S 11 KA 3206/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragspsychotherapeutische Vergütung - Honorarverteilungsmaßstäbe 2011 - Regelungen zur Quotierung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen - Nichtigkeit wegen Verstoßes gegen Vorgaben des Bewertungsausschusses
Leitsätze	Regelungen zur Quotierung der Vergütung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen in den Honorarverteilungsmaßstäben des Jahres 2011 waren wegen Verstoßes gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses für die Honorarverteilung nichtig.
Normenkette	SGB V § 87b Abs 1 S 1 F: 2007-03-26; SGB V § 87b Abs 2 S 6 F: 2007-03-26; SGB V § 87b Abs 2 S 7 F: 2007-03-26; SGB V § 87b Abs 4 S 2 F: 2007-03-26; SGB V § 87a Abs 2 S 6 F: 2007-03-26; SGB V § 87a Abs 3 S 1 F: 2007-03-26; SGB V § 87 Abs 1 S 1 ; EBM-Ä Kap 35.2 J: 2008; GG Art 3 Abs 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 KA 3206/13
Datum	18.02.2015

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KA 4152/18
Datum	28.04.2021

3. Instanz

Datum

24.05.2023

Â

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 28. April 2021 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe :

I

1

Die Beteiligten streiten zuletzt noch über die Höhe des Honorars für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen des Kapitels 21 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM) innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen in den Quartalen 1/2011, 3/2011 und 4/2011.

2

Der Kläger ist als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (jetzt: Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) sowie als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit seinem Einverständnis behandelte ihn die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) seit 1.1.2009 honorartechnisch als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und wies ihm für die streitgegenständlichen Quartale zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für die antrags- und genehmigungspflichtigen sowie für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zu. Obwohl der Kläger die jeweils zugewiesene zeitbezogene Kapazitätsgrenze unterschritt, bewilligte die Beklagte ihm für die Quartale 1/2011, 3/2011 und 4/2011 das angeforderte Honorar für die erbrachten nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen lediglich quotiert (Honorarbescheide vom 15.7.2011, 16.1.2012 und 16.4.2012; Auszahlungsquoten von 91,82 % im Quartal 1/2011, 87,92 % im Quartal 3/2011 und 93,51 % im Quartal 4/2011; Honorarminderung bei den Leistungen des Kapitels 21 EBM von insgesamt 4723,56 Euro). Sie verwies insofern auf § 7 Nr. 2 des vom 1.1.2011 bis zum 31.12.2011 gültigen Honorarverteilungsvertrags (im Folgenden: HVV), der eine Mengenbegrenzung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen auch innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vorsah.

3

Widersprüche und Klage sind erfolglos geblieben (Widerspruchsbescheid vom 29.5.2013; Urteil des SG vom 18.2.2015). Das SG hat zur Begründung

ausgeführt, die Bestimmungen des HVV seien mit höherrangigem Recht vereinbar. Grundlage des Â§ 7 Nr. 2 HVV 2011 sei der Beschluss des Bewertungsausschusses (BewA) vom 26.3.2010. Danach sei zwar die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw therapeutischen Zuwendungszeit bis zu der gem Nr. 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten (Teil F Abschnitt I Nr. 4.1). Allerdings habe der BewA am 1.7.2010 den Beschluss vom 26.3.2010 mit Wirkung zum 1.10.2010 um Nr. 4.3 ergänzt. Dieser ermögliche für den Fall der über und Unterschreitung des Vergütungsvolumens als Ausnahme zu Nr. 4.1 auch die Quotierung innerhalb der zeitbezogenen Kapazitsgrenze für nicht antrags und genehmigungspflichtige Leistungen. Die außerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV) vergüteten Leistungen seien nach der Rechtsprechung des BSG nicht von einer Mengensteuerung freigestellt. Die aufgrund der gesondert vereinbarten Gesamtvergütungen insgesamt begrenzten Mittel bedingten zwangsläufig Vergtungsabsenkungen, wenn die tatsächlich abgerechnete Leistungsmenge die als Behandlungsbedarf vereinbarte Leistungsmenge übersteige. Denn eine Auffllung der fehlenden Vergütungsanteile könne nur zu Lasten der übrigen Arztgruppen oder der freien Leistungen erfolgen. Aus der besonderen Praxisstruktur des Klägers folge nichts anderes.

