

L 1 KA 4/16

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

1

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 11 KA 96/12

Datum

16.09.2015

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KA 4/16

Datum

25.04.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Den Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) ist für die Rechtslage von 1.1.2009 bis 31.12.2011 keine Ermächtigung der Partner der Gesamtverträge zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit einem geringeren Punktwert als dem Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 16. September 2015 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 10.012,96 EUR festgesetzt.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für die Quartale III/2010 und IV/2010.

Die Klägerin nimmt als psychologische Psychotherapeutin mit Sitz in A ... an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil. Die Beklagte setzte die Vergütungen der Klägerin mit Honorarbescheid vom 25.01.2011 für III/2010 auf 20.676,53 EUR und mit Honorarbescheid vom 26.04.2011 für IV/2010 auf 30.062,10 EUR fest.

Dabei erfolgte die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) mit dem Regionalpunktwert von 3,5048 Cent. Die probatorischen Leistungen nach der GOP 35150 EBM-Ä vergütete die Beklagte mit einer Quote von 0,75 (III/2010; 81 Sitzungen) bzw. 0,79 (IV/2010; 124 Sitzungen) und die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen mit einer Quote von 0,50 (III/2010) bzw. 0,58 (IV/2010) auf den Regionalpunktwert. Im Quartal IV/2010 erfolgte zusätzlich wegen der Überschreitung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze von 32.558 Minuten um 713 Minuten für einen Honoraranteil von 767,11 EUR bei einem abgerechneten Leistungsbedarf in Höhe von 35.796,12 EUR eine Quotierung (35.029,01 EUR Honoraranteil innerhalb der Kapazitätsgrenze).

Danach ergaben sich für die Klägerin folgende Kürzungen: III/2010 angefordertes Honorar in EUR Quote für Überschreitung Kapazitätsgrenze Quote Honorarzahlung Differenz probatorische Leistungen 4.982,31 0,75 3.737,34 1.244,97 übrige Leistungen kurativ 5.852,47 0,50 2.927,14 2.925,26 Summe: 4.170,23

IV/2010 angefordertes Honorar in EUR Quote für Überschreitung Kapazitätsgrenze Quote Honorarzahlung Differenz probatorische Leistungen 7.627,24 0,089134 0,79 5.908,60 1.718,64 übrige Leistungen kurativ 8.701,52 0,089134 0,58 4.956,39 3.745,13 Summe: 5.463,77

Mit den am 3. Februar 2011 bzw. am 6. Mai 2011 bei der Beklagten eingegangenen Widersprüchen wandte sich die Klägerin gegen die vorgenommene Quotierung der Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen.

Die Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheiden vom 23. Juli 2012 bzw. vom 26. September 2012 zurück. Die Zulässigkeit der Quotierung ergebe sich aus der in Teil F Abschnitt I mit Beschluss des Bewertungsausschusses (BewA) in seiner 228. Sitzung vom 1. Juli

2010 zusätzlich eingefügten Nr. 4.3 zur Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (218. Sitzung; hier und im Folgenden jeweils die amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts des BewA: www.institut-ba.de). Hierfür sei ein Vergütungsvolumen aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 erster Absatz sowie dem für die in Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Teil F Abschnitt I Nr. 3.1.3 zu bilden. Die Regelung zum Verfahren bei Über- und Unterschreitung sei den Partnern der Gesamtverträge zugewiesen. In Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 erster Absatz des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 sei die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsanteil gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17 festgelegt. Die Vorgabe habe die Beklagte in § 3 Abs. 2 Honorarverteilungsmaßstab 2010 (in der Fassung des 2. Nachtrags von 20. Juni 2010 &61531;HVM 2010&61533; mit Wirkung für das II. bis IV. Quartal 2010) mit einem entsprechenden Vorwegabzug umgesetzt. Gemäß Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 dritter Absatz des Beschlusses seien die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Teil F Abschnitt I Nr. 3.1.3 zu vergüten, welches gemäß Anlage 5 auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 2 und Teil F Abschnitt I Nr. 4.1, also ausdrücklich auch für die bereits den Zeitkapazitätsgrenzen unterliegenden Ärzten, zu verteilen sei. Dieser Vorgabe trage § 7 Abs. 1 HVM 2010 Rechnung.

Dagegen hat die Klägerin jeweils am 27. Juli 2012 ([S 11 KA 96/12](#)) und am 24. Oktober 2012 (S 11 KA 145/12) beim Sozialgericht Dresden Klage erhoben. Zur Begründung hat ihr Prozessbevollmächtigter ausgeführt, die Quotierung der nicht genehmigungspflichtigen Leistungen sei rechtswidrig, weil der HVM 2010 der Beklagten anders als mit § 8 Abs. 6a HVM 2010 in der bis 30. Juni 2010 geltenden Fassung für die Quotierung keine Regelung enthalte. Weder in § 12 HVM 2010 noch in § 12a HVM 2010 fänden sich expliziten Regelungen über die Bildung von Honorarfonds. Das Bestehen derartiger Fonds werde lediglich gedanklich vorausgesetzt. Darüber hinaus fehlten Regelungen darüber, wie die Höhe der Geldmittel zu ermitteln sei, die für die einzelnen Honorarfonds zur Verfügung zu stellen sei. Dies ergebe sich nicht aus § 7 Abs. 1 HVM 2010, der allein die Aufteilung des Vergütungsvolumens der Regelleistungsvolumina (RLV) auf die Vergleichsgruppen bestimme. Die von den Psychotherapeuten erbrachten Leistungen würden einer Leistungssteuerung nicht durch RLV, sondern durch zeitbezogene Kapazitätsgrenzen unterliegen. Eine HVM-Regelung als Grundlage einer quotierten Vergütung verstoße gegen höherrangiges Recht. Die Regelungen über die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen seien abschließend. Etwaige Quotierungsregelungen in Honorarverteilungsmaßstäben der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄV) seien daher unzulässig und rechtswidrig. Nach dem Beschluss des BewA vom 27./28. August 2008 unterlägen die Psychotherapeuten nicht den RLV. Der Erweiterte Bewertungsausschuss (E-BewA) habe damit von der ihm mit [§ 87b Abs. 2 Satz 7](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeräumten Ermächtigung Gebrauch gemacht. Zwar habe der BewA den Partnern der Gesamtverträge die Möglichkeit eingeräumt, Steuerungsinstrumente auch für die nicht den RLV unterliegenden Leistungen bzw. Arztgruppen einzuführen, die Konvergenzregelungen aber mit Wirkung ab dem Quartal III/2010 geändert und die Möglichkeit einer Steuerung ausgeschlossen, soweit die Leistungen nicht bereits einer Steuerung nach Teil F Abschnitt I unterzogen seien. In Teil F Abschnitt I Nr. 4 sei u.a. für die Psychotherapeuten eine Leistungssteuerung mit zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen geregelt. Bei der Regelung in Teil F Abschnitt I Nr. 4.3 handele es sich ausweislich der Überschrift sowie dem Wortlaut und Inhalt nach um eine Finanzierungs- nicht aber um eine Vergütungsregelung. Hätte der BewA hiermit eine quotierte Vergütung einführen wollen, hätte er das Vergütungsvolumen festgelegt und zugleich bestimmt, dass die Leistungen ausschließlich aus diesem Volumen zu vergüten seien. Darüber hinaus erfasse die Regelung auch die antragspflichtigen Leistungen, für die außer Frage stehe, dass sie nicht quotiert werden dürften.

Dem ist die Beklagte entgegen getreten, weil die Quotierung der nicht antragspflichtigen Leistungen auf den Regelungen in §§ 7, 12a HVM 2010 beruhe und rechtmäßig sei. Der BewA habe in Teil F Abschnitt I nach der Nr. 4.2.3 zusätzlich die Nr. 4.3 eingefügt, wonach zur Finanzierung der antragspflichtigen Leistungen und der nicht antragspflichtigen Leistungen die vorgesehenen Vergütungsvolumen zusammenzufassen seien. Die zugleich den Partnern der Gesamtverträge eingeräumte Befugnis, sich über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens zu einigen, rechtfertige jedenfalls ab dem Quartal III/2010 die Quotierung der probatorischen Sitzungen und der übrigen psychotherapeutischen Leistungen. Die Regelung zu den vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsvolumen sei in § 7 HVM 2010 enthalten. Dort werde ausdrücklich erwähnt, dass die versorgungsbereichsspezifischen RLV-Vergütungsvolumen gemäß Teil F Anlage 5 jeweils auf die Vergleichsgruppen gemäß den Anlagen 2a bis 2c aufgeteilt würden. Die Anlage 2b betreffe die Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterlägen. Die Bildung eines Fonds für die nicht antragspflichtigen Leistungen ergebe sich zudem aus § 3 Abs. 2 HVM 2010, der den Vorwegabzug der Mittel regele. Die konkreten Regelungen zur Vergütung der nicht antragspflichtigen Leistungen seien in § 12a HVM 2010 mit der Festlegung von Mindestquoten enthalten.

