in den streitbefangenen Quartalen erreicht bzw Ã¼berschritten hat, hat das SG â von seinem Rechtsstandpunkt aus folgerichtig â nicht festgestellt. Das wird nachzuholen sein.

Soweit im Senatsurteil vom 20. Januar 1999 ergÃ¤nzende Feststellungen zur Auslastung der von den dortigen KlÃ¤gern 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 tÃ¤tigen KlÃ¤ger 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 TÃ¤tigkeit zumindest eines Mitglieds der Gemeinschaftspraxis verursacht waren (BSGE 83, 205 , 217 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29 S 223). Aus den AusfÃ¼hrungen des Senats zum Umfang der Feststellungsverpflichtung der Vorinstanz kann indessen nicht abgeleitet werden, nur ein Ã¼berwiegend bzw ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tiger Arzt, dessen Praxis maximal ausgelastet ist und in vollem Umfang betriebswirtschaftlich optimal gefÃ¼hrt wird, habe Anspruch auf eine PunktwertstÃ¼tzung fÃ¼r seine zeitabhÃ¤ngigen Leistungen. Diese Gesichtspunkte spielen zwar eine entscheidende Rolle bei der Ermittlung des erzielbaren Umsatzes sowie des sich daraus ergebenden Ertrages aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit. Sie sind damit im Rahmen der PrÃ¼fung einer gleichheitswidrigen Benachteiligung der Psychotherapeuten durch die Honorarverteilung generell von Bedeutung. Ergeben diese Berechnungen, daÃ 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 abhÃ¤ngig, daÃ er konkret 36 50-minÃ¼tige 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 stÃ¤rker beschrÃ¤nkt oder mangels einer ausreichenden Zahl von Patienten beschrÃ¤nken muÃ, und der â evtl aus diesem Grund â nicht das betriebswirtschaftlich optimale VerhÃ¤ltnis von Umsatz und Kosten erreichen kann oder zB aus eigener

Entscheidung mehr HilfskrÃ¤fte beschÃ¤ftigt, als fÃ¼r eine rein psychotherapeutische Praxis unerlÃ¤Ãlich sind. Die praxisindividuellen VerhÃ¤ltnisse sind weder MaÃstab fÃ¼r die Ermittlung einer StÃ¼tzungsverpflichtung der KÃV noch schlieÃen sie einen StÃ¼tzungsanspruch aus, wenn ein solcher nach den oben dargelegten generellen MaÃstÃ¤ben begrÃ¼ndet 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, hÃ¤lt der Senat daran nicht fest.

Soweit die Revision die Honorarfestsetzungen im Ersatzkassenbereich betrifft, ist zu differenzieren. Sie hat â ebenso wie gegen die Festsetzungen im PrimÃ¤rkassenbereich â Erfolg hinsichtlich der Festsetzungen fÃ¼r die Quartale I bis IV/1995. Hier lagen die Punktwerte jeweils unter 10,0 Pf (im Quartal I/1995 8,31 Pf (VdAK) bzw 8,26 Pf (AEV); II/1995 8,28 Pf (VdAK) bzw 8,34 Pf (AEV); im Quartal III/1995 8,44 Pf (VdAK) bzw 7,54 Pf (AEV); im Quartal IV/1995 8,39 Pf (VdAK) bzw 7,52 Pf (AEV)). Insoweit ist der Rechtsstreit â entsprechend obigen AusfÃ¼hrungen â zur weiteren SachaufklÃ¤rung an das SG zurÃ¼ckzuverweisen. Die Revision hat indessen keinen Erfolg hinsichtlich der Honorarfestsetzungen im Ersatzkassenbereich fÃ¼r die Quartale II bis IV/1994, denn die Punktwerte betrugen hier sowohl bei den Angestellten-Ersatzkassen (VdAK) als auch bei den Arbeiter-Ersatzkassen (AEV) jeweils mehr als 10,0 Pf (im Quartal II/1994 10,48 Pf (VdAK) bzw 11,93 Pf (AEV); im Quartal III/1994 10,62 Pf (VdAK) bzw 10,75 Pf (AEV); im Quartal IV/1994 10,12 Pf (VdAK) bzw 10,02 Pf (AEV)). Insoweit ist die Revision des KlÃ¤gers zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG. Soweit die Revision des KlÃ¤gers zurÃ¼ckgewiesen worden ist, hat der Senat abschlieÃend auch Ã¼ber die Kosten entschieden und ihm die Erstattung von einem Drittel der auÃergerichtlichen Kosten fÃ¼r das Revisionsverfahren auferlegt. Im Ã¼brigen â auch hinsichtlich der Ersatzkassen-Quartale des Jahres 1995 â wird das SG bei seiner erneuten Entscheidung Ã¼ber die Kosten des Rechtsstreits mit zu entscheiden haben.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024