S 87 KA 197/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	7
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Psychotherapeuten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze Mengensteuerung Quotierung der innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen
Leitsätze	Den Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 1. Juli 2010 ist für das Quartal I/11 keine Ermächtigung zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit einem geringeren Punktwert als den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten; das betrifft gleichermaßen antrags- wie nicht antragspflichtige Leistungen. Die gegenläufige honorarvertragliche Regelung ist wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig.
Normenkette	SGB V a.F. § 87b

1. Instanz

Aktenzeichen	S 87 KA 197/14
Datum	29.11.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 7 KA 2/18
Datum	17.11.2021

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung des KlÃ¤gers werden das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. November 2017 und der Honorarbescheid des KlÃ¤gers fÃ¼r das Quartal I/11 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2012 geÃ¤ndert. Die Beklagte wird verpflichtet, Ã¼ber den Honoraranspruch des KlÃ¤gers im Quartal I/11 in Bezug auf die nicht antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftigen psychotherapeutischen Leistungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Â

Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Tatbestand

Â

Die Beteiligten streiten im Berufungsverfahren noch Ã¼ber die VergÃ¼tung der vom KlÃ¤ger im Quartal I/11 erbrachten sonstigen nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.1 EBM (auÃer Probatorik nach EBM-Nr. 35150).

Â

Der KlÃ¤ger ist seit dem 1. MÃ¤rz 2003 als psychologischer Psychotherapeut zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung in B zugelassen. Seit dem 1. Juni 2008 fÃ¼hrt er seine Praxis im Verwaltungsbezirk F.

Â

Mit Honorarbescheid fÃ¼r das Quartal I/11 erhielt er ein Gesamthonorar in HÃ¶he von 23.648,87 Euro, nach Abzug der Verwaltungskosten in HÃ¶he von 23.199,55 Euro.

Â

Die ihm zugewiesene zeitbezogene KapazitÃ¤tsgrenze (30.853 Minuten) unterschritt er um 8.961 Minuten. FÃ¼r antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftige Leistungen sowie fÃ¼r probatorische Sitzungen (EBM-Nr. 35150) erhielt er die VergÃ¼tung zu den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung nach dem

Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent.

Â

Auf die Ã¼brigen nicht antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftigen Leistungen entfiel ein Honorar in HÃ¶he von 1.898,98 Euro, das die Beklagte nach einem quotierten Punktwert von 2,381 Cent berechnete; wÃ¤ren auch diese Leistungen nach dem Orientierungspunktwert vergÃ¼tet worden, hÃ¤tte das Honorar des KlÃ¤gers sich insoweit auf 2.787,93 Euro belaufen und er hÃ¤tte ein 888,95 Euro hÃ¶heres Honorar bezogen.

Â

Der quotierte Punktwert von 2,381 Cent entsprach demjenigen fÃ¼r die â□□mengenbegrenzenden MaÃ□nahmenâ□□ gemÃ¤Ã□ Anlage 1 Â§ 10 Abs. 1 zum Honorarvertrag 2011 (Honorarvertrag Ã¼ber die VergÃ¼tung vertragsÃ¤rztlicher Leistungen fÃ¼r das Vertragsgebiet Berlin fÃ¼r den Zeitraum 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2011 [im Folgenden: HV 2011]).

Â

Â§ 10 Abs. 1 Anlage 1 HV 2011 bestimmte:

Â

â□□FÃ¼r die Umsetzung der VergÃ¼tung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftigen Leistungen bis zur zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze mit den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung wird gemÃ¤Ã□ Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 228. Sitzung am 1. Juli 2010 ein VergÃ¼tungsvolumen aus der Summe des TeilvergÃ¼tungsvolumens nach Â§ 1 Nr. 1 sowie der fÃ¼r die in Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 3 gebildet. Aus diesem VergÃ¼tungsvolumen werden die Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des EBM-Abschnitts 35.2 fÃ¼r die in Â§ 87b Abs. 2 SGB V genannten Arztgruppen unter BerÃ¼cksichtigung der Mengenbegrenzung gemÃ¤Ã□ Â§ 14 Abs. 2 i.V.m. Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 und die Ã¼brigen, nicht antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftigen Leistungen fÃ¼r die in Â§ 9 Abs. 1 genannten Arztgruppen bis zur HÃ¶he der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze zu den Preisen der regionalen Euro-GebÃ¼hrenordnung vergÃ¼tet. Reicht das nach Satz 1 gebildete VergÃ¼tungsvolumen fÃ¼r die VergÃ¼tung der Ã¼brigen, nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen fÃ¼r die in Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 genannten Arztgruppen nicht aus, wird diese VergÃ¼tung gemÃ¤Ã□ Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 228. Sitzung am 01. Juli 2010 insbesondere im Bereich der probatorischen Leistungen nach Â§ 23a Abs. 1 Nr. 1 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben des Â§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V und der Rechtsprechung des BSG quotiert. Der Anteil der die zeitbezogenen

KapazitÃ¤tsgrenze Ã¼berschreitenden Ã¼brigen, nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen wird aus dem Abzug gemÃ¤Ã Â§ 4 Nr. 8 i.V.m. Â§ 13 Abs. 2 vergÃ¼tet.â

Â

Mit seinem Widerspruch rÃ¼gte der KlÃ¤ger die nur quotierte VergÃ¼tung der erbrachten nicht antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftigen Leistungen und die Angemessenheit der VergÃ¼tung im Ãbrigen. SÃ¤mtliche nicht antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftigen Leistungen seien im Rahmen der KapazitÃ¤tsgrenze nach den Werten der Euro-GebÃ¼hrenordnung zu vergÃ¼ten.Â

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. Dezember 2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck. Die Quotierung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen entspreche den Vorgaben des Bewertungsausschusses, insbesondere in seinem Beschluss vom 22. September 2009 (199. Sitzung) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach Â§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2010 sowie zum 1. Juli 2010, dort Teil F Abschnitt II. (âKonvergenzphaseâ). Danach kÃ¶nnten auch âfreie Leistungenâ einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditÃ¤tsbedingte GesamtvergÃ¼tung zu Lasten anderer Ãrzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Ursache fÃ¼r die EinfÃ¼hrung der Mengenbegrenzungsregelung fÃ¼r die âfreien Leistungenâ sei der Verfall der Fallwerte im Regelleistungsvolumen trotz gleichbleibender Gesamtgeldmenge um etwa 15 Prozent im Quartal I/10 gegenÃ¼ber dem Quartal I/09. Dies habe zum 1. Juli 2010 zur Anlage 1 im Honorarvertrag 2010 gefÃ¼hrt, welche mengenbegrenzende MaÃnahmen ermÃ¶gliche. Man habe im Sinne der Sicherung einer flÃ¤chendeckenden Versorgung keine andere MÃ¶glichkeit des Eingreifens gehabt als die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegenden, aber innerhalb der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung zu vergÃ¼tenden Leistungen ebenfalls einer Mengenbegrenzung zu unterziehen. Der Bewertungsausschuss habe hingegen nur eine Quotierung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ausgeschlossen. FÃ¼r die Quartale IV/2010 und I/2011 ergebe sich die ErmÃ¤chtigungsgrundlage fÃ¼r die Quotierung der n.a.L. aus dem Beschluss des BewA vom 1. Juli 2010 (228. Sitzung) mit Wirkung zum 1. Oktober 2010. GemÃ¤Ã dessen Teil F Abschnitt I. Ziffer 4.3 sei fÃ¼r die Umsetzung der VergÃ¼tung der a.L. und n.a.L. mit den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze ein VergÃ¼tungsvolumen aus der Summe der VergÃ¼tungsvolumen gemÃ¤Ã Abschnitt I. Ziffer 2.4 erster Absatz sowie dem fÃ¼r die in Ziffer 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemÃ¤Ã Abschnitt I. Ziffer 3.1.1 zu bilden. Ãber das Verfahren bei Unter- oder Ãberschreitung des Verteilungsvolumens nach Satz 1 einigten sich die Partner der GesamtvertrÃ¤ge unter Beachtung des Grundsatzes gemÃ¤Ã I., zweiter Absatz, der gesetzlichen Vorgaben des Â§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

Â

Auf die hiergegen erhobene Klage hat das Sozialgericht Berlin die Beklagte mit Urteil vom 29. November 2017 verpflichtet, Ã¼ber die VergÃ¼tung des KlÃ¤gers im streitigen Quartal in Bezug auf die antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftigen Leistungen neu zu entscheiden und die Klage im Ãbrigen abgewiesen.