Das Verteilungsvolumen für die Ärzte nach Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 bilde sich gemäß den einzelnen Rechenschritten nach Anlage 5, dargestellt für das Quartal III/2010, wie folgt: Der anerkannte Leistungsbedarf in Punkten 2008 der Arztgruppe (317.195.225,0 Punkte) dividiert durch den anerkannten Leistungsbedarf in Punkten 2008 des Versorgungsbereichs ergebe einen Anteil der VG 200 von rund 2,058 Prozent. Multipliziert mit dem versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen gemäß Teil F Abschnitt I Nr. 3.1.1 (108.021.185,81 EUR, mit der Erhöhung nach GKV-Org-WG) resultiere für die VG 200 zunächst ein Budget von 2.223.102,65 EUR. Da der Vorwegabzug nach § 3 Abs. 2 HVM 2010 in Höhe von 11.657.804,85 EUR zur Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (12.243.339,09 EUR) nicht ausgereicht habe, seien dorthin noch 585.534,24 EUR abzuführen gewesen. Das verbleibende Budget von 1.637.568,41 EUR stehe zur Honorierung der angeforderten probatorischen sowie übrigen Leistungen von insgesamt 3.563.898,09 EUR (nach Kürzung durch Zeitkapazitätsgrenze) zur Verfügung. Die Überschreitung betrage 1.926.329,68 EUR. Unter Heranziehung der Quote des fachärztlichen Versorgungsbereichs für Restleistungen von 0,083399 ergebe sich ein Betrag von 160.653,97 EUR, welcher dem Budget habe zugeführt werden müssen. Der vom Bundessozialgericht (BSG) geforderte Mindestpunktwert sei für die probatorischen Leistungen mit einer Interventionsquote von 0,75 bzw. 0,79 und für die übrigen Leistungen mit einer Interventionsquote von 0,50 bzw. 0,58 sichergestellt worden. Sogar zur Auszahlung dieser Vergütung mit Anwendung der Quoten hätten weitere Mittel aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeführt werden müssen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat auf Anfrage des Sozialgerichts mit Schreiben vom 18. März 2015 ausgeführt, die Ermächtigung an die Gesamtvertragspartner zur Regelung des Verfahrens bei Über- und Unterschreitungen im Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 finde sich gleichlautend auch in Bezug auf andere Bereiche wie z.B. der Vergütung und Steuerung im Bereich Labor oder des organisierten Notfalldienstes. Für diese seien separate Vergütungsbestandteile nach Teil F Abschnitt I Nr. 3.1.2 gebildet worden. Damit solle gewährleistet werden, dass für die genannten Bereiche finanzielle Mittel separat bereitgestellt würden. Da für den Fall, dass die bereitgestellten Mittel nicht in ausreichender Höhe gebildet werden konnten, eine Notwendigkeit zur Finanzierung der Bereiche bestehe und je nach regionaler

Gegebenheit hierfür andere Möglichkeiten bestünden, habe der BewA die Kompetenz, mit diesen Über- oder Unterschreitungen umzugehen, an die regionalen Vertragspartner gegeben. Diese Kompetenz sei dahingehend als umfassend zu interpretieren, dass es den Gesamtvertragspartnern im Rahmen der Honorarverteilung obliege, die Mittel bereitzustellen.

In der mündlichen Verhandlung am 16. September 2016 hat das Sozialgericht die beiden Klagen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Mit Urteil von 16. September 2015 hat das Sozialgericht den Honorarbescheid der Beklagten vom 25. Januar 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Juli 2012 und den Honorarbescheid vom 26. April 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. September 2012 abgeändert und die Beklagte verurteilt, über die Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale III und IV/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die von der Beklagten gemäß §§ 12, 12a HVM 2010 vorgenommene Quotierung der Vergütungen der probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen erweise sich als rechtswidrig. Für die Quotierung der vorgenannten Leistungen mit den Honorarbescheiden für die Quartale III und IV/2010 fehle es an einer wirksamen Rechtsgrundlage. Die Honorarverteilungsregelungen, auf deren Grundlage die Honorarbescheide ergangen seien, verstießen gegen höherrangiges Recht. Die mit §§ 12a, 12 HVM 2010 vorgenommenen Regelungen entsprächen nicht den Vorgaben des BewA im Beschluss vom 26. März 2010. Dort habe die Beklagte für das Quartal III/2010 Quoten für die probatorischen Leistungen von 0,75 und für die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen von 0,50 und für das Quartal IV/2010 für die probatorischen Leistungen die Quote von 0,79 und für die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen von 0,58 angewandt.

Bei der Ermittlung der Vergütung habe die Beklagte folgende Werte zu Grunde gelegt: (VG 200: Ärzte und Psychotherapeuten nach der Anlage 2b HVM 2010)

Leistungsbedarf und Vergütung der VG 200 III/2010 in EUR IV/2010 in EUR Budget für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels 35.2 EBM 11.657.804,85 11.734.498,22 Leistungsbedarf 12.243.339,09 12.584.455,36 Überschreitung 585.534,24 849.957,14

Budget der VG für die übrigen Leistungen 1.637.568,41 1.400.677,35 Leistungsbedarf 3.563.898,09 3.640.240,94 Überschreitung 1.926.329,68 2.239.563,59 Quote fachärztlicher VB für Restleistung 160.653,97 199.621,26

Leistungsbedarf für Probatorik nach Kürzung ZKG mit Restleistung 1.794.127,65 1.760.854,29 Vergütungsbedarf mit Begrenzung auf Mindestquote von 75 Prozent bzw. 79 Prozent 1.345.595,74 1.391.074,89

Leistungsbedarf übrige Leistungen 1.789.538,98 1.894.390,71 Leistungsbedarf übrige Leistungen nach Kürzung mit Restleistung 1.772.447,66 1.881.496,40 Vergütungsbedarf mit Begrenzung auf Mindestquote von 50 Prozent bzw. 58 Prozent 886.223,83 1.091.267,91

Die Berechnung der Budgets stelle sich wie folgt dar: Fondsermittlung Psychotherapeuten III/2010 IV/2010 vorläufiges Vergütungsvolumen fachärztlicher Bereich 122.534.979,94 127.251.552,94 zzgl. Erhöhung GKV-Org.WG (Nr. 3.3 i.V.m. F Nr. 3.1, 01,635 Prozent, für FA VB 0,85 410.193,01 426.735,16 Vergütungsvolumen fachärztlicher Versorgungsbereich 122.945.172,95 127.678.388,11 Vorwegabzüge 14.923.987,14 17.932.173,77 RLV/QZV-Vergütungsvolumen 108.021.185,81 109.746.214,34 Leistungsbedarf VG 200 in 2008 in Punkten 317.195.225,00 317.195.225,00 Anteil der VG 200 im fachärztlichen Versorgungsbereich in Prozent 2,0580 2,05 RLV/QZV-Vergütungsvolumen der VG 200 (§ 7 Abs. 1 HVM 2010, Anlage 5 Teil F) 2.223.102,65 2.250.634,49 Abzug wegen Überschreitung antragspflichtiger Leistungen § 3 Abs. 2 HVM 2010 585.534,24 849.957,14 Vorläufiges Budget VG 200 1.637.568,41 1.400.677,35 plus Restleistung § 12 Abs. 2 HVM 2010 160.553,97 199.621,26 Budget VG 200 1.798.122,38 1.600.298,61 Abzug abgerechneter Probatorik begrenzt auf 75 Prozent 1.345.595,74 1.391.074,89 Budget für übrige Leistungen 452.526,64 209.223,72 übrige Leistungen quotiert auf 50 Prozent 886.223,83 1.091.267,91 zusätzlicher Finanzbedarf 433.697,19 882.944,20

Der nicht gedeckte Leistungsbedarf habe sich belaufen für (in EUR) die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen auf 585.534,24 849.957,14 die probatorischen Leistungen auf 448.531,91 369.779,40 die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen auf 886.223,83 790.228,49 Unterschreitung insgesamt 1.920.289,98 2.009.965,03