4

Das LSG hat auf die Berufung des Klägers das Urteil des SG geändert, die Honorarbescheide teilweise aufgehoben und die Beklagte verurteilt, über die Vergütung der Leistungen aus dem Kapitel 21 EBM unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden (Urteil vom 28.4.2021). Â§ 7 Nr. 2 HVV sei wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig. Den Vorgaben des BewA sei keine Ermächtigung der Partner der Gesamtverträge zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitsgrenze mit einem geringeren Punktwert als den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Aus dem Wortlaut der Regelungen in Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 und Nr. 4.3 des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010 in der Fassung des Beschlusses vom 1.7.2010 ergebe sich keine Grundlage für eine Quotierung der innerhalb der zeitbezogenen Kapazitsgrenze erbrachten nicht antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen. Auch die in Teil F Abschnitt II Nr. 1 Abs. 2 des Beschlusses vom 26.3.2010 getroffene Regelung zur Konvergenzphase ermächtige nicht zu einer weitergehenden Steuerung der Vergütung. Eine Begrenzung werde nur erlaubt, soweit die Leistungen nicht bereits gem Abschnitt I dieses Beschlusses einer Steuerung unterlagen. Die innerhalb der zeitbezogenen Kapazitsgrenze erbrachten Leistungen unterlägen aber einer Mengensteuerung nach Abschnitt I und seien keine freien Leistungen mehr.

5

Eine Ermächtigungsgrundlage für die Quotierung der innerhalb der zeitbezogenen Kapazitsgrenzen erbrachten Leistungen ergebe sich auch nicht aus der mit Wirkung zum 1.10.2010 erfolgten Ergänzung in Nr. 4.3. Die Vorgabe in Teil F Abschnitt I Nr. 4.1, die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten

Ärztlichen bzw therapeutischen Zuwendungszeit innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu verglichen, sei unverändert geblieben. Hätte der BewA von dieser Vorgabe abweichen wollen, hätte er dies klar zum Ausdruck bringen müssen, was er nicht getan habe. Die praktischen Schwierigkeiten, die sich aus der Kombination von zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen, begrenzten Vergütungsvolumen und einer Vergütung nach Preisen der Euro-Gebührenordnung ergeben, seien lösbar. So habe § 7 Nr 2 HVV auch eine Finanzierungslösung für den Fall vorgesehen, dass die zugesagte Mindestauszahlungsquote von 75 % nicht eingehalten werden können.

6

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte eine Verletzung des [§ 87b Abs 4 Satz 3 SGB V](#) aF. Zu Unrecht sei das LSG davon ausgegangen, dass § 7 Nr 2 HVV gegen die zwingenden Vorgaben des BewA in Teil F Abschnitt I Nr 4.1 des Beschlusses vom 26.3.2010 und Nr 4.3 des Beschlusses vom 1.7.2010 verstoße.

7

Der BewA habe mit Beschluss vom 26.3.2010 für sämtliche Arztgruppen einschließlich der Fachgruppe des Klägers arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina (Honorarpfiffe) vorgegeben, aus denen sämtliche Leistungen der Fachgruppe honoriert werden sollten. Daher ständen für die Fachgruppe des Klägers nur begrenzte Finanzmittel zur Verfügung. Im Unterschied zur Mengengrenzung durch RLV, welche nach individueller Fallzahl und fachgruppenspezifischem Fallwert unmittelbar aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) berechnet werde und somit den verfügbaren finanziellen Rahmen berücksichtige, werde die zeitbezogene Kapazitätsgrenze lediglich normativ und als maximaler Rahmen festgestellt. Das verfügbare Ausgabenvolumen werde gerade nicht aus der Summe der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen ermittelt, eine Identität von Honorartopf und Mengengrenzung durch Kapazitätsgrenzen sei nicht gegeben. Dem habe der BewA durch Einföhrung der Nr 4.3 zum 1.7.2010 Rechnung getragen. Aufgrund dieser Ermächtigung hätten die Gesamtvertragspartner in § 7 Nr 2 HVV regeln können, dass bei Überschreitung des zur Verfügung stehenden Honorarkontingents die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen quotiert vergütet würden. Dies gelte umso mehr, als der BewA in seinen Beschlüssen keine Nachschusspflicht der Krankenkassen begründet habe. Die Regelung in Nr 4.3, wonach die Vorgaben der Rechtsprechung des BSG zur Mindestvergütung der antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen zu beachten seien, liefe leer, wenn der BewA eine Quotierung dieser Leistungen habe ausschließen wollen. § 7 Nr 2 HVV entspreche auch insoweit den Vorgaben des BewA, als die gesetzlichen Vorgaben in [§ 87b Abs 2 Satz 6](#) und [§ 7 SGB V](#) aF beachtet worden seien und eine Quotierung nur für die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen vorgesehen sei. Bei einer Mindestauszahlungsquote von 75 % für nicht antrags und genehmigungspflichtige Leistungen trage der HVV der Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen hinreichend Rechnung, zumal die Auszahlung in den streitgegenständlichen Quartalen weit

Über dieser Quote gelegen habe.

8

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 28.4.2021 abzuändern und die
Berufung des Klägers insgesamt zurückzuweisen.