Â

Zur BegrÃ¼ndung hat das Sozialgericht in Bezug auf die nicht antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftigen Leistungen im Wesentlichen ausgefÃ¼hrt:Â Die vorgenommene Quotierung und die zugrunde liegenden Regelung im Honorarvertrag seien rechtmÃ¤Ãig. Die Rechtsgrundlage der vom KlÃ¤ger beanstandeten Quotierung liege in Â§ 10 Abs. 1 der Anlage 1 des Honorarvertrages 2011 fÃ¼r das Quartal I/11 vom 30. Dezember 2010. Wenn â wie im Quartal I/11 â das gebildete VergÃ¼tungsvolumen nicht ausreiche, dÃ¼rften die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen niedriger vergÃ¼tet werden. Die Regelung verstoÃe nicht gegen hÃ¶herrangiges Recht. Â§ 87b Abs. 2 SÃ¤tze 6 und 7 i.V.m. Â§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V (a.F.) ermÃ¤chtige den BewA nicht nur Vorgaben dazu zu machen, welche Leistungen auÃerhalb der RKV vergÃ¼tet wÃ¼rden, sondern auch Vorgaben zu erlassen, die sich auf die ModalitÃ¤ten der VergÃ¼tung dieser Leistungen bezÃ¶gen (Hinweis auf B 6 KA 6/16 R Rdrn. 16 ff.). Die konkrete Quotierung stehe in Ãbereinstimmung mit den Vorgaben des BewA. Teil F Abschnitt II. Ziffer 1. SÃ¤tze 2 und 3 des Beschlusses des BewA vom 26. MÃ¤rz 2010 erlaubten eine Ausnahme von der Vorgabe in Teil F Abschnitt I. Ziffer 4.1 und 4.2, wonach die innerhalb der ZBKG erbrachten Leistungen unabgestaffelt mit den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung zu vergÃ¼ten seien. Die mit dem Beschluss des BewA vom 1. Juli 2010 eingefÃ¼hrte Ziffer 4.3 enthalte nunmehr die ErmÃ¤chtigung dafÃ¼r, dass sich die Gesamtvertragspartner Ã¼ber ein Verfahren der Quotierung bei Ãber- oder Unterschreitung des gemeinsamen VergÃ¼tungsvolumens der a.L. und n.a.L. einigen durften. Nur fÃ¼r die a.L. sei diese Grundlage dann durch die Vorgabe in Abschnitt II. Ziffer 3. eingeschrÃ¤nkt worden. FÃ¼r die n.a.L. stelle die ZBKG demnach keine absolute Grenze der weiteren Steuerung dar. Der Bewertungsausschuss habe den regionalen Gesamtvertragspartnern fÃ¼r den Fall der Ãberschreitung des VergÃ¼tungsvolumens weitere Steuerungsinstrumente erÃ¶ffnen wollen. Es sei nicht geboten, die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie genau so zu vergÃ¼ten wie die genehmigungspflichtigen. Das habe auch das Bundessozialgericht ausdrÃ¼cklich so gesehen; es habe lediglich gefordert, dass die VergÃ¼tung probatorischer Sitzungen 2,56 Cent nicht unterschreiten dÃ¼rfe (Hinweis auf Urteil vom 28. Mai 2008, B 6 KA 9/07 R). Diese Vorgabe habe die Beklagte beachtet.

Â

Gegen das ihm am 13. Dezember 2017 zugestellte Urteil hat der KlÃ¤ger am 9. Januar 2018 Berufung eingelegt, mit der er allein fÃ¼r die n.a.L. â auÃer der Probatorik â eine hÃ¶here, nÃ¤mlich unquortierte VergÃ¼tung verfolgt. Zur

BegrÃ¼ndung fÃ¼hrt er im Wesentlichen an: Zuzustimmen sei dem Sozialgericht, dass Teil F Abschnitt II. Nr. 1 Satz 2 des Beschlusses des BewA vom 26. MÃ¤rz 2010 wegen seines nachfolgenden Satzes 3 auch fÃ¼r Arztgruppen gelte, fÃ¼r die kein Regelleistungsvolumen (RLV), sondern die zeitbezogene KapazitÃ¤tsgrenze (ZBKG) gelte. Nicht richtig sei dagegen, dass Satz 2 dagegen spreche, dass nur Leistungen auÃerhalb einer ZBKG einer weiteren Steuerung unterzogen werden kÃ¶nnten. Denn die Einbeziehung der Ãrzte mit dem ZBKG sei gerade durch Abschnitt II. Nr. 1 Satz 3 des Beschlusses erfolgt. Teil F Abschnitt II. Ziffer 3. des BewA-Beschlusses (vom 26. MÃ¤rz 2010) spreche nicht gegen die klÃ¤gerische Auffassung. Er greife nur ein, wenn auch Ziffer 1. eingreife, wenn also die Mengensteuerung nicht bereits nach Abschnitt I. erfolge. Damit sei aber nicht gesagt, dass die nicht antragspflichtigen Leistungen (n.a.L.) dem Schutzbereich der ZBKG entzogen seien, sondern nur, dass im Fall der Ãberschreitung der ZBKG im Fall der a.L. trotzdem die die in Ziffer 3. genannten Vorgaben zur Anwendung gelangten. Da der KlÃ¤ger aber in beiden Leistungsbereichen unterhalb der ZBKG abgerechnet habe, seien die n.a.L. ohne Quotierung zu vergÃ¼ten. Im Lichte der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mÃ¼ssten die neu eingefÃ¼hrten ZBKG dem vom Bundessozialgericht nur fÃ¼r die a.L. ausdrÃ¼cklich gebildeten â Schutzraumâ zugeordnet werden. Dies bewirke auch eine Austauschbarkeit der Leistungen innerhalb des Umfangs der ZBKG. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts sei die Parenthese in Teil F Abschnitt II. Ziffer 1., 2. Satz nicht so zu lesen, dass eine Steuerung i.S. des Abschnitt I. gemeint sein kÃ¶nne. Auch die mit Beschluss des BewA vom 1. Juli 2010 mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 in Abschnitt I. eingefÃ¼gte Ziffer 4.3 biete keine Rechtsgrundlage fÃ¼r die Quotierung. Es handele sich dabei um eine Finanzierungs- und keine VergÃ¼tungsregelung, deren Adressaten nicht die einzelnen Leistungserbringer seien. Die Regelung sehe u.a. eine Vereinigung von zwei verschiedenen VergÃ¼tungsvolumina zu einem einzigen fÃ¼r die antrags- und nicht antragspflichtigen Leistungen vor. Eine fÃ¼r die a.L. parallele Verpflichtung der Gesamtvertragspartner finde sich im Ãbrigen in Abschnitt I. Ziffer 2.4 Abs. 1 des Beschlusses vom 26. MÃ¤rz 2010, wonach diese sich u.a. im Fall der Ãberschreitung des VergÃ¼tungsvolumens einigen mÃ¼ssten, wie sie die VergÃ¼tung zum OPW fÃ¼r die psychotherapeutischen Leistungen sicherstellten. Auch die Tatsache, dass Abschnitt I. Ziffer 4.2.1 nur fÃ¼r die a.L. einen bundeseinheitlich festgelegten Grenzwert enthalte, in Ziffer 4.2.2 dagegen ein (regional schwankender) Anteil festzulegen sei, spreche nicht dagegen, dass es sich dabei insgesamt um eine absolute Grenze handele, innerhalb derer die Leistungen nach der festen Euro-GebÃ¼hrenordnung zu vergÃ¼ten seien. Sinn der Einrichtung eines einheitlichen VergÃ¼tungsvolumens zum 1. Oktober 2010 sei es gewesen, eine Substitution der beiden Leistungen innerhalb der ZBKG zu gewÃ¤hrleisten. Dies wÃ¼rde konterkariert, wenn innerhalb der Gesamt-ZBKG dann wieder hinsichtlich der VergÃ¼tung nach den antrags- und nicht antragspflichtigen Leistungen unterschieden wÃ¼rde. Bei anderer Betrachtung wÃ¼rde die Vollauslastungshypothese des Bundessozialgerichts, mit der eine MindestvergÃ¼tung fÃ¼r Psychotherapeuten garantiert werden sollte, unterlaufen. Im Ãbrigen unterlÃ¤gen auch die n.a.L. â anders als dies das Sozialgericht zugrunde gelegt habe â einer in der Abrechnungsbestimmung vorgegebenen Zeitvorgabe mit einer Mindestdauer von jeweils 10 Minuten. Er verweise zur weiteren BegrÃ¼ndung auf seinen Vortrag in der parallel vor dem Senat

gefÃ¼hrten Streitsache L 7 KA 27/16. Die zum dort streitigen Quartal II/2010 aufgefÃ¼hrten weiteren Argumente mache er sich auch fÃ¼r das Quartal I/2011 zu eigen.

Â

Der KlÃ¤ger beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. November 2017 sowie den Honorarbescheid fÃ¼r das Quartal I/11 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2012 zu Ã¤ndern und die Beklagte zu verpflichten, Ã¼ber die VergÃ¼tung der nicht antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftigen psychotherapeutischen Leistungen fÃ¼r das Quartal I/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Â

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen,

Â

hilfsweise die Revision zuzulassen.