Die Rechtswidrigkeit der gegenüber dem Regionalpunktwert abgesenkten Vergütung der probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen folge nicht schon aus einer im HVM 2010 fehlenden Rechtsgrundlage. Bei der Gesamtschau der Regelungen in § 3 Abs. 2 und §§ 7, 12, 12a HVM 2010 komme hinreichend zum Ausdruck, dass die für eine Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen mit dem Regionalpunktwert fehlenden Mittel (in Höhe von 585.534,24 EUR im Quartal III/2010 und 849.957,14 EUR im Quartal IV/2010) dem Budget für die übrigen Leistungen der VG 200 zu entnehmen waren. Für diese Leistungen war, wie sich aus § 7 HVM 2010 ergibt, ein vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen zu bilden. Aus der Festlegung der Mindestquote für die probatorischen und die übrigen Leistungen lasse sich hinreichend deutlich ableiten, dass die Leistungen ausschließlich aus dem Budget vergütet werden sollten. Die im Ergebnis zur Anwendung gelangte quotierte Vergütung der probatorischen und der übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen erweise sich indes als rechtswidrig, weil sie von der vom BewA im Beschluss vom 26. März 2010 in Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 bzw. im Beschluss vom 1. Juli 2010 in Teil F Abschnitt I Nr. 4.3 getroffenen Bestimmungen nicht gedeckt seien. Deshalb bedürfe es keiner näheren Erörterung, dass die Beklagte in unzulässiger Weise vom Vergütungsvolumen für die probatorischen und übrigen Leistungen der Leistungserbringer nach der Anlage 2b, der VG 200 nach der HVM 2010 der Beklagten, nicht nur die fehlenden Mittel zur Vergütung deren antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen abgezogen habe, sondern auch die der übrigen in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) genannten Leistungserbringer wie z.B. der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde. Zu Recht sei die Beklagte davon ausgegangen, dass für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen und für die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen jeweils ein separates Vergütungsvolumen zu bilden gewesen sei, aus dem die genannten Leistungen bis zur Kapazitätsgrenze vergütet werden sollten. Die Beklagte sei für das Quartal IV/2010 auch zu Recht davon ausgegangen, dass die beiden Vergütungsvolumen zusammengeführt werden konnten. Dies ergebe sich aus dem Beschluss des BewA vom 1. Juli 2010, mit dem in Teil F Abschnitt I nach der Nr. 4.2.3 mit Wirkung ab 1. Oktober 2010 und deshalb ohne Rückwirkung für das Quartal III/2010, zusätzlich Nr. 4.3 eingefügt worden sei.

Die von der Beklagten vorgenommene Absenkung der innerhalb der Kapazitätsgrenze vorgeschriebenen Vergütung mit dem Regionalpunkt sei indes nicht von der Ermächtigung gedeckt. Mit der ihr eingeräumten Kompetenz zur Regelung des Verfahrens bei Über- und Unterschreitung des zusammengefassten Vergütungsvolumens sei eine Einschränkung der den Psychotherapeuten mit der Regelung in Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 garantierten Vergütung mit dem Regionalpunktwert nicht zu vereinbaren. In Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 sei ausdrücklich festgelegt, dass die Leistungen der Psychotherapeuten bis zur Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 des EBM-Ä bis zu der gemäß Teil F Abschnitt I Nr. 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien. Einer Absenkung dieses Vergütungsniveaus stehe schon entgegen, dass es sich bei der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze um ein den RLV vergleichbares Steuerungsinstrument handelt. Bei den RLV sei eine weitere Quotierung bei den innerhalb des RLV erbrachten Leistungen nicht zulässig. Lediglich die das RLV überschreitende Leistungsmenge unterliege einer Vergütung mit abgestaffelten Preisen. Nichts anderes könne für die innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten Leistungen der Psychotherapeuten gelten. Der BewA sei zu Recht davon ausgegangen, dass eine Steuerung der psychotherapeutischen Leistungen über RLV nicht sachgerecht sei. Eine Einbeziehung bzw. Steuerung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen habe der Gesetzgeber bereits mit [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) ausgeschlossen. Wegen der Zeitgebundenheit sowohl der antrags- und genehmigungspflichtigen als auch zeitgebundenen probatorischen und teilweise auch der übrigen Leistungen sei der BewA zu Recht davon ausgegangen, dass Mengengrenzungsregelungen der Psychotherapeuten gegenüber den für die anderen Arztgruppen geltenden RLV unterschiedlich ausgestaltet werden dürften. Die vom BewA eingeführte zeitbezogene Kapazitätsgrenze in Teil F Abschnitt I Nr. 4 stelle sich insoweit als sachgerecht dar. Innerhalb dieses Zeitkontingents sei jeder Psychotherapeut frei beweglich und könne das Verhältnis von genehmigungspflichtigen und nicht genehmigungspflichtigen Leistungen selbst bestimmen. Eine Mengenausweitung des einzelnen Leistungserbringers sei bei den probatorischen und übrigen Leistungen jedoch nur begrenzt möglich. So könnten z.B. die Testleistungen nur bis zu einer Punktzahlbergrenze durchgeführt werden. Probatorische Sitzungen seien in der Anzahl auf bis zu fünf bzw. acht Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt. Eine biografische Anamnese sei bei jedem Patienten nur einmal abrechenbar. Wenn nun mit der Einführung der Kapazitätsgrenzen die Menge der nicht genehmigungspflichtigen Leistungen erhöht werde, sinke bei gleicher Gesamtarbeitszeit die Menge an genehmigungspflichtigen Leistungen und führe bei einer Mischkalkulation sogar zu einer Minderung der Gesamtkosten, weil die sonstigen Leistungen gegenüber den genehmigungspflichtigen Leistungen eine geringere Punktzahlbewertung aufwiesen, obwohl die Beklagte mit der Festlegung einer Mindestquote von 75 Prozent bzw. 79 Prozent auf den Regionalpunktwert mit einer Vergütung von 2,6286 Cent bzw. 2,73 Cent und einer Mindestquote für die übrigen Leistungen von 50 bzw. 58 Prozent bei den übrigen Leistungen mit einer Vergütung 1,7524 Cent und 2,03 Cent eingehalten habe. Für den Fall, dass bei begrenzter Gesamtvergütung die für die antrags- und genehmigungspflichtigen sowie die probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen gebildeten Verfügungsvolumina aus dem Vorwegabzug sowie dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach Teil F Abschnitt I Nr. 3.1.3 nicht ausreichen, habe der BewA eine gesonderte Regelung getroffen. Mit den in Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 bzw. Nr. 4.3 erfolgten Regelungen zur Vergütung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze habe der BewA das absolute Mindestniveau der Vergütung der Psychotherapeuten vorgegeben. Der Beklagten werde aufgegeben, das Vergütungsvolumen zur Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit dem Regionalpunkt bei Unterschreitung aufzustocken. Dies bestätigten die Ausführungen der KBV, die Ermächtigung an die Gesamtvertragspartner zur Regelung des Verfahrens bei Über- und Unterschreitungen in Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 finde sich gleichlautend auch in Bezug auf andere Bereiche wie z.B. der Vergütung und Steuerung im Bereich Labor oder des organisierten Notfalldienstes. Der eingeräumte Gestaltungsspielraum beziehe sich nicht darauf, ob die fehlenden Mittel aufgebracht werden müssten, sondern allein darauf, wie die Mittel aufgebracht würden. Die Kompetenz zur Regelung des Verfahrens bei Über- oder Unterschreitungen habe der BewA den Vertragspartnern der Gesamtverträge übertragen, damit bei der Notwendigkeit der Finanzierung der regionalen Gegebenheiten Berücksichtigung finden könnten. Soweit der BewA bei der Einigung der Gesamtvertragspartner mit dem Verweis auf die Beachtung des Grundsatzes gemäß Teil F Abschnitt I zweiter Absatz bei nicht ausreichendem Vergütungsvolumen eine Nachschusspflicht durch die Krankenkassen ausgeschlossen habe, könne diese Beschränkung, jedenfalls bei den hier vorliegenden besonderen Umständen keinen Bestand haben. Für die Vergütung der antragspflichtigen sowie probatorischen und übrigen Leistungen bis zur Kapazitätsgrenze hätten im Quartal III/2010 1.920.289,98 EUR und im Quartal IV/2010 2.009.965,03 EUR gefehlt. Mit den geringen Überschreibungsbeträgen der Kapazitätsgrenzen sei belegt, dass es bei den einzelnen Leistungserbringern nicht zu einer erheblichen Leistungsausweitung gekommen sei. Soweit die nach den Maßgaben des BewA von der Beklagten gebildeten Vergütungsvolumina sich nicht als ausreichend erwiesen hätten, sei dies mit Blick auf eine erhebliche Zunahme der Leistungserbringer erklärbar. Im Bereich der Beklagten sei die Anzahl der Leistungserbringer in der Folge vom Jahr 2008 von 592 (Quelle: Honorarauswertung 2009) zum Jahr 2010 (Quelle: Honorarauswertung 2010) auf 756, also um 27,70 Prozent in beachtlichem Umfang gestiegen. Insoweit sei auch nachvollziehbar, dass sich mit der erheblichen Anzahl zusätzlicher Psychotherapeuten nicht nur der Umfang der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, sondern auch der probatorischen Leistungen erhöht habe. In dieser besonderen Ausnahmesituation sei nur eine Umverteilung von Honoraranteilen innerhalb der von den Krankenkassen bereits entrichteten Gesamtvergütungen allein durch die Beklagte, die nur zu Lasten anderer Leistungserbringer vorgenommen werden könne, unzulässig und die Beklagte berechtigt, an die Krankenkassen mit dem Begehren einer nachträglichen Erhöhung der Gesamtvergütung heranzutreten, ohne dass damit das Prinzip der begrenzten Gesamtvergütung generell in Frage gestellt werde.

