



Bundessozialgericht



BUNDESSOZIALGERICHT - Press

Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119

Tel. (0561) 3107-1, Durchwahl -460, I

e-mail: presse@bsg.

Internet: <http://www.bundessozialg>

Kassel, den 29. Oktober 2009

Terminbericht Nr. 57/09 (zur Terminvorschau Nr. 57/09)

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über die Ergebnisse der am 28. Oktober 2009 aufgrund mündlicher Verhandlung entschiedenen Revisionsverfahren:

1) Die Revision des Klägers ist erfolglos geblieben. Das LSG hat zutreffend entschieden, dass die KÄV dem Kläger zu Recht die Abrechnungsgenehmigung für die Leistung nach Nr 30600 EBM-Ä versagte.

Die zum 1.4.2005 erfolgte Gliederung des EBM-Ä nach Fachgebieten ist im Grundsatz nicht zu beanstanden. Dabei durfte der Bewertungsausschuss die Leistungen des Abschnitts 30.6. (Proktologie) in erster Linie den Chirurgen und Gastroenterologen (sowie Hautärzten) und nur nachrangig - nach Maßgabe eines entsprechenden Versorgungsschwerpunktes - den Urologen zuordnen. Die Anknüpfung an einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt und dessen Ausrichtung auf einen Anteil am Gesamtpunktzahlvolumen des Arztes ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Der Einwand, der Bewertungsausschuss bzw die KÄV hätten vorzugsweise an (Mindest-)Fallzahlen oÄ anknüpfen müssen, greift nicht durch; dies hätte kleineren Praxen die Möglichkeit der Erlangung einer solchen Abrechnungsgenehmigung uU unverhältnismäßig erschwert. Zutreffend ist auch das Ergebnis des LSG, dass beim Kläger der Anteil am Gesamtpunktzahlvolumen, der auf die Proktologie entfällt und bei ihm (je nach Berechnungsweise) max 12 % ergibt, nicht ausreichend war und ist.

SG Marburg - S 12 KA 492/06 -
Hessisches LSG - L 4 KA 1/07 -
Bundessozialgericht - B 6 KA 26/08 R -

2) Die Revision der klagenden Berufsausübungsgemeinschaft ist ohne Erfolg geblieben. Das LSG hat zutreffend entschieden, dass die Klägerin nicht berechtigt ist, die Erteilung der Genehmigung für eine Zweigpraxis anzufechten. Dies ergibt sich aus den Grundsätzen, die der Senat - anknüpfend an die Entscheidung des BVerfG vom 17.8.2004 - in seinen Urteilen vom 7.2.2007, vom 17.10.2007 und vom 17.6.2009 herausgestellt hat.

Die Genehmigung einer Zweigpraxis gemäß § 24 Abs 3 Sätze 1 und 2 Ärzte-ZV begründet für den begünstigten Arzt keinen Status, sondern erweitert in tatsächlicher Hinsicht seine Behandlungsmöglichkeiten. Auch ist die dem begünstigten Arzt gewährte Berechtigung, einen zweiten Standort zu unterhalten, nicht nachrangig gegenüber dem Status der an diesem Ort bereits tätigen Ärzte, denn eine Bedarfsprüfung wie bei Ermächtigungen und Sonderbedarfberechtigungen findet insoweit nicht statt. Der Gesetzgeber des VÄndG wollte die Versorgung der Versicherten optimieren und die Möglichkeit des Betriebs von Zweigpraxen im Unterschied zum früher geltenden Recht nicht auf Fälle der Behebung von Versorgungsengpässen beschränken. Erforderlich, aber auch ausreichend ist es, wenn das bestehende Leistungsangebot zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer - unter Umständen auch in quantitativer - Hinsicht erweitert wird. Die KÄV wird allerdings gerade in einem überversorgten Planungsbereich im Rahmen des ihr bei Entscheidungen nach § 24 Abs 3 Sätze 1 und 2 Ärzte-ZV zustehenden Beurteilungsspielraums die Versorgungssituation an dem "weiteren" Ort nicht außer Betracht lassen dürfen. Ob die angefochtene Genehmigung den Anforderungen des § 24 Abs 3 Ärzte-ZV genügt, bedarf wegen des Fehlens einer Anfechtungsberechtigung keiner näheren Prüfung.

SG München - S 28 KA 781/07 -
Bayerisches LSG - L 12 KA 3/08 -
Bundessozialgericht - B 6 KA 42/08 R -

3) Die Revision des klagenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat keinen Erfolg gehabt. Er hat keinen Anspruch, gemäß § 95c Satz 2 Nr 3 SGB V in das bei der beklagten KÄV geführte Arztregister eingetragen zu werden, um später auf der Basis dieser Eintragung eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten.

