

S 11 KA 96/12

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

11

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 11 KA 96/12

Datum

16.09.2015

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die in den Quartalen III und IV/2010 erfolgte Quotierung der innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten ist nicht mit den vom Bewertungsausschuss ab 01.07.2010 getroffenen Bestimmungen vereinbar.

I. Der Honorarbescheid der Beklagten vom 25.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.07.2012 und der Honorarbescheid vom 26.04.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.09.2012 werden 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. II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

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

Die Klägerin nimmt als mit Sitz in A ... an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil. Für die Quartale III und IV/2010 setzte die Beklagte die Vergütungen der Klägerin mit den Honorarbescheiden vom 25.01.2011 und vom 26.04.2011 auf 20.676,53 EUR und 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 3,50048 Cent. Die probatorischen Leistungen nach der Nr. 35150 EBM-Ä vergütete die Beklagte mit einer Quote von 0,75 bzw. 0,79 und die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen mit einer Quote von 0,50 bzw. 0,58 auf den Regionalpunktwert.

Im Quartal IV/2010 erfolgte zusätzlich wegen der Überschreitung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze von 35.029,01 EUR mit dem abgerechneten Leistungsbedarf in Höhe von 35.796,12 EUR mit 757,11 EUR eine Quotierung.

Hieraus ergaben sich für die Klägerin folgende Kürzungen: III/10 angefordertes Honorar in EUR Quote für Überschreitung Kapazitätsgrenze Quote Honorarauszahlung 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/10 angefordertes Honorar in EUR Quote für Überschreitung Kapazitätsgrenze Quote Honorarauszahlung 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 5.463,77

Mit den am 03.02.2011 und am 06.05.2011 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 den Widerspruchsbescheiden vom 23.07.2012 und vom 26.09.2012 zurück. Die Zulässigkeit der Quotierung ergebe sich aus der in Teil F Abschnitt I zusätzlich eingefügten Nr. 4.3 zur Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010. Hierfür sei 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 Nr. 3.1.3 zu bilden. Die Regelung zum Verfahren bei Über- und Unterschreitung sei den Partnern der Gesamtverträge zugewiesen.

In Abschnitt I Nr. 2.4 erster Absatz des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 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 HVV mit einem entsprechenden Vorwegabzug umgesetzt.

Gemäß Abschnitt I Nr. 2.4 dritter Absatz des Beschlusses seien die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß Nr. 4.1 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Nr. 3.1.3 zu vergüten, welches gemäß Anlage 5 auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 2 und Beschlussteil 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 HVV Rechnung. Das Verteilungsvolumen für die Ärzte nach Nr. 4.1 bilde sich gemäß den einzelnen Rechenschritten nach Anlage 5, dargestellt für das Quartal, 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 %. Multipliziert mit dem versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt 1 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 HVV in Höhe von 11.657.804,85 EUR zur Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (12.243.339,09 EUR) nicht ausreichend gewesen sei, 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 1.926.329,8 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 Quote von 0,75 bzw. 0,79 und für die übrigen Leistungen mit einer Quote von 0,50 bzw. 0,58 sichergestellt worden. Sogar zur Auszahlung dieser Vergütung mit Anwendung der Quoten hätten weitere Mittel aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich aufgebracht werden müssen.

Zur Begründung der am 27.07.2012 und am 24.10.2012 erhobenen und zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbundenen Klagen hat die Klägerin ausgeführt, die Quotierung sei bereits rechtswidrig, weil die HVV der Beklagten anders als mit § 8 Abs. 6a der HVV in der bis 30.06.2010 geltenden Fassung für die Quotierung keine Regelung enthalte. Mit § 12 bzw. § 12a HVV bestünden keine expliziten Regelungen über die Bildung von Honorarfonds. Das Bestehen derartiger Fonds werde lediglich gedanklich vorausgesetzt. Auch fehle eine Regelung zur Ausstattung der Fonds. Diese ergebe sich nicht aus § 7 Abs. 1 HVV. Mit § 7 HVV werde allein die Aufteilung des RLV-Vergütungsvolumens auf die Vergleichsgruppen bestimmt. Die von den Psychotherapeuten erbrachten Leistungen würden einer Leistungssteuerung durch RLV nicht unterliegen. Hier komme vielmehr eine Leistungssteuerung durch zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zum Tragen. Zudem verweise § 7 Abs. 1 HVV auf die Anlage 5 zu Beschluss Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010. Die Anlage 5 des vorbezeichneten Beschlusses beziehe sich wiederum ausdrücklich auf Abschnitt I des Beschlusses Teil F, der die Ermittlung der RLV regle. Die nicht dem RLV unterliegenden Leistungen, die aufgrund der Konvergenzphase einer Leistungssteuerung unterzogen werden sollten, seien in Nr. 2 geregelt.