9

Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

10

Er hält die Entscheidung des LSG für zutreffend. Es liege auf der Hand, dass
Leistungen, die bereits einer Steuerung durch die zeitbezogenen
Kapazitätsgrenzen unterliegen, nicht einer weiteren Steuerung bedürften und
dies sei in den Beschlüssen des BewA auch entsprechend festgelegt worden.

II

11

Die Revision der Beklagten ist unbegründet ([§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Zu
Recht hat das LSG auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG abgeändert,
die Honorarbescheide hinsichtlich der Quotierung der Leistungen aus dem
Kapitel 21 EBM aufgehoben und die Beklagte insoweit zur Neubescheidung
verurteilt. Die zugrundeliegende Regelung in § 7 Nr 2 HVV, die eine
Mengenbegrenzung für nicht antrags und genehmigungspflichtige
psychotherapeutische Leistungen auch innerhalb der zeitbezogenen
Kapazitätsgrenzen vorsieht, ist nicht mit den bundeseinheitlichen Vorgaben des
BewA für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen vereinbar und daher
wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig.

12

A. Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgte in den
streitbefangenen Quartalen nach dem zum 1.1.2009 eingeführten
Vergütungssystem. Nach [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) idF des GKV-
Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKVWSG) vom 26.3.2007 ([BGBl I 378](#); im
Folgenden: aF) wurden die vertragsärztlichen Leistungen von den Kassen ab dem
1.1.2009 auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung
([§ 87a Abs 2 Satz 6 SGB V](#) aF) vergütet. Antragspflichtige
psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für
Kinder und Jugendpsychiatrie und psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie
und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für
Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch
tätigen Ärzte waren nach [§ 87b Abs 2 Satz 6 SGB V](#) aF außerhalb der RLV
zu vergüten. Weitere vertragsärztliche Leistungen konnten nach [§ 87b Abs 2
Satz 7 SGB V](#) aF außerhalb der RLV vergütet werden, wenn sie besonders
gefordert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von
Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung

erforderlich war. Gemäß [§ 87b Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF bestimmte der BewA erstmalig bis zum 31.8.2008 Vorgaben zur Umsetzung ua von [§ 87b Abs 2 Satz 6](#) und [§ 7 SGB V](#) aF. Diese Vorgaben durften sich dabei auch auf die Modalitäten der Vergütung dieser Leistungen beziehen (BSG Urteil vom 25.1.2017 [B 6 KA 6/16 R](#) SozR 42500 [§ 87b Nr 9 RdNr 20 f](#); vgl hierzu auch unten RdNr 26).

13

Der BewA ist seinem Regelungsauftrag für den streitbefangenen Zeitraum durch die Beschlüsse vom 26.3.2010 (218. Sitzung) mWv 1.7.2010 (DÄ 2010, Beilage zu Heft 16 vom 23.4.2010) und vom 1.7.2010 (228. Sitzung) mWv 1.10.2010 (DÄ 2010, A 1480) nachgekommen.

14

Für Ärzte, die wie der KIÄrger gemäß [§ 87b Abs 2 Satz 6 SGB V](#) aF außerhalb der RLV zu vergüteten sind, sah Teil F Abschnitt I Nr 2.4 des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010 unter der Überschrift „Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen“ vor, dass antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aus dem Vergütungsanteil gemäß Anlage 4 Anhang 1, Schritt 17, mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden, wobei für die in Nr 4.1 genannten Arztgruppen (dh Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungs-RL) nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß Nr 4.2.1 zu berücksichtigen sind (Abs 1 Satz 1). Die nicht antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß Nr 4.1 werden innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Nr 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen (Abs 3 Satz 1 und 2).

15

Gemäß Teil F Abschnitt I Nr 4.2.3 wird die zeitbezogene Kapazitätsgrenze gebildet aus der Summe der Werte der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen nach Nr 4.2.1 (27 090 Minuten je Abrechnungsquartal; zur typisierend ermittelten Vollauslastungsgrenze vgl BSG Urteil vom 25.1.2017 [B 6 KA 6/16 R](#) SozR 42500 [§ 87b Nr 9 RdNr 29 ff](#)) sowie für die nicht antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen nach Nr 4.2.2 (arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw therapeutische Zuwendungszeit je Arzt). Diesbezüglich ordnet Teil F Abschnitt I Nr 4.1 Abs 2 idF des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010 ausdrücklich an, dass die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw therapeutischen Zuwendungszeit bis zu der gemäß Nr 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüteten ist. Erst wenn die von dem Arzt abgerechneten Leistungen mit einer

Zuwendungszeit die gemäß Nr. 4.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze überschreiten, werden diese maximal bis zur 1,5fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit abgestaffelten Preisen vergütet (vgl. Nr. 4.1 Abs. 3 des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010; zur Zulässigkeit einer solchen Regelung vgl. BSG Urteil vom 25.1.2017, [aaO](#) RdNr. 19 ff).