Die von der Beklagten vorgenommene Quotierung in § 12a Abs. 1 HVM 2010 sei auch nicht durch die Konvergenzregelung in Teil F Abschnitt II Nr. 1 als Ermächtigungsgrundlage gedeckt. Für die probatorischen und die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen bestehe mit den Regelungen über die zeitbezogene Kapazitätsgrenze in Teil F Abschnitt I Nr. 4 eine Leistungssteuerung, die eine weitere Begrenzung der Vergütung im Rahmen von Honorarverteilungsregelungen ausschließe. Dem stehe die im Verfahren [S 11 KA 55/11](#) betreffend die Quartale bis II/2010 abgegebene Stellungnahme der KBV vom 5. Juli 2012 nicht entgegen, wonach es vertretbar erscheine, auch die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen in die Konvergenzregelung einzubeziehen und ggf. zu quotieren. Denn für die Quartale III und IV/2010 ergebe sich ebenso wie für die Quartale I und II/2010 unmittelbar aus dem Wortlaut des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010, dass auch die Regelung über die zeitbezogene Kapazitätsgrenze als abschließende Maßnahme der Mengensteuerung eine weitere Absenkung des Vergütungsniveaus ausschließe. Eine Gleichstellung der Regelung der RLV mit den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen sei auch mit Blick auf den ihnen zukommenden Zweck geboten. Die Regelungen über die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen dienten ausweislich des Wortlauts von Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 dazu, eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern und hätten mithin das gleiche Steuerungsziel wie die RLV bei den anderen Arztgruppen. Schließlich sei auch bereits im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (E-BewA) nach [§ 87 Abs. 4 SGB V](#) in seiner 10. Sitzung am 27. Februar 2009 zur Änderung des Beschlusses Teil A vom 15. Januar 2009 mit Wirkung ab III/2009 sowie mit dem Beschluss vom 22. September 2009 mit Wirkung ab dem Quartal I/2010 sowie mit Beschluss vom 26. März 2010 in Teil F Abschnitt II Nr. 3 geregelt worden,

dass für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie der in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) genannten Ärzte und Psychotherapeuten die gesetzlichen Vorgaben, die Rechtsprechung des BSG und "die in Teil F Abschnitt I. Nr. 4 genannten Vorschriften zwingend" zu beachten seien. Die Beachtung der zwingenden Vorgabe habe zur Folge, dass die Leistungen bis zur festgestellten Kapazitätsgrenze mit dem Preis der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien und damit auch die von der Beklagten vorgenommene Quotierung der probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen nicht zulässig sei.

Gegen das ihr am 18. Dezember 2015 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 15. Januar 2016 beim Sächsischen Landessozialgericht Berufung eingelegt.

Sie trägt vor, die auf der Grundlage des Beschlusses der BewA vom 20. April 2009 zwischen der Beklagten und den Landesverbänden des sächsischen Krankenkassen vereinbarte und bereits mit Wirkung zum 1. Juli 2009 in § 8 Abs. 6a HVM 2010 eingeführte Konvergenzregelung sei – soweit diese auch die psychotherapeutischen Leistungen erfasse – jedenfalls im hier maßgeblichen Zeitraum rechtlich nicht (mehr) zu beanstanden. Der BewA habe in Teil B dieses Beschlusses den Partnern der Honorarverteilungsverträge die Möglichkeit eingeräumt, Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet würden, einer Steuerung zu unterziehen, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsgerechte Gesamtvergütung zu lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen entgegen zu wirken. Diese Leistungssteuerung solle auch für diejenigen Leistungen gelten, welche von Arztgruppen erbracht worden seien, die nicht dem RLV unterlägen. Die in Teil F Abschnitt I zusätzlich eingefügte Nr. 4.3, mit der den Partnern der Gesamtverträge die Befugnis eingeräumt worden sei, sich über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens zu einigen, rechtfertige jedenfalls mit Wirkung ab III/2010 eine Quotierung der probatorischen Sitzungen und der sonstigen nicht genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen, wie sie in § 12a HVM 2010 vereinbart worden sei. Die Äußerungen der KBV hierzu seien nicht so zu verstehen, wie das Sozialgericht sie interpretiere. Vielmehr sei den Sozialgerichten Stuttgart und Bremen zu folgen. Die in diesen Verfahren vorgelegten Stellungnahmen der KBV vom 18. Februar 2013 und 19. April 2013 seien auch hier zu berücksichtigen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19. September 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin trägt vor, Teil F Abschnitt I Nr. 4.3 sei erst mit Beschluss vom 1. Juli 2010 eingeführt worden und habe erst ab 1. Oktober 2010 Geltung entfalten sollen. Auch handele es sich nicht um eine Vergütungs- sondern um eine Finanzierungsregelung, die keinen Einfluss auf die Vergütung der von Psychotherapeuten erbrachten Leistungen habe. Auch aus ihrem Wortlaut werde deutlich, dass die von Psychotherapeuten erbrachten Leistungen nicht quotiert vergütet werden sollten, weil der BewA nicht statuiert habe, dass die psychotherapeutischen Leistungen ausschließlich aus dem festgelegten Vergütungsvolumen zu bezahlen seien. Auch in Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 gebe es eine Vorschrift, wonach sich die Partner der Gesamtverträge im Hinblick auf die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen über das Verfahren bei Über- oder Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sollten. Im Hinblick auf diese Leistungen dürfte außer Frage stehen, dass diese Leistungen nicht quotiert werden dürften.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakte der Beklagten (2 Heftungen) verwiesen. Sie sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann gemäß [§ 155 Abs. 3 und Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch die Berichterstatterin als Einzelrichter entscheiden, weil die Beteiligten hiermit ihr Einverständnis erklärt haben.

Die fristgerechte und auch sonst zulässige Berufung ist unbegründet.

Zu Recht und mit zutreffender Begründung hat das Sozialgericht die Beklagte zur Neubescheidung verpflichtet. Denn die Honorarbescheide der Beklagten sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 2 Abs. 1 SGG](#)). Zu Recht hat das Sozialgericht daher den Honorarbescheid vom 25. Januar 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Juli 2012 und den Honorarbescheid vom 26. April 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. September 2012 abgeändert und die Beklagte verurteilt, über die Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale III/2010 und IV/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die in § 12a HVM 2010 für die hier streitigen Quartale vorgesehenen Mindestquoten für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten widersprechen den Vorgaben des BewA zur Vergütung dieser Leistungen. Zwar bestehen keine grundsätzlichen Bedenken gegen die Quotierung der psychotherapeutischen Leistungen außerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Soweit sich aus § 12a HVM 2010 im Freistaat Sachsen darüber hinaus Quoten für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen ergeben, die innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbracht wurden, sind diese dem Grunde nach rechtswidrig.

Rechtsgrundlage für die Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen der Klägerin war das mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) – vom 26. März 2007 ab 1. Januar 2009 eingeführte Vergütungssystem (hier und im Folgenden in der von 1. Juli 2008 bis 22. September 2011 geltenden Fassung, BGBl. I S. 378). Nach [§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) wurden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) vergütet. Nach [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) waren 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 außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. Gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) bestimmte der BewA erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung u.a. von [§ 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#). Der nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) durch Bewertungsausschüsse zu vereinbarende einheitliche Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) hatte gemäß [§ 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V](#) in seinen Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Im Übrigen galten gemäß [§ 85](#)

[Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) die Vorgaben des BewA (und des E-BewA) für die Verteilung der Vergütung (vgl. BSG, Urteil vom 25. Januar 2017 – [B 6 KA 6/16 R](#) – juris Rn. 28).