Â

Sie hÃ¤lt die erstinstanzliche Entscheidung fÃ¼r zutreffend, soweit der KlÃ¤ger sie mit der Berufung angreift. Soweit sich der KlÃ¤ger u.a. auf ein Urteil des LSG Sachsen vom 25. April 2018 (L 7 KA 4/16) berufe, folge dem die Beklagte nicht und sehe sich durch andere untergerichtliche Rechtsprechung hierin bestÃ¤tigt. So gehe z.B. das Sozialgericht Bremen davon aus, dass mit der im Ãnderungsbeschluss des BewA vom 1. Juli 2010 eingefÃ¼gten neuen Regelung in Teil F Abschnitt I. Ziffer 4.3 den Partnern der GesamtvertrÃ¤ge die MÃ¶glichkeit gegeben sei, bei Ãberschreitung des VergÃ¼tungsvolumens von der in Teil F Abschnitt I. Ziffer 2.4 und Ziffer 4.1 in der Fassung des Beschlusses vom 26. MÃ¤rz 2010 statuierten Verpflichtung abzuweichen, wonach die n.a.L. innerhalb der ZBKG mit den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung zu vergÃ¼ten seien. AuÃerdem wÃ¼rde der darin enthaltene Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Vorgaben zur MindestvergÃ¼tung leerlaufen, hÃ¤tte der BewA nicht auch eine Quotierung dieser Leistungen fÃ¼r mÃ¶glich gehalten. Im Ãbrigen habe das Bundessozialgericht in seinen Urteilen vom 11. Oktober (u.a. B 6 KA 37/17 R) die

RechtmÃ¤Ãigkeit der Quotierung von n.a.L. bestÃ¤tigt.

Â

Mit Bescheid vom 15. April 2020 hat die Beklagte dem KlÃ¤ger fÃ¼r das Quartal I/11 eine NachvergÃ¼tung in Bezug auf die erbrachten antrags- und genehmigungsbedÃ¼rftigen Leistungen in HÃ¶he von 90,30 Euro gewÃ¤hrt. Diese NachvergÃ¼tung beruht auf einer HÃ¶herbewertung der dieser Leistungen aus EBM-Abschnitt 35.2 durch den Bewertungsausschuss.

Â

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Ãbrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der ErÃ¶rterung in der mÃ¼ndlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

I. Der Senat entscheidet in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der VertragsÃ¤rzte und Psychotherapeuten, weil es sich um eine Angelegenheit der VertragsÃ¤rzte und Psychotherapeuten handelt (Â§ 12 Abs. 3 SozialgerichtsgesetzÂ [SGG]).

Â

II. Die gemÃ¤Ã Â§ 143 SGG statthafte und nach Â§ 151 GG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des KlÃ¤gers ist zulÃ¤ssig. Sie bedurfte nicht der Zulassung (Â§ 144 SGG), weil der Beschwerdewert von 750,00 Euro zum maÃgebenden Zeitpunkt der Einlegung der Berufung fÃ¼r die streitige VergÃ¼tung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen fÃ¼r das Quartal I/2011, auch ohne die Probatorik, Ã¼berschritten war.

Â

III. Die Berufung des KlÃ¤gers ist erfolgreich. Das Sozialgericht hat die Klage des KlÃ¤gers, betreffend die VergÃ¼tung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (n.a.L.), zu Unrecht abgewiesen. Der Honorarbescheid der Beklagten in der Fassung des Widerspruchsbescheids ist insoweit rechtswidrig und beschwert den KlÃ¤ger (Â§ Â 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Die Beklagte hat die genannten Leistungen unquotiert zu vergÃ¼ten.

Â

1. Allein noch streitig ist im Berufungsverfahren eine hÃ¶here VergÃ¼tung fÃ¼r die n.a.L. im Quartal I/2011 in HÃ¶he von 888,95 Euro. Die Differenz ergibt sich daraus, dass die Beklagte zwar fÃ¼r die n.a.L. in Gestalt der probatorischen Sitzungen eine VergÃ¼tung in HÃ¶he von 3,5048 Cent pro Punkt berechnete, die Ã¼brigen n.a.L. jedoch unterhalb dieses Wertes mit nur 2,381 Cent vergÃ¼tete. HÃ¤tte die Beklagte die einzelnen Leistungen der Ã¼brigen n.a.L. gÃ¤nzlich unquotiert vergÃ¼tet, d.h. auf der Basis des OPW-Wertes von 3,5048 Cent, hÃ¤tte der KlÃ¤ger eine hÃ¶here VergÃ¼tung in der obigen HÃ¶he erhalten. In der Sache streiten die Beteiligten damit weiter Ã¼ber die Frage, ob die auf dem Honorarvertrag (2011) beruhende quotierte VergÃ¼tung der n.a.L. (ohne die Probatorik) rechtmÃ¤Ãig erfolgte.

Â

2. Der KlÃ¤ger hat einen Anspruch auf eine unquotierte VergÃ¼tung der streitigen n.a.L., denn die honorarvertragliche Rechtsgrundlage fÃ¼r die nur quotierte VergÃ¼tung der n.a.L. innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze (ZBKG) ist wegen des VerstoÃes gegen hÃ¶herrangiges Recht nichtig. Zwischen den Beteiligen ist unstreitig, dass die streitbefangenen (nicht antragspflichtigen) Leistungen vom KlÃ¤ger innerhalb der auf dem Beschluss des BewA fÃ¼r I/2011 beruhenden ZBKG erbracht wurden.

Â

a. Rechtsgrundlage der VergÃ¼tung der n.a.L. im Quartal I/2011 ist Â§ 7 Abs. 1 und Abs. 2 i.V.m. Anlage 1 HV 2011. Die erbrachten und abgerechneten Leistungen wurden Ãrzten und Psychotherapeuten nach Â§ 7 Abs. 1 Satz 1 HV 2011 grundsÃ¤tzlich nach den Bestimmungen und Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung Berlin vergÃ¼tet, die Leistungen, die gemÃ¤Ã dem Vertrag der Mengensteuerung unterliegen, je Psychotherapeuten und Psychotherapeutenpraxis bis zur HÃ¶he der zugewiesenen zeitgebundenen KapazitÃ¤tsgrenzen. Die das Regelleistungsvolumen bzw. die zeitgebundenen KapazitÃ¤tsgrenzen Ã¼berschreitenden Leistungen wurden den Ãrzten bzw. den Psychotherapeuten zu abgestaffelten Preisen vergÃ¼tet (Â§ 7 Abs. 1 Satz 2 HV 2011). FÃ¼r die Leistungsbereiche auÃerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen haben die Gesamtvertragspartner auf der Grundlage von Â§ 7 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. Â§ 10 Abs. 1 Satz 3 der Anlage 1 zum HV 2011 mengenbegrenzende MaÃnahmen, in Gestalt einer Befugnis zur Quotierung der VergÃ¼tung fÃ¼r n.a.L. vereinbart.

Â

Nach Â§ 10 Abs. 1 Satz 3 Anlage 1 HV 2011 hat die Beklagte die n.a.L. des KlÃ¤gers im Quartal I/2011 einer Quotierung unterzogen, weil das fÃ¼r die VergÃ¼tung der in Â§ 10 Abs. 1 Satz 1 Anlage 1 zum HV 2011 genannten antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gemÃ¤Ã Nr. 2 des Beschlusses des BewA

vom 26. MÃ¤rz 2010 (228. Sitzung) gebildete Honorarvolumen fÃ¼r eine VergÃ¼tung aller Leistungen innerhalb der ZBKG zum (vollen) OPW nicht ausreichte.

Â

b. FÃ¼r diese nur quotierte VergÃ¼tung der n.a.L. fehlt es an einer wirksamen Rechtsgrundlage.

Â

Der VergÃ¼tungsanspruch der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen, wozu auch die psychotherapeutischen Leistungen gehÃ¶ren, beruhte auf dem zum 1. Januar 2009 neu eingefÃ¼hrten VergÃ¼tungssystem. GemÃ¤Ã Â§ 87b FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V in der Fassung des Gesetzes zur StÃ¤rkung des Wettbewerbs vom 26. MÃ¤rz 2007, BGBl. I, S. 378, im Folgenden: SGB V a.F.) wurden die vertragsÃ¤rztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung (KV) auf der Grundlage der regional geltenden Euro-GebÃ¼hrenordnung nach Â§ 87a Abs. 2 SGB V a.F. vergÃ¼tet. Zur Verhinderung einer Ã¼bermÃ¤Ãigen Ausdehnung der TÃ¤tigkeit des Arztes und der Arztpraxis waren arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV) festzulegen (Â§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V a.F.).

Â

Nach Â§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V a.F. waren antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der FachÃ¤rzte fÃ¼r Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der FachÃ¤rzte fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, der FachÃ¤rzte fÃ¼r Nervenheilkunde, der FachÃ¤rzte fÃ¼r Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ãrzte auÃerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergÃ¼ten. Abs. 2 Satz 7 bestimmte ergÃ¤nzend, dass weitere vertragsÃ¤rztliche Leistungen auÃerhalb der Regelleistungsvolumina vergÃ¼tet werden konnten, wenn sie besonders gefÃ¶rdert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und AusfÃ¼hrung der Leistungserbringung erforderlich war.