16

Mit Wirkung zum 1.10.2010 hat der BewA zudem mit Beschluss vom 1.7.2010 in Teil F Abschnitt I unter der Überschrift „Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze“ folgende Nr. 4.3 eingefügt:

„Für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ist ein Vergütungsvolumen aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt I, Nr. 2.4, erster Absatz sowie dem für die in 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I, 3.1.3 zu bilden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Satz 1 einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz, der gesetzlichen Vorgaben des [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) und der Rechtsprechung des BSG.“

17

Die in § 7 Nr. 2 HVV geregelte Quotierung widerspricht den Vorgaben des BewA, auch die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels 21 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten (dazu 1). Eine Rechtsgrundlage für eine Mengenbegrenzung, falls das vorgesehene Vergütungsvolumen nicht ausreicht, findet sich weder in den Regelungen zur Konvergenzphase in Teil F Abschnitt II (dazu 2), noch lässt sich diese den Vorgaben zur Bildung von Honorarpflichten in Verbindung mit der neu eingefügten Finanzierungsregelung in Teil F Abschnitt I Nr. 4.3 entnehmen (dazu 3). Die normativen Vorgaben des BewA stehen ihrerseits mit höherrangigem Recht in Einklang (dazu 4).

18

1. Nach § 7 Nr. 2 HVV wird für Ärzte aus [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) mit Kapazitätsgrenze (Psychologische Psychotherapeuten, Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte) für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Kapitels 35.2 EBM sowie nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen aus dem Vergütungsanteil gemäß Anhang I zu Anl. 4 des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010 unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs sowie dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß § 5 Abs. 3 HVV ein gemeinsames Vergütungsvolumen gebildet. Aus diesem werden die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels 35.2 EBM zu 100 %

vergtet. Das verbleibende Volumen wird durch die nach Mengengrenzung (Kapazittsgrenze) anerkannte Leistungsanforderung dividiert und ergibt die Auszahlungsquote fr nicht genehmigungspflichtige Leistungen. Die Mindestauszahlungsquote betrgt 75 %, ggf werden die fehlenden Betrge zunchst aus dem versorgungsbereichsspezifischen Honorarvolumen fr abgestaffelt zu vergtende Leistungen, weitere berschreitungen aus den versorgungsbereichsspezifischen Rckstellungen entnommen. Reicht das Vergtungsvolumen somit nicht aus, um sowohl die angeforderten antrags- und genehmigungspflichtigen als auch die nicht antrags und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen voll zu vergten, werden letztere auch dann nur quotiert und damit eben nicht mit den Preisen der Euro-Gebhrenordnung vergtet, wenn der betreffende Arzt bzw Therapeut die zeitbezogene Kapazittsgrenze nicht berschritten hat.

19

Diese Regelung ist mit Teil F Abschnitt I Nr 4.1 Abs 2 des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010 nicht vereinbar, wonach die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten rztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit! bis zu der gem 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazittsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebhrenordnung zu vergten ist. Voll zu vergten sind somit auch die nicht antrags und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazittsgrenze, da letztere wie dargelegt mittels Addition der Anteile fr die antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen einerseits und fr die nicht antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen andererseits ermittelt wird (vgl Teil F Abschnitt I Nr 4.2.3).

20

Dem kann nicht entgegengehalten werden, dass Teil F Abschnitt I Nr 2.4 idF des Beschlusses vom 26.3.2010 lediglich in Bezug auf die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM ausdrcklich vorgibt, dass diese innerhalb der zeitbezogenen Kapazittsgrenze mit den Preisen der regionalen Euro-Gebhrenordnung vergtet werden, nicht aber hinsichtlich der nicht antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen von rzten gem Nr 4.1 (vgl Teil F Abschnitt I Nr 2.4 Abs 1 Satz 1 bzw Abs 3). Der BewA hat mit dem Beschluss vom 26.3.2010 nicht nur Nr 2.4 neu in Teil F Abschnitt I eingefgt, sondern zeitgleich Nr 4.1 um den Abs 2 betreffend die Vergtung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazittsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebhrenordnung (vgl oben RdNr 15) ergnzt. Ein solcher Passus fand sich in Nr 4.1 idF des Beschlusses des BewA vom 22.9.2009 (mWv 1.1.2010, D 2009, A 2103) noch nicht. Ferner spricht der BewA auch in dem neuen Nr 4.3 idF des Beschlusses vom 1.7.2010 im Hinblick auf beide Arten von Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazittsgrenze von einer Vergtung mit den Preisen der Euro-Gebhrenordnung (Satz 1). Es kann daher kein Zweifel bestehen, dass auch wenn dies in Teil F Abschnitt I Nr 2.4 nicht ausdrcklich wiederholt wird nach den Vorgaben des BewA sowohl die antrags- und genehmigungspflichtigen als auch die nicht antrags und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen voll zu vergten sind, soweit sie wie es hier bei dem Klger der Fall