Dem gesetzlichen Gebot, eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten, hat der BewA durch die Erhöhung der Punktzahlen zum 1. Januar 2009 im Abschnitt 35.2. EBM-Ä gegenüber dem EBM-Ä 2008 hinreichend Rechnung getragen (vgl. BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – [B 6 KA 8/16](#) – Rn. 18). Bereits in seinem Urteil vom 28. Mai 2008 ([B 6 KA 49/07 R](#) – juris Rn. 51) hatte das BSG für die hier maßgebliche, ab 1. Januar 2009 geltende Rechtslage auf Folgendes hingewiesen: "Im Übrigen hat der Bewertungsausschuss auch unter den Bedingungen des ab 1.1.2009 maßgeblichen neuen Vergütungsrechts (§§ 87a, 87b SGB V i d F von Art 1 Nr 57a, 57b GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) dafür Sorge zu tragen, dass die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten (§ 87 Abs 2c Satz 6 iVm Abs 2d Satz 3 SGB V i d F des GKV-WStG). Diese Regelungen sollen die Funktion des hier noch anzuwendenden § 85 Abs 4 Satz 4 SGB V übernehmen (Bericht des Ausschusses für Gesundheit, [BT-Drucks 16/4247, S 39](#) – Zu Art 1 Nr 57, Zu Buchstabe e, Zu Absatz 2c). Diese Verschiebung der Regelungsebene von der Honorarverteilung zum EBM-Ä trägt dem Umstand Rechnung, dass ab dem 1.1.2009 Orientierungspunktwerte (§ 87 Abs 2e SGB V), die nicht mehr nach Arztgruppen bzw Leistungserbringern differenzieren, sondern allenfalls je nach Versorgungssituation unterschiedlich ausfallen können, die Vergütungshöhe bundeseinheitlich bestimmen sollen. Das hat zur Folge, dass den Besonderheiten psychotherapeutischer Leistungen durch eine angemessene Bewertung im EBM-Ä Rechnung zu tragen ist. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber in § 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V nF den Gesamtvertragspartnern die Möglichkeit eröffnet, weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten, wenn diese besonders gefördert werden sollen oder soweit das aufgrund von Besonderheiten bei der Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Als Beispiel für derartige - ohne Mengenbegrenzung und außerhalb der arztbezogenen Regelleistungsvolumina zu vergütende - Leistungen sind antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen ausdrücklich aufgeführt worden (Bericht des Ausschusses für Gesundheit, [BT-Drucks 16/4247, S 41](#) – Zu Art 1 Nr 57a). Der Bewertungsausschuss hat - wie bereits ausgeführt (oben RdNr 38) - diesen veränderten Vorgaben Rechnung getragen und zum 1.1.2008 sowohl die punktzahlmäßige Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen (von 1.495 auf nunmehr 1.755 Punkte, dh um mehr als 17 Prozent je 50-minütiger Behandlung) als auch das Gesamtvolumen der mit dem Psychotherapie-Punktwert zu vergütenden Leistungsmenge (von 561.150 auf nunmehr 679.185 Punkte pro Quartal, vgl Teil B Nr 4 des Beschlusses in der 139. Sitzung, DÄ 2008, A-356, 358) deutlich angehoben. Dies lässt erkennen, dass der Bewertungsausschuss sich der vom Senat stets betonten Verpflichtung zur Verwirklichung einer gleichberechtigten Teilhabe der Psychotherapeuten an der Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen nicht entzieht."

Inzwischen hat das BSG ausdrücklich festgestellt, dass durch die geänderte Punktzahlbewertung der Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM-Ä zum Jahresbeginn 2009 die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen rechtmäßig auf das zum 1. Januar 2009 geänderte System umgestellt worden sei, was in seiner Anwendung für die Jahre 2009 bis 2011 zu einem den gesetzlichen Vorgaben entsprechenden Vergütungsniveau der psychotherapeutischen Leistungen geführt habe (BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – [B 6 KA 8/16 R](#) – Rn. 21; wenn auch die dortigen Punktzahlbewertungen an die rechtswidrige Honorierung im Jahr 2007 als Aufsatzjahr anknüpfte: vgl. insoweit BSG, Urteile vom 28. Juni 2017 – [B 6 KA 29/17](#) und [B 6 KA 36/16 R](#) –). Das BSG betont, dass "der BewA &61531; &61533; vielmehr angesichts der dargestellten Anpassung der Bewertung der Leistungen des Kapitels 35.2 EBM-Ä und des in den Folgejahren für alle Arztgruppen einheitlichen Orientierungspunktwertes, mit dem innerhalb der Kapazitätsgrenzen alle psychotherapeutischen Leistungen vergütet wurden, für das Jahr 2011 noch davon ausgehen &61531;durfte&61533;;, dass eine angemessene Vergütung der Leistungen auch in Relation zu den übrigen Arztgruppen gewährleistet war" (BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – [B 6 KA 8/16 R](#) – Rn. 27).

Bei den Vorgaben zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen ist zwischen den antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM-Ä einerseits und den sonstigen Leistungen des Kapitels in den Abschnitten 35.1 und 35.3 andererseits zu unterscheiden. Die Punktzahlen des EBM-Ä für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen wurden seit 2008 auch für die hier streitige Zeit nicht erhöht. Bei den nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nehmen die probatorischen Sitzungen nach GOP 35150 mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten eine Sonderstellung ein.

So hat das BSG im Hinblick auf die Vergütung von probatorischen Leistungen ausgeführt (Urteil vom 28. Mai 2008 – [B 6 KA 49/07 R](#) – Rn. 53 unter Bezugnahme auf eine frühere Entscheidung vom 29. August 2007 – [B 6 KA 35/06 R](#)), eine unterschiedliche Behandlung der nach eigener Indikationsstellung durch den Psychotherapeuten erbringbaren probatorischen Sitzungen und der sowohl zeitgebundenen als auch genehmigungsbedürftigen Leistungen (hier: Abschnitt 35.2 EBM-Ä 2010) sei gerechtfertigt, weil schon die erforderliche Genehmigung verhindere, dass die Menge der davon betroffenen Leistungen einseitig durch den Therapeuten beeinflusst werden könne. Dennoch ist zu beachten, dass probatorische Sitzungen zum Kern des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten gehören (vgl. auch BSG, Urteil vom 25. März 2015 – [B 6 KA 13/14 R](#) – juris Rn. 25 m.w.N.). Diese durch strikte Zeitgebundenheit, aber fehlende Genehmigungspflichtigkeit geprägten Leistungen werden im Gesetz ausdrücklich hervorgehoben (§ 28 Abs. 3 Satz 2, § 92 Abs. 6a Satz 1 SGB V) und zwischen ihnen und den sowohl zeitgebundenen als auch genehmigungsbedürftigen Leistungen besteht ein enger Zusammenhang, so dass für eine substanzielle Honorierung dieser Leistungen Sorge getragen werden muss (BSG, Urteil vom 28. Mai 2008 – [B 6 KA 49/07 R](#) – Rn. 57). Dementsprechend hat das BSG im damaligen Parallelverfahren (Urteil vom 28. Mai 2008 – [B 6 KA 9/07 R](#) – juris Rn. 65) ausgeführt, dass ein nach Abzug von Betriebskosten verbleibender Ertrag von weniger als 20,00 EUR nicht ausreiche, um dauerhaft eine ausreichende Sicherstellung der Versorgung auch mit probatorischen Sitzungen von mindestens 50 Minuten Dauer zu gewährleisten; so dass der rechnerische Punktwert für probatorische Sitzungen grundsätzlich 2,56 Cent nicht unterschreiten dürfe.

Aus der Rechtsprechung des BSG folgt ferner, dass auch die psychotherapeutischen Leistungen der betroffenen Arztgruppe i.S.d. § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V, zu der die psychologischen Psychotherapeuten gehören, einer Budgetierung unterliegen dürfen. Denn es besteht kein Anspruch eines Vertragsarztes oder eines Vertragstherapeuten darauf, dass diejenigen Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der RLV vergütet werden, von jeglicher Mengensteuerung freigestellt werden (vgl. BSG, Beschluss vom 11. Oktober 2017 – [B 6 KA 23/17 B](#) – juris, Rn. 11 m.w.N.). Der Umstand, dass gemäß § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V eine Vergütung außerhalb der RLV erfolgt, steht somit einer Quotierung nicht entgegen. Nach der Rechtsprechung des BSG, der der Senat folgt, berechtigt die gesetzliche Ermächtigung des BewA in § 87b Abs. 4 Satz 2 i.V.m. § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V, Vorgaben zur Umsetzung der Vergütung von Leistungen außerhalb der RLV – der sog. "freien Leistungen" – zu erlassen, ihn sowohl zu Vorgaben, welche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden, als auch zu Vorgaben, die sich auf die Modalitäten der Vergütung dieser Leistungen beziehen, wozu auch Regelungen für den Fall einer Überschreitung des für die freien Leistungen vorgesehenen Vergütungsvolumens gehören (BSG, Urteil vom 25. Januar 2017 –

An diesen Grundsätzen sind sowohl die Vorgaben des BewA/E-BewA als auch die Regelungen des HVM 2010 zur Vergütung der Psychotherapeuten zumessen.