Â

Â§ 87b Abs. 4 SGB V a.F. bestimmte:

1Der Bewertungsausschuss bestimmt erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den AbsÃ¤tzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Ãbermittlung der dafÃ¼r erforderlichen Daten. Er bestimmt darÃ¼ber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von AbsatzÂ 2 SatzÂ 3, 6 und 7 sowie GrundsÃ¤tze zur Bildung von RÃ¼ckstellungen nach AbsatzÂ 3 SatzÂ 5.

Â

Nach Â§ 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V a.F. waren die o.g. Vorgaben des BewA von den KV (zwingend) zu beachten. Nach Â§ 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V a.F. hatte der nach Â§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V a.F. durch den BewA zu vereinbarende EBM in seinen Bewertungen fÃ¼r psychotherapeutische Leistungen eine angemessene HÃ¶he der VergÃ¼tung je Zeiteinheit zu gewÃ¤hrleisten (heute: Â§ 87 Abs. 2c Satz 7 SGB V). In Beachtung dieses Gebots hat der BewA die Punktzahlen im Abschnitt 35.2 EBM zum 1. Januar 2009 gegenÃ¼ber dem EBM 2008 erhÃ¶ht (dazu BSG, Urteil vom 11. Oktober 2018 â□□ B 6 KA 8/16 R, vgl. zum Ganzen: LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 28. April 2021 â□□ L 5 KA 4152/18, Rdnr. 25).

Â

aa. Auf den o.g. rechtlichen Grundlagen hat der BewA bereits am 27./28. August 2008 in seiner 7. Sitzung in Teil F zur Verhinderung der Ã¼bermÃ¤Ã□igen Ausdehnung der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit Vorgaben u.a. zur Ermittlung und Bildung der RLV beschlossen. In Ziff. 4 war u.a. fÃ¼r Psychologische Psychotherapeuten bereits die Zuweisung zeitbezogener KapazitÃ¤tsgrenzen vorgesehen, um eine Ã¼bermÃ¤Ã□ige Ausdehnung der psychotherapeutischen TÃ¤tigkeit zu verhindern. Mit Beschluss vom 22. September 2009 hat der BewA in seiner 199. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2010 in Teil F in Abschnitt I. Vorgaben zur Berechnung zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen bestimmt.

Â

Teil F Abschnitt I. Ziffer 1. regelte den â□□Grundsatz der VergÃ¼tung der Ã□rzteâ□□, Abschnitt I. Ziffer 1.2 bestimmte die â□□BezugsgrÃ¶Ã□en der Regelleistungsvolumenâ□□

Â

Abschnitt I. Ziffer 4. bestimmte die â□□Zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenzenâ□□ wie folgt:

Â

â□□4.1 Anwendungsbereich

Â

Abweichend von den Regelungen fÃ¼r Arztgruppen gemÃ¤Ã□ Anlage 1 werden fÃ¼r

- Psychologische Psychotherapeuten

Â

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Â

- FachÃ¤rzte fÃ¼r Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Â

- andere ausschlieÃlich psychotherapeutisch tÃ¤tige VertragsÃ¤rzte gemÃ¤Ã den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

Â

Â

zeitbezogene KapazitÃ¤tsgrenzen je Quartal durch die KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen jedem Arzt zugewiesen, um eine Ã¼bermÃ¤Ãige Ausdehnung der psychotherapeutischen TÃ¤tigkeit zu verhindern. ÃberschreitetÂ die abgerechnete Ã¤rztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen an den PrÃ¼fzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen BewertungsmaÃstab (EBM) in der gÃ¼ltigen Fassung die gemÃ¤Ã 4.2 ermittelte zeitbezogene KapazitÃ¤tsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach 1.1 vergÃ¼tet.

Â

4.2 Ermittlung und Festsetzung der KapazitÃ¤tsgrenzen

Â

4.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie

Als Anteil der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze fÃ¼r die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

Â

4.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen

Als Anteil der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze fÃ¼r die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete Ã¤rztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den PrÃ¼fzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBMÂ (in der gÃ¼ltigen Fassung) ermittelt.

Â

4.2.3 Zeitbezogene KapazitÃ¤tsgrenze

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in 4.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene KapazitÃ¤tsgrenze aus der Addition der Werte in 4.2.1 und 4.2.2.â□□

Â

Zur VergÃ¼tung bestimmte Abschnitt I. Ziffer 2.2 unter der Ã□berschrift: â□□Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegenâ□□:

Â

â□□Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Ziff. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F, antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM, Leistungen im organisierten Notfalldienst sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der GesamtvertrÃ¤ge nach Â§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder Â§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V ergeben, unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.â□□

Â

Ziffer 2. wurde mit Beschluss des BewA vom 26. MÃ¤rz 2010 in seiner 218. Sitzung mit Wirkung ab dem 1. Juli 2010 um eine neue Ziffer ergÃ¤nzt:

â□□2.4 VergÃ¼tung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ã□rzten der in Â§ 87b Abs. 2 Satz 6 genannten Arztgruppen werden aus dem VergÃ¼tungsanteil gemÃ¤Ã□ Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17. mit den Preisen der regionalen Euro-GebÃ¼hrenordnung vergÃ¼tet, wobei fÃ¼r die in 4.1 genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze gemÃ¤Ã□ 4.2.1 zu berÃ¼cksichtigen sind. Ã□ber das Verfahren bei Ã□ber- und Unterschreitung des VergÃ¼tungsvolumens einigen sich die Partner der GesamtvertrÃ¤ge unter Beachtung des Grundsatzes gemÃ¤Ã□ I., zweiter Absatz.â□□

Â

[â□¦]

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ã□rzten gemÃ¤Ã□ 4.1 werden innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenzen aus den entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemÃ¤Ã□ 3.1.3 vergÃ¼tet. Wird die HÃ¶he der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze Ã¼berschritten, erfolgt die VergÃ¼tung mit abgestaffelten

Preisen gemÃ¤Ã 1.1.â

Die in Bezug genommene Ziff. 3.1.3 bestimmte, dass das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemÃ¤Ã Anlage 2 (Arztgruppen) und Beschluss Teil F Abschnitt I. Ziffer 4.1 verteilt wird. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

In Teil F Abschnitt I. zweiter Absatz bestimmte der BewA in dem Beschluss vom 26. MÃ¤rz 2010:

Â

âAusgangsgrÃ¶Ãe der Honorarverteilung ist die jeweils fÃ¼r das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditÃ¤tsbedingte GesamtvergÃ¼tung gemÃ¤Ã Â§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V. Die mit diesem Beschluss erfolgende Anpassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 (â¦) kann daher keine Nachschusspflicht der Krankenkassen begrÃ¼nden.â

Â

Am 1. Juli 2010 fÃ¼gte der BewA in seiner 228. Sitzung zur Ãnderung des Beschlusses der 218. Sitzung vom 26. MÃ¤rz 2010 âzur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach Â§ 87b Abs. 2 und 3 SGB Vâ mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 zusÃ¤tzlich in Abschnitt I. nach der Ziff. 4.2.3 die Ziff. 4.3 ein:

Â

â4.3 Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze

Â

FÃ¼r die Umsetzung der VergÃ¼tung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze mit den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung ist ein VergÃ¼tungsvolumen aus der Summe der VergÃ¼tungsvolumen gemÃ¤Ã Teil F Ziff. I, Nr. 2.4, erster Absatz sowie dem fÃ¼r die in 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemÃ¤Ã Teil F Ziff. I, 3.1.3 zu bilden. Ãber das Verfahren bei Ãber- und Unterschreitung des VergÃ¼tungsvolumens nach Satz 1 einigen sich die Partner der GesamtvertrÃ¤ge unter Beachtung des Grundsatzes gemÃ¤Ã I., zweiter Absatz, der gesetzlichen Vorgaben des Â§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V und der Rechtsprechung des BSG.â

Â

Abschnitt II. bestimmte in der Fassung des Beschlusses des BewA vom 26. MÃ¤rz

2010 unter der Ãberschrift â□□Konvergenzphase fÃ¼r die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsÃ¤rztlichen VergÃ¼tung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach Â§ 87b Abs. 2 und 3 SGB Vâ□□:

Â

â□□1. Zur Vermeidung von Ã¼berproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flÃ¤chendeckenden Versorgung mit vertragsÃ¤rztlichen Leistungen kÃ¶nnen die Partner der GesamtvertrÃ¤ge einvernehmlich und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2011 ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) beschlieÃen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begrÃ¼ndet sind.