ist die zeitbezogene Kapazitätsgrenze nicht überschreiten (zu diesem Verständnis der Vorgaben vgl auch BSG Urteil vom 11.10.2017 – [BÄ 6 KA 8/16 R](#) – SozR 42500 – § 87b Nr 14 RdNr 27: „angesichts“ des einheitlichen Orientierungspunktwertes, mit dem innerhalb der Kapazitätsgrenzen alle psychotherapeutischen Leistungen vergütet wurden sowie den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, [BTDrucks 17/6906 S 65](#) zu [§ 87b Abs 2 Satz 3 SGB V](#) in der ab 1.1.2012 geltenden Fassung des GKVStG; vgl hierzu auch BSG Urteil vom 11.10.2017 – [BÄ 6 KA 35/17 R](#) – [MedR 2018, 704](#) – juris RdNr 67).

21

2. Die Regelung in Teil F Abschnitt II Nr 1 in der Fassung des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010 enthält keine Ermächtigung für die Gesamtvertragspartner, abweichend von den Regelungen des Teil F Abschnitt I, die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze geringer als mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

22

Nach Teil F Abschnitt II Nr 1 Abs 1 konnten die Partner der Gesamtverträge einvernehmlich und zeitlich begrenzt bis zum 31.12.2011 zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt und praxisbezogenen RLV (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind. Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt und praxisbezogenen RLV und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina vergütet werden, konnten – soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I dieses Beschlusses erfolgte – einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (zB durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies galt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem RLV unterliegen (Teil F Abschnitt II Nr 1 Abs 2 Satz 1 und 2). Damit durften auch Leistungen, die wie hier die nicht antrags und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen von nicht dem RLV unterliegenden Ärzten erbracht wurden, in der Konvergenzphase nur insoweit einer Steuerung unterzogen werden, als eine solche nicht bereits in Abschnitt I des Beschlusses des BewA vom 29.3.2010 vorgesehen war. Dies war jedoch der Fall. Nach Teil F Abschnitt I Nr 4.1 Satz 1 werden die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen dem Arzt je Quartal zugewiesen, „um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern“. Mit der Honorarbegrenzungsregelung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen sollte daher schon nach ihrem Wortlaut auf die Leistungsmenge steuernd eingewirkt werden (zum weiteren Zweck der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung vgl BSG Urteil vom 25.1.2017 – [BÄ 6 KA 6/16 R](#) – SozR 42500 – § 87b Nr 9 RdNr 34 zur gleichlautenden Formulierung in Teil F Nr 4.1 Satz 1 des Beschlusses des

Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008). Damit unterlagen die Leistungen bereits gemäß Abschnitt I des Beschlusses des BewA einer Steuerung. Für eine weitergehende Steuerung durch Quotierung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze bleibt kein Raum (vgl. auch LSG Berlin-Brandenburg Urteile vom 17.11.2021 – [LÄ 7 KA 48/17](#) – juris RdNr 85, [LÄ 7 KA 2/18](#) – juris RdNr 82, [LÄ 7 KA 3/18](#) – juris RdNr 73 sowie Sächsisches LSG Urteil vom 25.4.2018 – [LÄ 1 KA 4/16](#) – juris RdNr 87 f).

23

Soweit Teil F Abschnitt II Nr 3 in der Fassung des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010 vorsieht, dass für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie der in [ÄS 87b Abs 2 Satz 6 SGB V](#) aF genannten Ärzte und Psychotherapeuten die gesetzlichen Vorgaben, die Rechtsprechung des BSG und die in Abschnitt I Ziffer 4 genannten Vorschriften zwingend zu beachten sind, lässt sich hieraus kein Schluss auf die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ziehen. Insbesondere ist der Umkehrschluss, dass diese innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen – anders als nach der Rechtsprechung des BSG die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (vgl. BSG Urteil vom 25.3.2015 – [BÄ 6 KA 22/14 R](#) – BSG SozR 42500 – 85 Nr 82 RdNr 21 ff; BSG Urteil vom 25.1.2017 – [BÄ 6 KA 6/16 R](#) – SozR 42500 – 87b Nr 9 RdNr 30 jeweils mwN) – quotiert werden könnten, nicht zulässig.

24

3. – Entgegen der Auffassung der Beklagten ergibt sich aus der Neuregelung in Teil F Abschnitt I Nr 4.3 mit Wirkung vom 1.10.2010 auch angesichts begrenzter Finanzmittel keine abweichende Beurteilung der Rechtslage.