Bereits am 27./28. August 2008 hatte der E-BewA in seiner 7. Sitzung in Teil F zur Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit Vorgaben insbesondere zur Ermittlung und Bildung der RLV beschlossen und in Nr. 4 u.a. für die psychologischen Psychotherapeuten die Zuweisung zeitbezogener Kapazitätsgrenzen vorgesehen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern. Am 26. März 2010 hat der BewA sodann in seiner 218. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2010 gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V in geänderter Fassung beschlossen. Bezogen auf die Vergütung der psychologischen Psychotherapeuten lauteten die Vorgaben für die Zeit ab 1. Juli 2010 nunmehr wie folgt:

"2.4 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) genannten Arztgruppen werden aus dem Vergütungsanteil gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17. mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in 4.1 genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß 4.2.1 zu berücksichtigen sind. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I ..., zweiter Absatz. () Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß 4.1 werden innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1. ()

4. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4.1 Anwendungsbereich Abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anlage 2 werden für - Psychologische Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie - andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen jedem Arzt zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern. Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung sind bis zu der gemäß 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung die gemäß 4.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach 1.1 vergütet. 4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen 4.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt. 4.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung ermittelt. 4.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in 4.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte in 4.2.1 und 4.2.2."

Eine Regelung zur Umsetzung von Nr. 2.4 findet sich in § 12 Abs. 1 HVM 2010; § 8 Abs. 10 Satz 1 HVM 2010 deckt sich mit Nr. 4.1 letzter Satz.

Zusätzlich sah Teil F Abschnitt II eine Konvergenzphase vor, die die Partner der Gesamtverträge ermächtigte, Konvergenzverfahren zu beschließen: "II. Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V 1. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen können die Partner der Gesamtverträge einvernehmlich und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2011 ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (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 Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, können – soweit dies nicht bereits gemäß Teil F Abschnitt I ... dieses Beschlusses erfolgt – einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B ... durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. () 3. Für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie der in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) genannten Ärzte und Psychotherapeuten sind die gesetzlichen Vorgaben, die Rechtsprechung des BSG und die in Teil F Abschnitt I ..., Nr. 4. genannten Vorschriften zwingend zu beachten."

Am 1. Juli 2010 hat der BewA in seiner 228. Sitzung zur Änderung des Beschlusses des 218. BewA vom 26. März 2010 zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 zusätzlich Nr. 4.3 eingefügt: "4.3 Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze 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 Teil F Abschnitt I, Nr. 2.4, erster Absatz sowie dem für die in 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Teil F 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."

Aus diesen Vorgaben ergibt sich, dass die Menge der psychotherapeutischen Leistungen durch zeitbezogene Kapazitätsgrenzen gesteuert wird (Teil F Abschnitt I Nr. 4) und dass die Vergütung der Psychotherapeuten aus Vergütungsanteilen an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Teil F Abschnitt I zweiter Absatz) erfolgen soll, wobei der Vergütungsanteil für die Leistungen des Abschnitts 35.2 anders gebildet wurde (Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 Abs. 1) als das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die übrigen Leistungen des Kapitels 35 der in Nr. 4.1 genannten Vertragstherapeuten und -ärzte (Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 Abs. 3). Ab 1. Oktober 2010 war durch die Partner der Gesamtverträge für die unterschiedlich zu bildenden Vergütungsvolumina der antrags- und genehmigungspflichtigen und der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ein einheitliches Vergütungsvolumen zu bilden und ihnen eine Einigung über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung dieses Volumens zugewiesen (Teil F Abschnitt I Nr. 4.3).

Während die Mengenbegrenzung der antrag- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM-Ä über die zeitbezogene Kapazitätsgrenze von 27.090 Minuten nach der Vorgabe des BewA erfolgt, wäre zwar eine weitergehende Mengensteuerung bei den davon nicht erfassten psychotherapeutischen Leistungen nicht ausgeschlossen gewesen (vgl. auch BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – [B 6 KA 35/17 R](#) – Rn. 65). Dies gilt im Grundsatz sowohl für die probatorischen Leistungen (GOP 35150 des EBM-Ä) als auch für die übrigen Leistungen des Kapitels 35. Denn [§ 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V](#) (später auch: [§ 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V](#); jetzt: [87b Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) in der seit 23. Juli 2015 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung &61531; GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG&61533; vom 16. Juli 2015, [BGBl. I S. 1211](#)), wonach "eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten" ist, ist kein Hinweis darauf zu entnehmen, dass zwingend zeitliche Kapazitätsgrenzen zu bilden waren, in deren Rahmen auch nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen abstaffelungsfrei zu vergüten wären (BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – [B 6 KA 35/17 R](#) – Rn. 67). Von Gesetzes wegen hätte somit bei Überschreitung des Honorarkontingents eine Quotierung der nicht antrags- und nicht genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen erfolgen können; eine Limitierung der Zahlungen wäre in Anbetracht der begrenzt zur Verfügung stehenden Summe unausweichlich (BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – [B 6 KA 35/17 R](#) – Rn. 70). Auch war es nicht gesetzlich vorgegeben, eine Mengensteuerung für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ebenfalls durch zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen zu regeln.

Zwischen den Beteiligten besteht kein Streit über die Ermittlung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen, insbesondere auch nicht im Hinblick auf die Ermittlung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen nach Teil F Abschnitt I Nr. 4.2.2. bzw. gemäß Anlage 1 zu Teil 5 Nr. 2 Abs. 4 HVM 2010 und die der Klägerin konkret zugewiesene Kapazitätsgrenze. Ebenfalls unbeanstandet ist die rechnerische Ermittlung der Abstaffelungsquote von 0,089134 für den über der Kapazitätsgrenze liegenden Honoraranteil im Quartal IV/2010 gemäß § 8 Abs. 10 HVM 2010. Die Klägerin wendet sich ausdrücklich gegen die darüber hinausgehende Begrenzung ihrer Vergütung durch Quotierung der probatorischen Leistungen und der übrigen nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der ihr zugewiesenen zeitgebundenen Kapazitätsgrenze wegen des nicht ausreichend zu Verfügung gestellten Vergütungsvolumens für diese Leistungen.

Rechtsgrundlage für die Bildung eines Vergütungsanteils für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen sind neben der gesetzlichen Vorgabe, eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten, die Vorgaben des BewA gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) zur Umsetzung und die auf Grundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) getroffenen Bestimmungen (vgl. BSG, Urteil vom 25. Januar 2017 – [B 6 KA 6/16 R](#) – juris Rn. 28.).

Auf der Grundlage von Nr. 2.4 Abs. 1 des Teil F des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 i.V.m. § 3 Abs. 2 erster Punkt HVM 2010 wurde zutreffend ein Vorwegabzug aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM-Ä gebildet und gemäß § 3 Abs. 4 Satz 2 HVM 2010 gesondert ausgewiesen. § 12 Abs. 1 Satz 1 HVM 2010 legt dementsprechend fest, dass aus diesem Vorwegabzug die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze ohne Abstaffelung vergütet werden. Regelungen darüber, wie das Vergütungsvolumen für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen gebildet werden, finden sich im HVM 2010 zwar nicht, aber es ergibt sich aus dem Beschluss des BewA vom 26. März 2010 Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 Abs. 3 i.V.m. § 12 Abs. 1 Satz 2 HVM 2010, dass insoweit in vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen zu bilden war.

Allerdings sind die beschlossenen Vorgaben inkongruent: Denn obwohl der BewA für die psychotherapeutischen Leistungen – naturgemäß begrenzte – Vergütungsvolumina vorsieht, schreibt er in Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 Abs. 1 vor, dass die Summe der Leistungen () bis zu der gemäß Nr. 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Dass die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden, ist schon in Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 Abs. 1 vorgegeben. Diese Vorgabe, die ausweislich der Überschrift ab 1. Juli 2010 die Vergütung und Steuerung der psychotherapeutischen Leistungen regelte, sah eine Abstaffelung sowohl für die antrags- und genehmigungspflichtigen (Abs. 1) als auch für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (Abs. 2) erst außerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen vor.