Â

Leistungen der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung, die auÃerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergÃ¼tet werden, kÃ¶nnen â□□ soweit dies nicht bereits gemÃ¤Ã Abschnitt I. dieses Beschlusses erfolgt â□□ einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditÃ¤tsbedingte GesamtvergÃ¼tung zu Lasten anderer Ãrzte oder Arztgruppen (z.B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch fÃ¼r Leistungen der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Â

2. [â□¦]

Â

3. FÃ¼r die VergÃ¼tung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie der in Â§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Ãrzte und Psychotherapeuten sind die gesetzlichen Vorgaben, die Rechtsprechung des BSG und die in Abschnitt I., Ziffer 4. genannten Vorschriften zwingend zu beachten. Weiterhin ist Anlage 2, Nr. 1 zur Trennung der Anteile der hausÃ¤rztlichen und fachÃ¤rztlichen VergÃ¼tung zu beachten.â□□

Â

bb. Diesen Vorgaben des BewA ist fÃ¼r die Partner der GesamtvertrÃ¤ge fÃ¼r das streitige Quartal I/2011keine ErmÃ¤chtigung zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze mit einem geringeren Punktwert als den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung zu vergÃ¼ten. Â§ 7 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. Anlage 1 HV 2011 steht im Widerspruch zu den

zwingenden Vorgaben des BewA-Beschlusses vom 1. Juli 2010 (Â§ 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V a.F.) und ist deshalb nichtig. Der Senat nimmt insoweit Bezug auf die AusfÃ¼hrungen des LSG Baden-WÃ¼rttemberg im Urteil vom 28. April 2021 (L 4 KA 4152/18 Rdnr. 49 ff.) und schlieÃt sich dem u.a. fÃ¼r das hier streitige Quartal I/2011 in den dortigen EntscheidungsgrÃ¼nden nÃ¤her entwickelten Auslegungsergebnis nach eigener PrÃ¼fung ausdrÃ¼cklich an.

Â

GemÃ¤Ã Abschnitt I. Ziffer 1.1 des Beschlusses des BewA vom 1. Juli 2010 sind vertragsÃ¤rztliche Leistungen grundsÃ¤tzlich auf der Basis der im Abrechnungsquartal gÃ¼ltigen regionalen Euro-GebÃ¼hrenordnung, d.h. nach dem vollen OPW, zu vergÃ¼ten (1.1 Satz 1). Eine EinschrÃ¤nkung formulieren Abschnitt I. Ziffer 1.1 Satz 2 und 4, wonach zur Verhinderung einer Ã¼bermÃ¤Ãigen Ausdehnung der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit je Quartal eine abrechenbare Leistungsmenge festgelegt werden kann, die mit den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung, d.h. dem OPW, vergÃ¼tet werden und ein Ã¼berschieÃender Teil mit abgestaffelten Punktwerten. Der dabei verwendete Begriff der Ã¤rztlichen Leistungen umfasst auch die psychotherapeutischen Leistungen, denn nach Â§ Â 87 Abs. 1 i.V.m. Â§ 87b Abs. 4 SGB V a.F. legt der BewA auch die GrundsÃ¤tze fÃ¼r die VergÃ¼tung von psychotherapeutischen Leistungen fest. GemÃ¤Ã Â§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V a.F. sind allein die vertragszahnÃ¤rztlichen Leistungen ausgenommen.

Aus Abschnitt I. Ziffer 4.1 Satz 2 des Beschlusses vom 1. Juli 2010 ergibt sich, dass die psychotherapeutischen Leistungen, die innerhalb der KapazitÃ¤tsgrenze (Ziffer 4.2) erbracht und abgerechnet werden, mit den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung zu dem OPW vergÃ¼tet werden. Eine abgestaffelte VergÃ¼tung erfolgt â vergleichbar dem RLV â erst bei Ãberschreitung der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze, zu der es beim KlÃ¤ger nicht gekommen ist (Abschnitt I. Ziffer 4.1 Satz 3). Bis zu der gemÃ¤Ã Ziffer 4.2 ermittelten zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze erfolgt dagegen keine Abstaffelung. Aus der GegenÃ¼berstellung von Abschnitt I. Ziffer 1.1 Satz 2 und Ziffer 4.1Â ergibt sich, dass fÃ¼r die Summe der psychotherapeutischen Leistungen nach Ziffer 4.1 die Zeitbezogene KapazitÃ¤tsgrenze (ZBKG) an die Stelle der RLV (Abschnitt I. Ziffer 1.1) tritt.

Â

Abschnitt I. Ziffer 4.3, der erst mit dem Beschluss vom 1. Juli 2010 mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 ergÃ¤nzt wurde, wonach fÃ¼r die Umsetzung der VergÃ¼tung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze mit den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung ein (einheitliches) VergÃ¼tungsvolumen zu bilden war, kann die Quotierung nicht tragen. Denn es handelt es sich trotz der systematischen Stellung unmittelbar nach Ziffer 4.2.1 bis 4.2.3, die die VergÃ¼tung innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze regeln, um eine Vorschrift zur Finanzierung der genannten VergÃ¼tungsansprÃ¼che (vgl. die Formulierung in

Satz 1 â□□fÃ¼r die Umsetzungâ□□). AuÃ□erdem geht die Regelung selbst davon aus, dass die Leistungen innerhalb der KapazitÃ¤tsgrenze â□□mit den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnungâ□□ zu vergÃ¼ten sind (vgl. Satz 1). Vor diesem Hintergrund wird auch mit der wortgleich mit Ziffer 2.4, erster Absatz, Satz 2 in Ziffer 4.3 Satz 2 erfolgten Bezugnahme auf Ziffer I., zweiter Absatz, weder explizit eine Quotierung erkennbar noch ein hinreichend klares Indiz fÃ¼r eine an anderer Stelle nur quotiert gestaltete VergÃ¼tung, auf die Bezug genommen wird.

Auch die Regelung Abschnitt I. Ziffer 2.4, die mit Beschluss des BewA vom 26. MÃ¤rz 2010 zum 1. Juli 2010 neu in Abschnitt I. eingefÃ¼gt wurde, fÃ¼hrt hinsichtlich einer Quotierung der VergÃ¼tung nicht weiter. Es handelt sich ebenfalls um eine Vorschrift, die die vertragsÃ¤rztlichen Leistungen umschreibt, fÃ¼r die eine Steuerung erfolgt (vgl. die Ã□berschrift zu 2. â□□Benennung derâ□¦.Leistungen und FÃ¤lle, die von der Steuerung durch Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfasst sindâ□□). Ziffer 2.4 enthÃ¤lt dazu Vorgaben fÃ¼r die Bildung des VergÃ¼tungsvolumens fÃ¼r psychotherapeutische Leistungen, die entweder der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze oder dem qualifikationsgebunden Zusatzvolumen unterfallen. Finanzierungsregelungen bestimmen, wie die VergÃ¼tung zu finanzieren ist, treffen aber keine Regelungen, die den einzelnen Honoraranspruch berÃ¼hren (vgl. die Ã□berschrift von Ziffer 2.4 â□□VergÃ¼tung und Steuerungâ□¦â□□ sowie Abs. 1 und 3: â□□werden ausâ□¦dem VergÃ¼tungsanteil/Verteilungsvolumenâ□¦vergÃ¼tetâ□□). So ist es fÃ¼r die Bestimmung des Honoraranspruchs eines Arztes oder Psychotherapeuten ohne Belag, dass einerseits in Ziffer 2.4, 1. Absatz, fÃ¼r die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der VergÃ¼tungsanteil gemÃ¤Ã□ Anlage 4, Anhang 1 benannt wird, bei dessen Ã□ber- und Unterschreitung sich die Partner der GesamtvertrÃ¤ge einigen mÃ¼ssen und andererseits die nicht antragspflichtigen Leistungen aus einem speziellen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen (Ziffer 3.1.3) gespeist wurden. Dass insgesamt nur ein begrenztes Honorarvolumen zur VerfÃ¼gung steht, ergibt sich bereits aus dem Umstand, dass auch die psychotherapeutischen Leistungen aus der morbiditÃ¤tsbedingen GesamtvergÃ¼tung zu finanzieren sind (dazu sogleich zu Teil F Abschnitt II. Ziffer 1.).

Â

Soweit Ziffer 2.4 zumindest RÃ¼ckschlÃ¼sse fÃ¼r die Ausgestaltung des Honoraranspruchs und speziell fÃ¼r den Grund und den Umfang von Mengensteuerung zulÃ¤sst, sprechen Wortlaut und Systematik von Ziffer 2.4 Abs. 1 und 3 dafÃ¼r, dass innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze zum vollen OPW vergÃ¼tet werden sollte. FÃ¼r die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ist dies direkt wÃ¶rtlich in Ziffer 2.4 Abs. 1 Satz 1 angeordnet. FÃ¼r die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen folgt dies aus Abs. 3 Satz 1 und 2; nach Satz 1 werden die n.a.L. innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze vergÃ¼tet; Satz 2 enthÃ¤lt die eindeutige Bestimmung, dass (nur) nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen, die die zeitgebundene KapazitÃ¤tsgrenze Ã¼berschreiten, abgestaffelt zu vergÃ¼ten sind. Satz 2 nimmt fÃ¼r die VergÃ¼tung insoweit sogar explizit die Regelungen zur VergÃ¼tung nach

dem Regelleistungsvolumen in Bezug (Verweis auf Ziffer 1.1).

Eine im VerhÃ¤ltnis zu Abschnitt I. Ziffer 4. weitergehende Steuerung, konkret i.S. einer Quotierung der Leistungen, wird durch Teil F Abschnitt II. Ziffer 1. (Beschluss vom 1. Juli 2010) nicht gedeckt, weil diese Leistungen bereits einer Steuerung durch die zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenzen gemÃ¤Ã Abschnitt I unterliegen. Damit ist eine weitergehende Abstaffelung der Leistungen ausgeschlossen.