Eine HVV-Regelung als Grundlage einer quotierten Vergütung würde auch gegen höherrangiges Recht verstoßen. 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 Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 würden die Psychotherapeuten nicht den RLV unterliegen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss habe damit von der ihm mit [§ 87b Abs. 2 Satz 7](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeräumten Ermächtigung Gebrauch gemacht. Mit Beschluss vom 20.04.2009 habe der Bewertungsausschuss den Partnern der Gesamtverträge die Möglichkeit eingeräumt, Steuerungsinstrumente auch für die nicht den RLV unterliegenden Leistungen bzw. Arztgruppen einzuführen.

Mit dem Beschluss vom 26.03.2010 mit Wirkung ab dem Quartal habe der Bewertungsausschuss die Konvergenzregelungen der Beschlüsse vom 20.04.2009 und vom 22.09.2010 abgeändert und die Möglichkeit einer Steuerung ausgeschlossen, soweit die Leistungen bereits einer Steuerung nach Abschnitt I des Beschlusses vom 26.03.2010 unterzogen seien. In Teil F Abschnitt I Nr. 4 sei für die Psychotherapeuten eine Leistungssteuerung mit zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen geregelt. Eine weitere Quotierung erweise sich damit als unzulässig.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertrete die Auffassung, dass sich durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 die Rechtslage nicht verändert habe. In der Informationsbroschüre der KBV vom März 2010, in welcher der Beschluss erläutert sei, heiße es wie folgt:

"Honorierung der Psychotherapeuten bleibt unverändert.

Für ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten ändert sich nichts. Steuerungsmaßnahmen sind weiterhin die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen, an deren Bemessung sich nichts ändert."

Bei der Regelung in Nr. 4.3 Teil F Abschnitt I handele es sich ausweislich der Überschrift sowie dem Wortlaut und Inhalt nach um eine Finanzierungs- nicht aber um eine Vergütungsregelung. Hätte der Bewertungsausschuss 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.

Die Klägerin beantragt,

den Honorarbescheid der Beklagten vom 25.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.07.2012 und den Honorarbescheid vom 26.04.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.09.2012 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, über die

Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale III und IV/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Quotierung der nicht antragspflichtigen Leistungen beruhe auf den Regelungen in §§ 7, 12a HVV und sei rechtmäßig. Der Bewertungsausschuss habe mit Beschluss vom 26.03.2010 i.d.F. des Beschlusses vom 01.07.2010 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 die Quotierung der probatorischen Sitzungen und der übrigen psychotherapeutischen Leistungen.

Die Regelung zu den vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsvolumen sei in § 7 HVV enthalten. In § 7 HVV werde ausdrücklich erwähnt, dass die versorgungsbereichsspezifischen RLV-Vergütungsvolumen gemäß Beschluss 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 unterliegen würden. Die Bildung eines Fonds für die nicht antragspflichtigen Leistungen ergebe sich zudem aus § 3 Abs. 2 HVV, der den Vorwegabzug der Mittel regle. Die konkreten Regelungen zur Vergütung der nicht antragspflichtigen Leistungen seien in § 12a HVV mit der Festlegung von Mindestquoten enthalten.