Das BSG hat die Vorgaben des E-BewA in Teil F Nr. 4.2. des Beschlusses vom 27./28. August 2008 zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von 27.090 Minuten und die Ermittlung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen anhand der durchschnittlich abgerechneten Zuwendungszeit nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM-Ä nicht beanstandet (vgl. BSG, Urteil vom 25. Januar 2017 – [B 6 KA 6/16 R](#) – juris Rn. 17). Die psychotherapeutischen Leistungserbringer können zwar ihre antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen nur bis zur Kapazitätsgrenze steigern, in diesem Rahmen wurden ihre Leistungen indes ohne Abstaffelung mit dem Orientierungspunktwert vergütet (BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – [B 6 KA 8/16 R](#) – Rn 27).

Dasselbe gilt nach dem Wortlaut der Vorgaben des BewA im Beschluss vom 26. März 2010 für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen und anderes ist auch durch Auslegung nicht zu ermitteln. Insbesondere ist den Vorgaben keine Ermächtigung der Partner der Gesamtverträge zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit einem (wie auch immer ermittelten) geringeren Punktwert als den Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

Aus dem Wortlaut sowohl des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 in Abs. 1 der Nr. 4.1, wonach die Summe der Leistungen bis zu der gemäß 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten waren, als auch der mit Beschluss vom 1. Juli 2010 eingefügten Nr. 4.3, wonach 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 ein Vergütungsvolumen zu bilden war, ergibt sich nicht, dass für die innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen eine (weitere) Mengenbegrenzung erfolgen sollte. Dementsprechend hat die KBV im Schreiben vom 18. Februar 2013 – im Verfahren [S 30 KA 39/11](#) des Sozialgerichts Bremen, auf das sich die Beklagte in ihrer Berufungsbegründung bezieht – ausgeführt, dass der BewA, ohne hierzu verpflichtet gewesen zu sein, in den Beschlüssen vom 22. September 2009 und 26. März 2010 die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen grundsätzlich dem gleichen Regelungsregime unterworfen habe, wie dies für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen durch die Rechtsprechung und die gesetzliche Regelung vorgegeben gewesen sei. Dies sei u.a. aus Verrechnungsgründen geschehen und in der Absicht zu gewährleisten, dass die Honorarsicherung im Bereich der Bildung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie auch dann erreicht werden könne, wenn geringere Zeiten für die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie erbracht würden.

Zu einer weitergehenden Steuerung im Sinne einer Quotierung der Vergütung durch Konvergenzverfahren ermächtigte auch Teil F Abschnitt II Nr. 1 Abs. 3 des Beschlusses von 26. März 2010 nicht, weil die psychotherapeutischen Leistungen bereits einer Steuerung durch zeitbezogene Kapazitätsgrenzen gemäß Teil F Abschnitt I desselben Beschlusses unterlagen. Dementsprechend sieht das BSG in der gleichlautenden Formulierung im Beschluss des BewA vom 22. September 2009 lediglich eine Ermächtigung der regionalen Vertragspartner zur Einführung weiterer Steuerungsinstrumente für die "freien" Leistungen i.S.d. [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 45/12 R](#) – juris Rn. 20).

Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen u.a. für psychologische Psychotherapeuten sind vom E-BewA und BewA als Maßnahme der Mengensteuerung beschlossen worden, nämlich um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern. Dieser Vorgabe folgend geht der HVM 2010 in seinem § 8 Abs. 2 ausdrücklich davon aus, dass die Ärzte gemäß Anlage 2b zu dieser Vereinbarung (also u.a. die psychologischen Psychotherapeuten) der Leistungssteuerung durch zeitbezogene Kapazitätsgrenzen unterliegen. Auch in der Rechtsprechung des BSG wird die zeitbezogene Kapazitätsgrenze als Mengenbegrenzung definiert und insoweit den RLV gegenüber gestellt (BSG, Urteil vom 25. Januar 2017, [a.a.O.](#), Rn. 21, 25). Auch tatsächlich führt diese Steuerungsmaßnahme zu einer Limitierung der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen. So sollten nach dem Wortlaut des Beschlusses vom 26. März 2010 diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen vergütet werden, wenn die zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt bzw. die arztgruppenspezifische zeitbezogene Kapazitätsgrenze überschritten wurde. Darüber hinaus erfolgt im Übrigen keinerlei Vergütung. Anders als die übrigen Vertragsärzte, bei denen eine Steuerung über RLV als einzigem Steuerungselement eingreift, unterliegen somit die psychotherapeutischen Leistungen in mehrerer Hinsicht der Mengensteuerung: die Ausweitung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM-Ä wird durch die Genehmigungspflicht einerseits und durch die zeitbezogene Kapazitätsgrenze von 27.090 Minuten andererseits begrenzt. Die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen wird ebenfalls durch eine zusätzlich anhand der arztgruppenspezifischen, durchschnittlich abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM-Ä ermittelte, zeitbezogene Kapazitätsgrenze begrenzt. Im Falle der Klägerin betrug diese für alle nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, also einschließlich der probatorischen Sitzungen, 5.164 Minuten im Quartal III/2010 und 5.468 Minuten im Quartal IV/2010, also im Monat rund 28 bzw. 30 Stunden.

Dass die Beschlüsse des BewA so zu verstehen sind, dass jedenfalls für die von 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2011 geltende Rechtslage innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze keine Quotierung erfolgen sollte, meinte wohl auch der Gesetzgeber, wenn er zur Begründung der Rechtsänderung ab 1. Januar 2012 ausführte, es sei künftig in den Honorarverteilungsmaßstäben "die bisherige Beschlussfassung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im Bewertungsausschuss bei der Vergütung der psychotherapeutischen antragspflichtigen und nicht-antragspflichtigen Leistungen innerhalb zeitbezogener Kapazitätsgrenzen entsprechend zu berücksichtigen. Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ist demzufolge mittels des Konzeptes der zeitlich definierten Obergrenze zu gestalten, innerhalb derer sich die Summe der nicht-antragspflichtigen und der antragspflichtigen Leistungen ohne Abstufung der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung abbildet" ([BT-Drucks. 17/6906](#) zu [§ 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) in der ab 1. Januar 2012 geltenden Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung & 61531; GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG & 61533; vom 22. Dezember 2011, [BGBl. I S. 2983](#)). Auch das BSG geht davon aus, dass die "bisherige Vergütungssystematik" eine angemessene Honorierung sicherstellen sollte, und sah dies im dortigen Verfahren jedenfalls durch Herausnahme der zentralen Leistungen die aus der Gesamtvergütung "ausgedeckelten" Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM-Ä und die probatorischen Sitzungen – aus der Kontingentbildung gewährleistet (BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – [B 6 KA 35/17 R](#) – Rn. 67). Für die Rechtslage von 2009 bis 2011 geht es zudem davon aus, dass alle psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der Kapazitätsgrenzen mit dem einheitlichen Orientierungspunktwert vergütet wurden (vgl. BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – [B 6 KA 8/16 R](#) – Rn. 27).

Schließlich spräche auch die vom KBV erwähnte, vom BewA wohl beabsichtigte Verrechnungsmöglichkeit der antrags- und genehmigungspflichtigen und der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen gegen eine Absenkung des Punktzahlwertes zur Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten im Wege der Quotierung. Wie bereits ausgeführt unterliegt die in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) genannte Arztgruppe zwar keiner Mengensteuerung durch RLV. Innerhalb des RLV werden die typischen und speziellen Leistungen einer Arztgruppe honoriert, und über den festen Punktwert soll den Vertragsärzten Kalkulationssicherheit gegeben werden (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 B 6 JKA 45/12 R – juris Rn. 26). Dem RLV, der einerseits Kalkulationssicherheit bei der Vergütung der Leistungen bis zu einer bestimmten Obergrenze gewährleistet und gleichzeitig ökonomische Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge durch die Abstufung des Vergütungspunktwertes bei den das RLV übersteigenden Leistungen verringert (vgl. BSG, Urteil vom 25. Januar 2017 – [B 6 KA 6/16 R](#) – juris Rn. 26 m.w.N.), entspricht insoweit bei den Vertragstherapeuten die zeitbezogene Kapazitätsgrenze: Innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gilt für die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen unstreitig – eine Punktwertgarantie ohne Abstufung. Es besteht zwar keine Verpflichtung, auch außerhalb der in der Rechtsprechung des BSG entwickelten Modellannahme einer voll ausgelasteten Psychotherapiepraxis erbrachte Leistungen mit einem Mindestpunktwert zu vergüten (BSG, Urteil vom 25. Januar 2017, [a.a.O.](#), Rn. 30).