Â

FÃ¼r eine Ãbergangszeit (Konvergenzphase) ermÃ¤chtigte Teil F Abschnitt II. Ziffer 1. die Partner der GesamtvertrÃ¤ge zur Vermeidung mÃ¶glicher Verwerfungen im Zuge der Umstellung der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden VergÃ¼tungssystematik zumÂ Â Â Â Â Â 1. Januar 2009 Sonder- bzw. Ãbergangsregelungen i.S. einer schrittweisen EinfÃ¼hrung der in Abschnitt I. neu konstituierten VergÃ¼tungsregelungen festzulegen. Das Ende der Konvergenzphase bestimmte der BewA seit dem Beschluss vom 1. Juli 2010 in Abschnitt II. Ziffer 1., 1. Satz, auf den 31. Dezember 2011 (bis zu diesem BewA-Beschluss noch befristet auf den 31. Dezember 2010). Die Regelung der Konvergenzphase galt, wie sich aus Abschnitt II. Ziffer 1., Satz 1, 2. Halbsatz (âinsbesondereâ) ergibt, nicht nur fÃ¼r die RLV, sondern konnte die VergÃ¼tungsregelungen der ZBKG nach Abschnitt I. Ziffer 4. erfassen. Voraussetzung war in beiden FÃ¤llen, dass diese Konvergenz-Instrumente auf Ebene der Gesamtvertragspartner (vgl. FuÃnote 1 des BewA-Beschlusses vom 26. MÃ¤rz 2010) der Vermeidung von Ã¼berproportionalen Honorarverlusten und Sicherung der flÃ¤chendeckenden Versorgung mit vertragsÃ¤rztlichen Leistungen dienten, wenn und weil die Honorarverluste (gerade) durch die Umstellung der (VergÃ¼tungs- und Leistungs-) Steuerung (zum 1. Januar 2009) hervorgerufen wurden.

Â

Gemessen daran konnte sich die Quotierung von Leistungen, die innerhalb der ZBKG erbracht wurden, nicht auf die ErmÃ¤chtigung in Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 2 stÃ¼tzen, weil fÃ¼r diese Leistungen eine Mengensteuerung bereits (abschlieÃend) in Abschnitt I. erfolgt war. Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 2 bestimmte, dass solche Leistungen, die der morbiditÃ¤tsbedingen GesamtvergÃ¼tung unterlagen, aber auÃerhalb der RLV vergÃ¼tet wurden, nur dann einer Steuerung (in der Konvergenzphase zum Schutz vor nachteiligen Auswirkung auf die morbiditÃ¤tsbedingte GesamtvergÃ¼tung) unterzogen werden konnten, âsoweit dies nicht bereits gemÃ¤Ã Abschnitt I. des Beschlusses erfolgt.â Nach dem folgenden Satz 3 galt diese Begrenzung auch fÃ¼r Leistungen der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Â

Die Regelung in Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 1 bis 3 stellt eine Auffangregelung dar,

die der BewA fÃ¼r alle Fallgestaltungen implementiert hat, die nicht von den zum 1. Januar 2009 neu konzipierten mengensteuernden Regelungen in Abschnitt I., konkret von dem Regelleistungsvolumen (Abschnitt I. Ziffer 1. â□□ 3.) oder der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze (Abschnitt I. Ziffer 4.), erfasst wurden. Abschnitt II. Ziffer 1. lÃ¤sst damit eine ergÃ¤nzende Steuerung zu, wenn eine im Zuge der Umstellung mÃ¶gliche Mengenausweitung sich auf die (begrenzte) morbiditÃ¤tsbedingte GesamtvergÃ¼tung zu Lasten anderer Arztgruppen auswirkte. Diese Zielrichtung wird bereits daran erkennbar, dass Abschnitt II. Ziffer 1. nur â□□Leistungen der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tungâ□□ erfasst, die â□□auÃ□erhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergÃ¼tetâ□□ werden. Dabei wurden sowohl die vertragsÃ¤rztlichen Leistungen, die dem RLV unterfielen als auch die psychotherapeutischen Leistungen, fÃ¼r die die ZBKG galt, aus der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung vergÃ¼tet. FÃ¼r die RLV ging Abschnitt I. Ziffer 3.1. davon aus, fÃ¼r die ZBKG ergab es sich indirekt aus dem Verweis in Abschnitt I. Ziffer 4.1 â□□abweichend von den Regelungen fÃ¼r Arztgruppen gemÃ¤Ã□ Anlage 2â□□. Die in Bezug genommene Anlage 2 betraf Ã□rzte, fÃ¼r die nach Abschnitt I. Ziffer 2.1 das RLV zur Anwendung kam (vgl. die Ã□berschrift von Anlage 2). Im Ã□brigen galt bereits nach Â§ 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V (a.F.) die morbiditÃ¤tsbedingte GesamtvergÃ¼tung (MGV) fÃ¼r die gesamte vertragsÃ¤rztliche Versorgung der Versicherten. Â§ Â 87a Abs. 3 Satz 5, 1. Halbsatz SGB V a.F. traf davon eine Ausnahme fÃ¼r die vertragsÃ¤rztlichen Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der DrogenabhÃ¤ngigkeit gemÃ¤Ã□ den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese wurden auÃ□erhalb der GesamtvergÃ¼tung vergÃ¼tet. DarÃ¼ber hinaus konnten nach Â§ 87a Abs. 3 Satz 5, 2. Halbsatz SGB V a.F. die KassenÃ¤rztliche Vereinigungen und die LandesverbÃ¤nde der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitere vertragsÃ¤rztliche Leistungen vereinbaren, die auÃ□erhalb der nach Satz 1 vereinbarten GesamtvergÃ¼tungen mit den Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung vergÃ¼tet wurden, wenn sie besonders gefÃ¶rdert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und AusfÃ¼hrung der Leistungserbringung erforderlich war. Eine solche Vereinbarung der Gesamtvertragspartner mit der Ausgliederung aus der MGV existierte fÃ¼r Leistungen der psychotherapeutischen Versorgung nicht, sie unterlagen damit insgesamt der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung.

Â

Sowohl antrags- als auch nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapeuten sind solche, die nach dem Beschluss des BewA â□□auÃ□erhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumenâ□□ i.S. des Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 1 (bzw. Satz 3) vergÃ¼tet wurden. Abschnitt I. Ziffer 1. â□□ 3. stellte insoweit die VergÃ¼tung nach RLV der VergÃ¼tung nach Zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenzen in Abschnitt I. Ziffer 4. gegenÃ¼ber.

Â

Rechtlich zwingend war diese Gestaltung nicht, der BewA war dazu aber gesetzlich befugt und bewegte sich innerhalb seines Gestaltungsspielraumes (vgl. BSG,

Beschluss vom 11. Oktober 2017 â□□ B 6 KA 23/17 B, Rdnr. 9). Das Gericht hat in Anbetracht des Normcharakters fÃ¼r die BeschlÃ¼sse des BewA zu prÃ¼fen, ob eine ausreichende Rechtsgrundlage besteht und der BewA die Ã¤uÃ□ersten rechtlichen Grenzen seiner Rechtsetzungsbefugnis Ã¼berschritten hat. Â§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V a.F. schrieb nur fÃ¼r die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der FachÃ¤rzte fÃ¼r Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der FachÃ¤rzte fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, der FachÃ¤rzte fÃ¼r Nervenheilkunde, der FachÃ¤rzte fÃ¼r Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschlieÃ□lich psychotherapeutisch tÃ¤tigen Ã□rzte vor, dass deren genannte Leistungen â□□auÃ□erhalb der Regelleistungsvolumina zu vergÃ¼tenâ□□ waren; die n.a.L. wurden nicht genannt. Grund fÃ¼r die gesetzliche Vorgabe war, dass die genannten Leistungen, weil sie zeitgebunden und von den Krankenkassen vorab zu genehmigen sind, von vornherein mengenbegrenzt sind und daher einer weiteren Leistungsmengensteuerung nicht bedurften (Freudenberg in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2. Aufl, Â§ 87b SGB V [Stand: 01.04.2012], Rdnr. 43). Nach Â§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V a.F. konnten auch weitere vertragsÃ¤rztliche Leistungen auÃ□erhalb der Regelleistungsvolumina vergÃ¼tet werden, wenn sie besonders gefÃ¶rdert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und AusfÃ¼hrung der Leistungserbringung erforderlich war. Als mÃ¶gliche Leistungsbereiche fÃ¼r Satz 7 kamen nach den Gesetzesmaterialien Dialyse- und PrÃ¤ventionsleistungen in Betracht (Freudenberg in: Schlegel/Engelmann, jurisPK-SGB V, Â§ 87b SGB V [Stand: 26.02.2008], Rdnr. 39). Die Befugnis des BewA, auch die VergÃ¼tung nicht antrags- und genehmigungspflichtiger Leistungen auÃ□erhalb des RLV zu stellen, ergab sich aus Â§ 87b Abs. 4 Satz 1 i.V.m Satz 2 a.F. Danach hatte der BewA (erstmalig zum 31. August 2008) das Verfahren zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den AbsÃ¤tzen 2 und 3 zu bestimmen sowie Vorgaben zur Umsetzung von Abs. 2 SÃ¤tze 6 und 7, also auch betreffend die VergÃ¼tung von Leistungen auÃ□erhalb von RLV, zu treffen (zur einheitlichen VergÃ¼tung aller psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der KapazitÃ¤tsgrenze zum Orientierungspunktwert, BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 â□□ B 6 KA 8/16 R Rdnr. 27).