Die KBV hat auf gerichtliche Anfrage mit Schreiben vom 18.03.2015 ausgeführt, die Ermächtigung an die Gesamtvertragspartner zur Regelung des Verfahrens bei Über- und Unterschreitungen im Beschluss Teil F 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 gemäß dem Beschluss nach 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 bestünde und je nach regionaler Gegebenheit andere Möglichkeiten für diese bestünden, habe der Bewertungsausschuss die Kompetenz, mit diesen Über- oder Unterschreitungen umzugehen, an die regionalen Vertragspartner gegeben. Diese Kompetenz sei dahingehend als umfassend zu interpretieren, dass es den Gesamtvertragspartner im Rahmen der Honorarverteilung obliege, die Mittel bereitzustellen.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakten und die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobenen und zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbundenen Klagen sind zulässig und begründet. Die von der Beklagten gemäß §§ 12, 12a HVV vorgenommene Quotierung der Vergütungen der probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen erweist sich als rechtswidrig. Für die Quotierung der vorgenannten Leistungen mit den Honorarbescheiden für die Quartale III und IV/2010 fehlt es an einer wirksamen Rechtsgrundlage. Die Honorarverteilungsregelungen, auf deren Grundlage die Honorarbescheide ergangen sind, verstoßen gegen höherrangiges Recht. Die mit §§ 12a, 12 HVV vorgenommenen Regelungen entsprechen nicht den Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 26.03.2010.

Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen hat die Beklagte in der Vereinbarung zur Festlegung der Honorarverteilung in der Fassung des 2. Nachtrages zur Vereinbarung zur Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung u.a. (im Folgenden: HVV) für die Quartale III und IV/2010 (KVS-Mitteilungen 9/2010) wie folgt geregelt:

§ 3 Allgemeine Abzüge und Zuführungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(1) Aus den eingehenden vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, die zum Zwecke der Verteilung zu einer Gesamtvergütung zusammengeführt werden, werden für den Ausgleich bestimmter Ansprüche Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4 Tabelle 1 zu dieser Vereinbarung vorgenommen. Unverbrauchte Mittel aus den Abzügen werden im nächst erreichbaren Quartal der allgemeinen Honorarverteilung zugeführt.

(2) Die Bildung der Vorwegabzüge für

- die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie sowie von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#)
- die Vergütung der Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeit des organisierten Bereitschaftsdienstes gemäß Anlage 4 Tabelle 1 zu dieser Vereinbarung richtet sich nach den Berechnungsvorschriften des Beschlusstells F Punkte 2.4 und 2.5.2 i. V. in Anlage 4 Anhang 1.

Sofern diese Vorwegabzüge der davon betroffenen Leistungen nicht für die Honorierung aller Leistungen nach der Sächsischen Gebührenordnung ausreichen, werden die fehlenden Mittel durch die versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge entnommen. Überschüsse und Defizite im Vorwegabzug zur Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie sowie von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) werden

zunächst dem gem. § 7 Abs. 1 der Vergleichsgruppen gem. Anlage 2b gebildeten Fonds für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen zugeführt. ()

§4 Aufteilung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Das trennungsrelevante versorgungsbereichsübergreifende Verteilungsvolumen wird entsprechend dem Beschlussteil F I Punkt 3.1.1 i.V.m. Anlage 4 und Anhang 1 auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich aufgeteilt. Es ergibt sich jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

§6 Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches

Aus dem nach § 4 ermittelten Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches werden Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4 Tabelle 2B zu dieser Vereinbarung vorgenommen. Unverbrauchte Mittel aus den Abzügen werden im nächst erreichbaren Quartal der allgemeinen Honorarverteilung zugeführt. ()

§7 Aufteilung der RLV-Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen

(1) Die versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen werden gemäß Beschlussteil F Anlage 5 jeweils auf die entsprechenden Vergleichsgruppen gemäß Anlagen 2a bis 2c dieser Vereinbarung aufgeteilt. Es entsteht jeweils ein vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen. ()

§8 Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung

(1) Ärzte gemäß Anlage 2a zu dieser Vereinbarung unterliegen der Leistungssteuerung nach RLV und ggf. QZV.

(2) Ärzte gemäß Anlage 2b zu dieser Vereinbarung unterliegen der Leistungssteuerung nach zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen. ()

§ 11 Leistungssteuerung über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Die in Anlage 2b zu dieser Vereinbarung genannten Vergleichsgruppen unterliegen gemäß Punkt 2.4 Beschlussteil F mit den antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß Abschnitt 35.2 EBM und den nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen nicht der Leistungssteuerung über RLV, sondern zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen. Die Ermittlung und Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen regelt Anlage 1 zu dieser Vereinbarung