Wenn die Anwendung eines einheitlichen Regelungsregimes auch für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen eine Substitution der beiden Leistungsbereiche zugunsten der Ärzte und Psychotherapeuten innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze zulassen sollte (so die KBV im Schriftsatz vom 18. Februar 2013), dann kann dies jedoch nur erreicht werden, wenn auch der Punktwert der ersetzenden psychotherapeutischen Leistungen gleich ist. Denn nur so gelingt der Höhe nach eine Honorarsicherung auch dann, wenn geringere Leistungen für die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie erbracht wurden.

Der Senat verkennt nicht, dass damit tatsächlich für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels 35 EBM-Ä innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze die gleiche Punktwertgarantie gilt wie für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM-Ä. Dies wird weder vom Gesetz noch von der Rechtsprechung des BSG gefordert, sondern ist Folge der Vorgaben des BewA in den für die hier streitigen Quartale vorliegenden Beschlüssen.

Ebenso wenig verkennt der Senat, dass die Vorgaben des BewA, jeweils Vergütungsvolumen für die antrags- und genehmigungspflichtigen und die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten zu bilden, angesichts der Vorgabe, die Summe der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten, wenig sinnvoll erscheint. Denn immer wenn die – auf die vorgegebene Weise gebildeten – Vergütungsvolumen für die Vergütung der abgerechneten Leistungen der betroffenen Arztgruppe zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nicht ausreichen, stellt sich die Frage, wie die fehlenden Mittel auszugleichen sind.

So beruhte auch die Quotierung der Vergütung für die probatorischen Sitzungen und die übrigen nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im HVM 2010 u.a. auf einer Honorarverschiebung zwischen den beiden für die Arztgruppe nach Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 zu bildenden Vergütungsvolumen. So wurden bereits für das Quartal III/2010 aus dem Vergütungsanteil für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen 585.534,24 EUR abgeführt, da der Vorwegabzug nach § 3 Abs. 2 HVM 2010 in Höhe von 11.657.804,85 EUR zur Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (12.243.339,09 EUR) nicht ausreichte. Somit ergab sich für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ein viel zu niedriges arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen. Bereits § 8 Abs. 6a Buchst. b HVM 2010 in seiner ursprünglichen Fassung hatte daher in Nr. 19 Interventionsquoten für von der Bildung des RLV ausgenommene Leistungen, die einer Leistungssteuerung unterliegen, festgelegt, nämlich für alle Leistungen der Fachgruppe der Anlage 2b, die RLV-relevanten Leistungen entsprechen und die nicht antrags- und genehmigungspflichtig sind. Für probatorische Leistungen betrug die Interventionsquote 75 Prozent und für die übrigen Leistungen 50 Prozent. Diese wurden in § 12a HVM 2010 in der Fassung des 2. Nachtrages für das Quartal III/2010 und IV/2010 übernommen und für die Folgequartale modifiziert (Erhöhung der Mindestquote für probatorische Sitzungen um jeweils 4 Prozent nach § 12a Abs. 2 HVM 2010 bzw. um jeweils 8 Prozent für die übrigen Leistungen nach § 12a Abs. 3 HVM 2010).

Dieses Vorgehen steht nicht in Übereinstimmung mit den o.g. Vorgaben des BewA. Zwar hatten sich nach Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 Abs. 1 des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 die Partner der Gesamtverträge über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens zu einigen, soweit die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen innerhalb der Kapazitätsgrenze betroffen waren, und nach der Ergänzung in Nr. 4.3 mit Beschluss vom 1. Juli 2010 war jedenfalls ab 1. Oktober 2010 zwingend ein Vergütungsvolumen aus der Summe der Vergütungsvolumen für die antrags- und genehmigungspflichtigen und die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen zu bilden. Auch Teil F Abschnitt I Nr. 4.3 des Beschlusses vom 1. Juli 2010 sah vor, dass sich die Partner der Gesamtverträge über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Satz 1 einigen, nämlich unter Beachtung des Grundsatzes gemäß Abschnitt I, zweiter Absatz, der gesetzlichen Vorgaben des [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) und der Rechtsprechung des BSG.

Die Vorgabe in Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 Abs. 1, die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung bis zu der gemäß 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten, blieb jedoch unverändert. Da sie eindeutig ist, ist ihr der Vorzug zu geben, weil eine Auslegung der Beschlüsse des BewA, die die Partner der Gesamtverträge ermächtigte, die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen und gerade diese zu quotieren, nicht auf ebenso eindeutige Weise ermittelt werden kann.

So ist die Bezugnahme in Teil F Abschnitt I Nr. 4.3 des Beschlusses vom 1. Juli 2010 auf den Grundsatz gemäß Abschnitt I, zweiter Absatz, die gesetzlichen Vorgaben des [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) und die Rechtsprechung des BSG interpretationsbedürftig. Während der Ausschluss der Nachschusspflicht der Krankenkassen (Grundsatz gemäß I., zweiter Absatz) noch ausreichend bestimmbar ist, bleibt im Unklaren, welcher Inhalt der Bezugnahme auf die außerhalb der RLV zu vergütenden antragspflichtigen Leistungen ([§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#)) und die Rechtsprechung des BSG beizumessen ist. Insbesondere ist nicht erkennbar, welcher Aspekt der Rechtsprechung des BSG zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, die bis zum 1. Juli 2010 vorlag, bei der Einigung im Verfahren zur Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens beachtet werden sollte. Daher ist – unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Normenklarheit, an dem auch die Beschlüsse des BewA/E-BewA zu messen sind (vgl. BSG, Urteil vom 28. Oktober 2015 – [B 6 KA 42/14 R](#) – Rn. 40 und Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 38/12 R](#) – Rn. 23, beide juris) – die Vorgabe in Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 Abs. 2, dass die Summe der Leistungen bis zu der ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind, maßgeblich.

Soweit das Sozialgericht Bremen (Urteil vom 26. Februar 2014 – [S 30 KA 39/11](#) – Seite 6 des Urteilsumdrucks) meint, der Hinweis auf die Rechtsprechung des BSG mit u.a. seinen Vorgabe, zur Mindestvergütung antrags- und nicht antragspflichtiger Leistungen würde leerlaufen, hätte der BewA nicht auch eine Quotierung dieser Leistungen für möglich gehalten, überzeugt dies nicht. Denn es ist nicht entscheidend, was der BewA für möglich gehalten haben könnte, sondern welche Vorgaben er in seinen Beschlüssen festlegte. Wenn er eine weitere Quotierung für möglich hielt und wollte, hätte er dies so regeln können und müssen, um eindeutige Vorgaben zu machen. Der Verweis auf Nr. 3 der Konvergenzregeln in Teil F Abschnitt II spricht ebenfalls nicht für, sondern gegen eine weitere Mengensteuerung der Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie, weil nach dieser Vorgabe die gesamte Nr. 4, also auch Abs. 2 der Nr. 4.1, zwingend zu beachten ist. Daraus könnte also auch zu folgern sein, dass es für die Ärzte und Psychotherapeuten, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur darauf ankommen soll.

Ebenso wenig überzeugt die Argumentation des Sozialgerichts Stuttgart (Urteil vom 18. Februar 2015 – [S 11 KA 3206/13](#) – Seite 10 des

Urteilsumdrucks), wonach Teil F Abschnitt I Nr. 4.3 als Ausnahme- bzw. Spezialvorschrift geeignet sei, für den Fall der Unter- oder Überschreitung die Regeln in Nr. 4.1 zu verdrängen. Denn eine Über- oder Unterschreitung des Vergütungsvolumens dürfte die Regel sein und nicht die Ausnahme. Nicht erklärt wird damit im Übrigen, warum eine Quotierung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vollständig ausgeschlossen sein soll. Ersichtlich hat das Sozialgericht Stuttgart insoweit die Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG in Nr. 4.3 anders interpretiert als das Sozialgericht Bremen.

Der Senat schließt sich im Übrigen aus eigener Überzeugung ergänzend den zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts an und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Kosten des Verfahrens trägt gemäß [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) die Beklagte.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da Zulassungsgründe im Sinne des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) insbesondere deswegen nicht vorliegen, weil sich die Rechtslage ab 1. Januar 2012 grundlegend geändert hat.

Die Entscheidung über den Streitwert folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 47 Abs. 1](#) und 2, [§ 52 Abs. 1](#) und 2 Gerichtskostengesetz (GKG); sie entspricht derjenigen im erstinstanzlichen Verfahren.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2018-05-23