Der Kläger hat seine Fachkunde in der Gesprächspsychotherapie (GT) übergangsrechtlich nach den bis Ende 1998 - vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999 - geltenden Vorschriften erworben. Die GT zählte damals aber nicht zu den Behandlungsverfahren, die im Rahmen der gesetzlichen

Krankenversicherung angeboten werden durften und für die sich Therapeuten qualifizieren konnten. Eine - unterstellt - positive Entscheidung des GBA zum Verfahren der Gesprächspsychotherapie im Jahre 2009 würde daran nichts ändern, weil dies nur auf der Grundlage der Regelung des § 92 Abs 6a SGB V erfolgen könnte, auf die der § 95c Satz 2 Nr 3 SGB V nicht Bezug nimmt.

Zudem ist der Kläger nicht Psychologe, sondern Sozialpädagoge mit Fachhochschulabschluss und als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbiert. Der GBA hat sich aber mit der Eignung der GT nur hinsichtlich der Behandlung von Erwachsenen, nicht auch hinsichtlich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen befasst und auch nicht befassen müssen. Insoweit hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, ein fachkundig besetztes Beratungsgremium auf Bundesebene, keine positive Empfehlung abgegeben, und auch die Prüfung der Eignung der GT für die Behandlung von Erwachsenen durch den GBA hat keine Hinweise auf eine entsprechende Eignung im Rahmen der Behandlung von Kindern erbracht.

SG Karlsruhe - S 1 KA 4414/02 -
 LSG Baden-Württemberg - L 5 KA 2851/06 -
 Bundessozialgericht - B 6 KA 45/08 R -

4) Die Revision der klagenden Psychotherapeutin, die erreichen will, Versicherte gesprächspsychotherapeutisch behandeln zu dürfen, ist ohne Erfolg geblieben.

Unabhängig von den auch in diesem Fall (siehe dazu zuvor 3) bestehenden übergangsrechtlichen Fragen steht dem Begehren der Klägerin jedenfalls auch der Beschluss des GBA vom 24.4.2008 entgegen, für die GT keine positive Empfehlung abzugeben. Dieser Beschluss steht mit § 92 Abs 6a SGB V im Einklang und verletzt auch nicht das Grundrecht der Klägerin auf berufliche Betätigungsfreiheit (Art 12 Abs 1 GG). Der GBA hat berücksichtigen dürfen, dass die GT nach den vorliegenden Studien allein für die Behandlung affektiver Störungen (Depression) geeignet ist und auch insoweit nur, wenn die betroffenen Patienten nicht zugleich an anderen Störungen leiden (Komorbidität). Therapeuten, die nur für dieses Verfahren qualifiziert sind und deshalb die Mehrzahl der Patienten nicht adäquat versorgen können, müssen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden.

Nicht entschieden hat das BSG, ob Versicherte, für deren Behandlung wegen einer Depression ohne Vorliegen weiterer psychischer Erkrankungen auch nach der Beurteilung des GBA die GT ein geeignetes und wirtschaftliches Behandlungsverfahren sein kann, nach § 27 Abs 1 iVm § 28 Abs 3 SGB V einen Anspruch auf Versorgung mit diesem Verfahren haben können. Der GBA hat seine Entscheidung gegen die GT vor allem auf den Aspekt der fehlenden Versorgungsrelevanz im Gesamtsystem der vertragsärztlichen Versorgung gestützt. Das ist nicht zu beanstanden, kann aber nicht hindern, dass Versicherte uU einen individualrechtlichen Behandlungsanspruch haben können, der in besonders gelagerten Fällen in diesem System nicht erfüllt werden kann. Dann steht den Versicherten der Weg offen, sich nach vorheriger Anfrage an die Krankenkasse die gesprächspsychotherapeutische Behandlung selbst zu beschaffen und sich die Kosten nach § 13 Abs 3 SGB V erstatten zu lassen.

SG Frankfurt - S 27 KA 3870/02 -
 Hessisches LSG - L 4 KA 43/08 -
 Bundessozialgericht - B 6 KA 11/09 R -

Die Urteile, die ohne mündliche Verhandlung ergehen, werden nicht in der Sitzung verkündet. Sofern die Ergebnisse von allgemeinem Interesse sind, erscheint ein Nachtrag zum Terminbericht nach Zustellung der Urteile an die Beteiligten.