25

a) – Teil F Abschnitt I Nr 4.3 Satz 1 sieht erstmals vor, dass für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt I Nr 2.4 Abs 1 sowie dem für die in Nr 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I, 3.1.3 ein gemeinsames Vergütungsvolumen zu bilden ist. Ergänzend bestimmt Satz 2, dass sich die Partner der Gesamtverträge über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen und diese Einigung unter Beachtung des Grundsatzes gemäß Abschnitt I Abs 2, der gesetzlichen Vorgaben des [ÄS 87b Abs 2 Satz 6 SGB V](#) und der Rechtsprechung des BSG zu erfolgen hat. Der BewA verweist in der Neuregelung somit ausdrücklich auf die in Teil F Abschnitt I Abs 2 (idF des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010) geregelten Grundsätze, wonach Ausgangspunkte der Honorarverteilung jeweils die für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende MGV gemäß [ÄS 87a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) ist (aaO, Satz 1) und die mit diesem Beschluss erfolgende Anpassung des Beschlusses des BewA vom 22.9.2009 daher keine Nachschusspflicht der Krankenkassen begründen kann

(aaO, Satz 2). Diese Regelung entspricht dem Grundsatz, dass eine nachträgliche Erhöhung der Gesamtvergütung nur in ganz besonderen Ausnahmefällen in Betracht kommt (vgl. grundlegend BSG Urteil vom 27.6.2012 – [BÄ 6 KA 28/11 R](#) – [BSGE 111, 114](#) – SozR 42500 – § 87 Nr. 26, RdNr. 60 ff sowie BSG Urteil vom 15.6.2016 – [BÄ 6 KA 27/15 R](#) – [BSGE 121, 206](#) – SozR 42500 – § 75 Nr. 17, RdNr. 35).

26

Zwar weist die Beklagte zu Recht darauf hin, dass aufgrund der Bildung von arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (Honorartöpfen), aus denen sämtliche Leistungen der Fachgruppe honoriert werden sollen, und der fehlenden Nachschusspflicht der Krankenkassen (auch) für die Fachgruppe des Klägers, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegt, grundsätzlich nur begrenzte Finanzmittel zur Verfügung stehen. Dem entspricht es, dass die dem BewA durch [§ 87b Abs 4 Satz 2 iVm § 87b Abs 2 Satz 7 SGB V](#) auf übertragene Aufgabe, Vorgaben zur Umsetzung der Vergütung von Leistungen außerhalb der RLV – der sog. „freien Leistungen“ – zu erlassen, den BewA nach der Rechtsprechung des Senats nicht nur berechtigt, Vorgaben dazu zu machen, welche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden, sondern auch Vorgaben, die sich auf die Modalitäten der Vergütung dieser Leistungen beziehen. Dazu gehören auch Regelungen für den Fall einer Überschreitung des für die freien Leistungen vorgesehenen Vergütungsvolumens (BSG Urteil vom 25.1.2017 – [BÄ 6 KA 6/16 R](#) – SozR 42500 – § 87b Nr. 9 RdNr. 20 mwN). Eine Ermächtigungsgrundlage gerade für die Quotierung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze lässt sich der Regelung in Teil F Abschnitt I Nr. 4.3 Satz 2 jedoch auch vor diesem Hintergrund nicht mit der hinreichenden Klarheit entnehmen.

27

b) Schon nach dem Wortlaut seiner Überschrift regelt Nr. 4.3 in Teil F Abschnitt I – anders als Nr. 2.4, der mit „Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen“ betitelt ist – lediglich die Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen für das zu bildende gemeinsame Vergütungsvolumen. Hieran ändert auch die systematische Stellung unmittelbar nach Nr. 4.2.1 bis 4.2.3 nichts. Nr. 4 selbst ist mit „Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen“ überschrieben. Nr. 4.3 soll die Umsetzung der Vergütung bis zu dieser Grenze regeln (vgl. hierzu auch LSG Berlin-Brandenburg Urteile vom 17.11.2021 – [LÄ 7 KA 48/17](#) – juris RdNr. 76; [LÄ 7 KA 2/18](#) – juris RdNr. 73; [LÄ 7 KA 3/18](#) – juris RdNr. 64). Ein Hinweis auf die Zulässigkeit einer Quotierung innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen ergibt sich hieraus nicht.