Â

Soweit Teil F Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 1 des BewA-Beschlusses vom 26. MÃ¤rz 2010 auch die psychotherapeutischen Leistungen (da auÃ□erhalb des RLV vergÃ¼tet) grundsÃ¤tzlich fÃ¼r eine begrenzte Zeit (Konvergenzphase letztlich bis 31. Dezember 2011) fÃ¼r eine weitere Mengensteuerung Ã¶ffnete, nahm er jedenfalls die psychotherapeutischen Leistungen bis zur Grenze der ZBKG insgesamt davon aus. Denn nach der einschrÃ¤nkenden Parenthese in Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 2 war eine weitere Steuerung nur erÃ¶ffnet, wenn und soweit diese nicht bereits nach Abschnitt I. erfolgt war. FÃ¼r die antrags- und genehmigungspflichtigen sowie die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen hatte der BewA aber bereits eine Mengensteuerung mit den zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenzen in Abschnitt I. Ziffer 4. vorgenommen. Abschnitt II. Ziffer 1. erÃ¶ffnete zur Ã□berzeugung des Senats

insoweit nur qualitativ noch eine weitere Mengensteuerung, aber nicht quantitativ ein â□□Mehr an Mengensteuerungâ□□ fÃ¼r solche fÃ¼r Leistungen, die bereits nach Abschnitt I. â□□mengengesteuertâ□□ waren. Abschnitt II. Ziffer 1. war eine Auffangregelung, die gewÃ¤hrleisten sollte, dass Leistungen, die nach Abschnitt I. weder einem RLV noch sonst einer dort strukturierten Mengensteuerung unterlagen, aber im Rahmen der MGV zu vergÃ¼ten waren, gleichwohl in der Konvergenzphase einer Mengensteuerung unterzogen werden konnten. Bei anderer Betrachtung wÃ¼rde es fÃ¼r die bereits nach Abschnitt I. einer Mengensteuerung unterzogenen Leistungen an einer nÃ¤heren MaÃ□gabe des BewA fehlen, wann und in welchem Umfang die Leistungen innerhalb der ZBKG noch einer â□□weiterenâ□□ Mengensteuerung zugefÃ¼hrt werden sollten und welche Rolle die ZBKG dann noch spielte. Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 2, 2. Halbsatz bestimmte den weiteren Steuerungsauftrag zwar damit, dass einer nachteiligen Auswirkung auf die MGV zu Lasten anderer Ã□rzte oder Arztgruppen entgegengewirkt werden sollte. Als Beispiel fÃ¼r eine solche nachteilige Auswirkung beschreibt die Regelung in dem Klammerzusatz aber, wenn auch nur beispielhaft, gerade die Mengenentwicklung als mÃ¶glichen AuslÃ¶ser. Einer unerwÃ¼nschten Mengenentwicklung begegnete aber fÃ¼r die n.a.L. bereits die Einrichtung der ZBKG nach Abschnitt I. Ziffer 4.2.2. Gemeint waren damit u.a. die im folgenden Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 3 umschriebenen â□□freien Leistungenâ□□, die von Arztgruppen erbracht wurden, die nicht dem RLV und damit â□□ aus Sicht des Senats â□□ insoweit auch keiner sonstigen Mengensteuerung unterlagen. FÃ¼r alle psychotherapeutischen Leistungen, die innerhalb der ZBKG erbracht wurden, sollte die dem RLV vergleichbare Mengensteuerung hingegen auch in der Konvergenzphase einen â□□Schutzraumâ□□ gewÃ¤hrleisten.

Â

Abschnitt II. Ziffer 3. rechtfertigt fÃ¼r die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen keine andere Betrachtung. Zwar verpflichtete die Regelung die Vertragspartner, die Vorgaben von Abschnitt I. Ziffer 4. und die Rechtsprechung des BSG fÃ¼r die angemessene VergÃ¼tung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten zwingend zu beachten. Allein aus der Benennung von Leistungen, fÃ¼r die die ZBKG gilt, kÃ¶nnte nach dem Wortlaut und Systematik der Schluss gezogen werden, dass auch Leistungen innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze grundsÃ¤tzlich der weiteren Mengensteuerung in der Konvergenzphase nach Abschnitt II. Ziffer 1. unterliegen sollten, weil es sonst der Vorgaben der Ziffer 3 schlichtweg nicht bedurft hÃ¤tte. Dies zugrunde gelegt kÃ¶nnte zudem angefÃ¼hrt werden, dass Abschnitt II. Ziffer 3. die Privilegierung gerade nur fÃ¼r die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen vorsah. Der Senat geht aber davon aus, dass es sich bei Ziffer 3 lediglich um einen Programmsatz fÃ¼r die Konvergenzphase insgesamt handelte. DafÃ¼r spricht seine systematische Stellung nach Ziffer 2., der wie auch Ziffer 4. ebenfalls allgemeine Vorgaben fÃ¼r das Verfahren in der Konvergenzphase beinhaltet. Nicht ausgeschlossen erscheint zudem dass er nur fÃ¼r die Leistungen auÃ□erhalb der ZBKG Geltung beanspruchte und in dieser Zielrichtung ebenfalls Auffangcharakter hat.

Â

Das LSG Baden-WÃ¼rttemberg weist im Ãbrigen zu Recht darauf hin, dass auch das Bundessozialgericht explizit zur Konvergenzregelung in Teil F Abschnitt II Ziffer 1. (Beschlusses des BewA vom 22. September 2009) der Meinung war, dieser ermÃ¤chtige die Vertragspartner dazu, auf der Ebene der Honorarverteilung die freien Leistungen, die aus der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung zu finanzieren und auÃerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina zu vergÃ¼ten seien, einer Steuerung mittels Quotierung zu unterziehen (aaO, Rdnr. 51 unter Berufung auf BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 â B 6 KA 45/12 R Rdnr. 18). Denn allein fÃ¼r diese âfreienâ Leistungen kÃ¶nne es, so das Bundessozialgericht, zu einer Mengenausweitung mit der Folge nachteiliger Auswirkungen auf die innerhalb des RLV zu vergÃ¼tenden Leistungen kommen. Die innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze erbrachten Leistungen unterlagen aber bereits einer Mengensteuerung und waren deshalb keine âfreien Leistungenâ im obigen Sinne (so die zutreffende Schlussfolgerung des LSG Baden-WÃ¼rttemberg, aaO, Rdnr. 51).

Â

Dieses Auslegungsergebnis wurde â wie auch das LSG Baden-WÃ¼rttemberg zutreffend ausgefÃ¼hrt hat â auch durch den Gesetzgeber selbst geteilt. Dieser ging ausweislich seiner GesetzesbegrÃ¼ndung zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung â GKV-VStG â zu einer RechtsÃ¤nderung zum 1. Januar 2012 davon aus, dass die âbisherige Beschlussfassung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ãrzten und Krankenkassen im Bewertungsausschuss bei der VergÃ¼tung der psychotherapeutischen antragspflichtigen und nicht antragspflichtigen Leistungen innerhalb zeitbezogener KapazitÃ¤tsgrenzenâ vom âKonzept der zeitlich definierten Obergrenzeâ ausging, âinnerhalb der sich die Summe der Leistungen ohne Abstaffelung der Preise der regionalen Euro-GebÃ¼hrenordnung abbildetâ (BT-Drs. 17/6906, S. 65 â Zu Nummer 24 [Â§ 87b]). Der Gesetzgeber verpflichtete vor diesem Hintergrund die KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen kÃ¼nftig (ab 1. Januar 2012) in ihren HonorarverteilungsmaÃstÃ¤ben zur Sicherung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der psychotherapeutisch tÃ¤tigen Leistungserbringer das obige Konzept aufzugreifen und weiterzufÃ¼hren (âDie VergÃ¼tung psychotherapeutischer Leistungen ist demzufolge mittels des [obigen] Konzepts zu gestaltenâ.).