28

c) Richtig ist zwar, dass der Senat in der Vergangenheit einer mit Nr. 4.3 Satz 2 im Wesentlichen wortgleichen Regelung zur Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug in Teil F Abschnitt I Nr. 2.5.1 Satz 2 („Über das Verfahren bei Überschreitung und Unterschreitung des Vergütungsvolumens“) einigen sich

die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.)) in Verbindung mit der Regelung eines Vergütungsvolumens eine Ermächtigung zur Quotierung von Leistungen entnommen hat. Die Vorgabe eines in einem normierten Verfahren zu ermittelnden Vergütungsvolumens und das Fehlen von Vorgaben über Mengenbegrenzung oder Abstufung hat zur zwingenden Konsequenz, dass bei Überschreitung des Vergütungsvolumens entweder dieses erhöht oder die aus diesem zu finanzierenden Vergütungen so gesenkt werden müssen, dass alle berechneten Leistungen ohne Erhöhung des Volumens bezahlt werden können. Da der BewA eine Nachschusspflicht der Krankenkassen und damit eine Erhöhung der MGV ausdrücklich ausgeschlossen hatte, hat eine Regelung der Art, die Leistungen bei Überschreitung des Vergütungsvolumens nur quotiert zu vergüten, auf der Hand gelegen, wollte man Auswirkungen auf andere Arztgruppen bzw Leistungsbereiche vermeiden (BSG Urteil vom 19.8.2015 [B 6 KA 34/14 R](#) BSGE 119, 231 = SozR 42500 § 87b Nr 7, RdNr 21 f zu analytischen Laborleistungen des Abschnitts 32.2 des EBM; vgl auch BSG Urteil vom 23.3.2016 [B 6 KA 33/15 R](#) SozR 42500 § 87b Nr 8 RdNr 13 zu Nr 2.5.3 Satz 2 zu pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Probeneinsendungen). Diese Rechtsprechung lässt sich jedoch nicht auf die Vergütung nicht antrags und genehmigungspflichtiger Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen übertragen (anders LSG Niedersachsen-Bremen Urteil vom 18.4.2018 [L 3 KA 38/14](#) veröffentlicht auf www.sozialgerichtsbarkeit.de).

29

Der BewA verwendet die in Teil F Abschnitt I Nr 4.3 Satz 2 enthaltene Formulierung in seinen Beschlüssen in unterschiedlichen Zusammenhängen. Ob diese im konkreten Fall eine Ermächtigung zur Quotierung der zu vergütenden Leistungen enthält oder ggf nur eine Ermächtigung zur Regelung der Finanzierung, wenn die angeforderten Leistungen das vorgegebene Vergütungsvolumen überschreiten, kann nur dem Kontext der jeweiligen Regelung entnommen werden.

30

So ordnet neben den bereits zitierten Nr 2.5.1 Satz 2 und Nr 2.5.3 Satz 2 (vgl zudem die wortgleichen Regelungen in Nr 2.5.2 und Nr 2.5.4) auch Nr 2.4 zur Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen in seinem Abs 1 Satz 2 in Bezug auf die antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM an, dass sich die Partner der Gesamtverträge bei Überschreitung und Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Satz 1 also des Anteils der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen nach Nr 4.2.1 unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz über das Verfahren einigen (alle Regelungen in der Fassung des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010). Nach der Rechtsprechung des Senats sind die antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze jedoch unquotiert zu vergüten (vgl BSG Urteil vom 25.3.2015 [B 6 KA 22/14 R](#) BSG SozR 42500 § 85 Nr 82 RdNr 21 ff; BSG Urteil vom 25.1.2017 [B 6 KA 6/16 R](#) SozR 42500 § 87b Nr 9 RdNr 30 jeweils

mwN). Der Formulierung an dieser Stelle kann somit eine Ermächtigung zur Quotierung dieser Leistungen nicht entnommen werden. Eine solche Regelung wäre zudem in systematischer Hinsicht in Nr. 2.4 Abs. 3, der die Vergütung und Steuerung der nicht antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen regelt, oder in Nr. 4 zu den „beide Leistungsarten umfassenden“ zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen zu erwarten gewesen. Dies ist jedoch gerade nicht geschehen. Stattdessen hat der BewA in Nr. 4.1 Abs. 2 in der Fassung des Beschlusses vom 26.3.2010 mit Wirkung vom 1.7.2010 ausdrücklich festgelegt, dass alle Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt „mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung“ zu vergüten sind.

31

Hieran hat auch die Ergänzung durch den Beschluss des BewA vom 1.7.2010 nichts geändert. Die Einfügung des Auftrags an die Partner der Gesamtverträge zur Einigung bei „Über und Unterschreitung des gemeinsamen Vergütungsvolumens in Teil F Abschnitt I Nr. 4.3 Satz 2 unter der Überschrift „Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze“ bestätigt vielmehr, dass es nur um Regelungen zur Finanzierung und nicht um eine Quotierung der benannten Leistungen gehen kann, sollte das gemeinsame Vergütungsvolumen für die innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze angeforderten psychotherapeutischen Leistungen nicht ausreichen (aA im Sinne einer reinen Verrechnungsmöglichkeit: LSG Niedersachsen-Bremen Urteil vom 18.4.2018 – [L 3 KA 38/14](#) – veröffentlicht auf www.sozialgerichtsbarkeit.de).

32

Allein die auch vom LSG angesprochenen, nicht zu übersehenden praktischen Schwierigkeiten, die sich aus einem nur begrenzt zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen und einer fehlenden Nachschusspflicht der Krankenkassen bei einer Vergütung innerhalb der zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen nach Preisen der Euro-Gebührenordnung ergeben, können demgegenüber nicht bewirken, dass die nicht antrags und genehmigungspflichtigen Leistungen entgegen dem eindeutigen Wortlaut der Beschlüsse des BewA vom 26.3.2010 und 1.7.2010 lediglich quotiert vergütet werden dürfen (vgl. auch LSG Berlin-Brandenburg Urteile vom 17.11.2021 – [L 7 KA 48/17](#) – juris RdNr. 89; [L 7 KA 2/18](#) – juris RdNr. 86; [L 7 KA 3/18](#) – juris RdNr. 77; zu Möglichkeiten, diese praktischen Schwierigkeiten zu lösen, vgl. Nr. 7.2 HVV zur Finanzierung der Mindestauszahlungsquote von 75 % aus dem versorgungsbereichsspezifischen Honorarvolumen für abgestaffelt zu vergütende Leistungen bzw. aus den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen). Andere Erkenntnisquellen, wie zB entscheidungserhebliche Gründe zu den Beschlüssen des BewA, die Aufschluss über die Motive der hier einschlägigen Vorschriften bzw. den Änderungen hätten geben können, existieren nicht.

33

4. Die normativen Vorgaben des BewA sind ihrerseits mit höherem Rangigem Recht vereinbar. Nach der Rechtsprechung des Senats haben die Gerichte die Gestaltungsfreiheit des BewA, wie sie für jede Normsetzung kennzeichnend ist, zu

respektieren (vgl BSG Urteil vom 11.10.2017 [Â BÂ 6Â KA 37/17Â RÂ BSGE 124, 218](#) =Â SozR 42500 Â§Â 87 NrÂ 35 RdNrÂ 35 mwN). Die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränkt sich darauf, ob sich die Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die ersten rechtlichen Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Dies ist erst dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in einem groben Missverhältnis zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht. Der BewA überschreitet den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind oder dass es im Lichte von Art 3 Abs 1 GG keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw für die ungleiche Behandlung von im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalten gibt (vgl BSG Urteil vom 29.8.2007 [Â BÂ 6Â KA 36/06Â RÂ SozR 42500 Â§Â 85 NrÂ 39](#) RdNrÂ 17; BSG Urteil vom 11.10.2017 [Â BÂ 6Â KA 37/17Â RÂ BSGE 124, 218](#) =Â SozR 42500 Â§Â 87 NrÂ 35 RdNrÂ 35 jeweils mwN).

34

Eine Überschreitung seines Gestaltungsspielraums durch den BewA lässt sich vorliegend nicht feststellen. Die Mengensteuerung erfolgte in den Beschlüssen des BewA vom 26.3.2010 und 1.7.2010 durch die Vorgabe zeit und arztbezogener Kapazitätsgrenzen für antrags und genehmigungspflichtige sowie nicht antrags und genehmigungspflichtige Leistungen. Die Vorgaben im Einzelnen lassen keine Anhaltspunkte dafür erkennen, dass die getroffenen Regelungen in einem groben Missverhältnis zu den mit ihnen verfolgten legitimen Zwecken stehen. Der Senat hat die Festsetzung arztbezogener Kapazitätsgrenzen für psychotherapeutische Leistungen auch unter dem Aspekt der Gewährleistung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit für psychotherapeutische Leistungen grundsätzlich als mit höherrangigem Recht vereinbar angesehen (vgl BSG Urteil vom 25.1.2017 [Â BÂ 6Â KA 6/16Â RÂ SozR 42500 Â§Â 87b NrÂ 9](#) RdNrÂ 19 ff). Dass aus der Zulässigkeit einer Quotierung von Leistungen nicht auch eine unmittelbare Verpflichtung zur Quotierung folgt, hat der Senat im Übrigen ebenfalls bereits entschieden (vgl BSG Urteil vom 19.8.2015 [Â BÂ 6Â KA 34/14Â RÂ BSGE 119, 231](#) =Â SozR 42500 Â§Â 87b NrÂ 7 RdNrÂ 41, 62; vgl auch BSG Beschluss vom 4.11.2021 [Â BÂ 6Â KA 14/20Â BÂ juris RdNrÂ 29](#)).

35

C. Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§Â 197a AbsÂ 1 SatzÂ 1 TeilsatzÂ 3 SGG iVm Â§Â 154 AbsÂ 2 VwGO](#). Danach trägt die Beklagte die Kosten des von ihr ohne Erfolg durchgeführten Rechtsmittels.

Â

Erstellt am: 16.10.2023

Zuletzt verändert am: 21.12.2024