Â

Auf mÃ¶glicherweise praktische Schwierigkeiten in der Beschaffung der notwendigen Mittel, die sich daraus ergeben kÃ¶nnten, dass Leistungen innerhalb der zeitgebundenen KapazitÃ¤tsgrenzen zu festen Preisen der Euro-GebÃ¼hrenordnung vergÃ¼tet werden mussten und gleichzeitig ein nur begrenztes VergÃ¼tungsvolumen zur VerfÃ¼gung stand, kann sich die Beklagte nicht berufen. So erfolgte ab dem 1. Oktober 2010 die VergÃ¼tung der antrags- und nicht antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen

KapazitÃ¤tsgrenze zum Euro-GebÃ¼hrenwert zwar aus einem einheitlich gebildeten VergÃ¼tungsvolumen gemÃ¤Ã Abschnitt I. Ziffer 4.3 des Beschlusses des BewA vom 1. Juli 2010 (vgl. zur Bemessung Â§ Â 10 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 1 HV 2011). Es bedurfte insoweit aber einer realitÃ¤tsgerechten Bemessung des Verteilungsvolumens und ggf. ergÃ¤nzender Instrumente seitens der Gesamtvertragspartner, um fÃ¼r die garantierte VergÃ¼tung Vorsorge zu treffen und dabei gleichzeitig die Vorgabe des Teil F Abschnitt I. zweiter Absatz Satz 2 a.E. des Beschlusses des BewA vom 1. Juli 2010 zu wahren, wonach eine Nachschusspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen war. FÃ¼r die Frage, ob der KlÃ¤ger bei Einhaltung der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenze einen Anspruch auf unquotierte VergÃ¼tung hat, ist allein entscheidend, ob der BewA in Bezug auf eine Quotierung eine entsprechende Vorgabe getroffen hat. Das ist jedoch nicht der Fall. FÃ¼r die Entscheidung des Senats ist es daher ohne Relevanz, welche MÃ¶glichkeiten der Beklagten offenstehen, die geschuldete (Nach-)VergÃ¼tung aufzubringen.

cc. Der BewA hat mit dem Beschluss zur VergÃ¼tung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zum OPW die rechtlichen Grenzen seiner Rechtsetzungsbefugnis gewahrt. Der Bewertungsausschuss Ã¼berschreitet den ihm erÃ¶ffneten Gestaltungsspielraum, wenn seine getroffene Regelung in einem â groben MissverhÃ¤ltnisâ zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht oder sich zweifelsfrei feststellen lÃ¤sst, dass seine Entscheidungen von sachfremden ErwÃ¤gungen getragen sind. VergÃ¼tungsregelungen kÃ¶nnen von sachfremden ErwÃ¤gungen getragen sein, weil eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt wird oder es im Lichte von Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) keinerlei vernÃ¼nftige GrÃ¼nde fÃ¼r die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. fÃ¼r die ungleiche Behandlung von im Wesentlich gleich gelagerten Sachverhalten gibt (LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 22. April 2021 â L 5 KA 4152/18, Rdnr. 56; BSG, Beschluss vom 27. Januar 2021, B 6 A 1/19 R, Rdnr. 9ff. [MedR 2021, S. 752] mit Hinweis auf B 6 KA 29/17 R, dort Rdnr. 12 und B 6 KA 31/19 R, dort Rdnr. 41; BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 â B 6 KA 8/16 R Rdnr. 35; Urteil des Senats vom 22. September 2021 â L 7 KA 47/18 KL).

Â

Im Hinblick auf die VergÃ¼tung auch der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zum vollen Punktwert bestehen keine Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass der BewA seinen Gestaltungsspielraum Ã¼berschritten oder hÃ¶herrangiges Recht (insbesondere Grundrechte) verletzt hat. Â§ 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V a.F. verpflichtet ihn, die Bewertungen fÃ¼r psychotherapeutische Leistungen so auszugestalten, dass eine angemessene HÃ¶he der VergÃ¼tung je Zeiteinheit gewÃ¤hrleistet wird. Die Art und Weise obliegt seiner Gestaltungsmacht. Die Ausbildung von zeitlichen KapazitÃ¤tsgrenzen, innerhalb derer auch die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen abstaffelungs- und quotierungsfrei zu vergÃ¼ten waren, war damit â auch zur Herstellung von Honorarverteilungsgerechtigkeit â zwar nicht zwingend vorgegeben.

Psychotherapeutische Leistungen dÃ¼rfen einer Mengenbegrenzung im Allgemeinen und auch einer Quotierung im Besonderen unterzogen werden (dazu bereits oben, BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 â□□ B 6 KA 37/17 R â□□ Rdnr. 67; Beschluss vom 11. Oktober 2017 â□□ B 6 KA 23/17 B Rdnr. 9 ff., Rdnr. 11). Die ZBKG war dem BewA aber jedenfalls als ein Instrument zur Honorarsicherung fÃ¼r die Psychotherapeuten auch fÃ¼r die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen erÃ¶ffnet. Speziell fÃ¼r die probatorischen Leistungen als den neben den antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen zentralen Leistungen spricht einiges dafÃ¼r, sie aus der GesamtvergÃ¼tung der â□□ausgedeckeltenâ□□ Leistungen der Kontingentbildung auszunehmen, um eine â□□angemessene HÃ¶he der VergÃ¼tung je Zeiteinheitâ□□ i.S. des Â§ 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V a.F. (Satz 4 n.F.) (zu) gewÃ¤hrleisten (in diese Richtung BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 â□□ B 6 KA 37/17 R â□□ Rdnr. 67).

Â

Jedenfalls kann in Anbetracht der klar erkennbaren Gleichstellung der VergÃ¼tung von antrags- und nicht antragspflichtigen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenzen aus Sicht des Senates offenbleiben, ob dies im BewA-Beschluss vom 22. September 2009 deshalb geschah, um den Leistungserbringern eine â□□VerrechnungsmÃ¶glichkeitâ□□ fÃ¼r beide Leistungsbereiche innerhalb der KapazitÃ¤tsgrenze zu erÃ¶ffnen (so die Annahme des SÃ¤chsischen LSG, Urteil vom 25. April 2018 â□□ L 1 KA 4/16, Rdnr. 86 unter Berufung auf eine im Verfahren des Sozialgerichts Bremen â□□ S 30 KA 39/11 â□□ erteilte Auskunft der Beigeladenen zu 1; dazu LSG Baden-WÃ¼rttemberg, a.a.O., Rdnr. 58). Â§ Â 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V a.F. selbst bezieht die Vorgabe der Angemessenheit auf die psychotherapeutischen Leistungen insgesamt (so auch BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 â□□ B 6 KA 8/16 R Rdnr. 27). Eine der HÃ¶he nach gleiche VergÃ¼tung von antrags- und nicht antragspflichtigen Leistungen innerhalb der dafÃ¼r gebildeten zeitbezogenen KapazitÃ¤tsgrenzen ist in Anbetracht dieser gesetzgeberischen Wertung auch vor Art. 3 Abs. 1 GG nicht weiter rechtfertigungsbedÃ¼rftig. Soweit die Beklagte schlieÃ□lich geltend macht, damit wÃ¼rden im Ergebnis die nicht antragspflichtigen Leistungen ungerechtfertigt bessergestellt als die antragspflichtigen Leistungen nach Ziff. 4.2.1, weil letztere neben der ZBKG noch einem Antrags- und Genehmigungsverfahren bei der Krankenkasse unterliegen, die nicht antragspflichtigen Leistungen dagegen nicht, verfÃ¤ngt das nicht. Es liegt darin keine i.S. des Art. 3 Abs. 1 GG ungerechtfertigte Gleichbehandlung. Der Zweck des Antrags- und Genehmigungsverfahrens besteht darin, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu gewÃ¤hrleisten, nicht dagegen darin, die Leistungen fÃ¼r die Versicherten einer Mengenbegrenzung zu unterziehen.

Â

Die Revision war nicht zuzulassen. Das Verfahren hat keine grundsÃ¤tzliche Bedeutung i.S. von Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG. Dazu mÃ¼sste sich eine Rechtsfrage stellen, deren KlÃ¤rung Ã¼ber den zu entscheidenden Einzelfall hinaus aus GrÃ¼nden der Rechtseinheit oder Rechtsfortbildung im allgemeinen Interesse erforderlich ist (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/B. Schmidt, 13. Aufl., 2020, Â§ 160

SGG Rdnr. 6). Eine grundsÃ¤tzliche Bedeutung ist in zahlreichen Streitigkeiten des Vertragsarztrechts zu verneinen, wenn allein die richtige oder falsche Anwendung eines Tatbestandsmerkmals streitig ist und es sich um ein solches mit kurzer Geltungsdauer handelt und im Zeitpunkt der Entscheidung (z.B. des BSG) eine Ã¼ber den Einzelfall hinausgehende Bedeutung nicht mehr erkennbar ist (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/B. Schmidt, 13. Aufl., 2020, Â§ 160 SGG Rdnr. 7a). Allein dass eine Vielzahl von Streitigkeiten zwischen den Beteiligten besteht, fÃ¼hrt noch nicht zu einer grundsÃ¤tzlichen Bedeutung (fÃ¼r die Allgemeinheit). Die Auslegung betrifft im Fall des KlÃ¤gers ausgelaufenes Recht. Allein aus der Tatsache, dass hinsichtlich der Streitfrage eine Vielzahl von Quartalen betroffen ist und eine Vielzahl psychotherapeutischer Leistungserbringer Widerspruch und Klage eingelegt hat, die teilweise zum Ruhen gebracht wurden, ergibt sich keine grundsÃ¤tzliche Bedeutung.

Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.Â

Erstellt am: 20.05.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024