In der Anlage 2b sind die Leistungserbringer wie folgt benannt: a) Niedergelassene Vertragsärzte mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, b) als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltende Vertragsärzte mit mindestens 90 v. H ... ihres Gesamtleistungsbedarfs (ohne Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) aus dem Leistungskatalog gemäß § 5 Abs. 6 Nr. 1 der Bedarfsplanungsrichtlinien, c) niedergelassene Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie d) niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

In Nr. 2 der Anlage 1 zu Teil 5 wurden die Regelungen zur Kapazitätsgrenze wie folgt aufgenommen: Den unter a) bis d) genannten Leistungserbringern werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal je Arzt (unter Beachtung des Zulassungsumfanges) durch die KV Sachsen zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern. Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung die gemäß unten genannter Vorschriften ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen (Quote für Restleistungen) vergütet. Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der o. g. Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt. Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der o. g. Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung auf Basis des Vorjahresquartals ermittelt. Je Arzt bzw. Psychotherapeut der o. g. Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte der o. g. Anteile.

§ 12 Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für Ärzte und Psychotherapeuten

(1) Für Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2b zu dieser Vereinbarung werden die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung aus dem Vorwegabzug gemäß § 3 Abs. 2 zu dieser Vereinbarung vergütet. Die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte der Anlage 2b erfolgt bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze aus dem jeweiligen Vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung. Werden die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10 zu dieser Vereinbarung. (2) Für Ärzte nach [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) der Anlage 2a zu dieser Vereinbarung werden alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM nach den Preisen der sächsischen Gebührenordnung aus dem Vorwegabzug gemäß § 3 Abs. 2 zu dieser Vereinbarung vergütet. Die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte nach [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) der Anlage 2a zu dieser Vereinbarung erfolgt aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10 zu dieser Vereinbarung. (3) Für Ärzte der Anlage 2a zu dieser Vereinbarung, die in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) nicht genannt sind, werden alle psychotherapeutischen Leistungen aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10 zu

dieser Vereinbarung. (4) Für Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2c zu dieser Vereinbarung werden alle psychotherapeutischen Leistungen aus dem Honorarfonds der jeweiligen Vergleichsgruppe unter Berücksichtigung § 8 Abs. 3 mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

§ 12a Konvergenzregelung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen von Leistungserbringern nach Anlage 2b

(1) Abweichend von § 12 Abs. 1 werden für die Vergleichsgruppe der in Anlage 2b genannten Leistungserbringer im Rahmen einer Konvergenzregelung gem. II Nr. 1 Abs. 2 des Beschlusses Teil F zwei Mindestquoten für probatorische Sitzungen und für übrige nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen definiert, welche von den im aktuellen Quartal errechneten Quoten nicht unterschritten werden dürfen. (2) Die Mindestquote für probatorische Sitzungen wird für das Quartal auf 75 % festgelegt und in den Folgequartalen bis einschließlich IV/2011 um jeweils 4 % erhöht. (3) Die Mindestquote für übrige nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen wird für das Quartal auf 50 % festgelegt und in den Folgequartalen bis einschließlich IV/2011 um jeweils 8 % erhöht. (4) Sofern sich höhere rechnerische Quoten ergeben als die definierten Mindestquoten ist zunächst sicherzustellen, dass in beiden Fonds die Mindestquoten gezahlt werden können. Werden darüber hinaus Mittel benötigt, um die Mindestquoten sicherzustellen, sind diese aus dem Vorwegabzug zum Ausgleich von Fehlschätzungen zu entnehmen. (5) Ab dem Quartal 1/2012 wird diese Konvergenz aufgehoben. (6) Die KV Sachsen stellt die gesetzlichen Krankenkassen im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung der Konvergenzregelungen begründet sind, vollständig von der Haftung frei. (7) Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenz seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen.

Die Umsetzung dieser Regelungen durch die Beklagte hat für das Quartal zur Anwendung der in § 12a HVV vorgesehenen Quoten für die probatorischen Leistungen von 0,75 und für die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen von 0,50 geführt. Für das Quartal IV/2010 kam für die probatorischen Leistungen die Quote von 0,79 und für die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen von 0,58 zur Anwendung. Bei der Ermittlung der Vergütung hat die Beklagte folgende Werte zu Grunde gelegt: (VG 200: Ärzte und Psychotherapeuten nach der Anlage 2b HVV)

Leistungsbedarf und Vergütung der VG 200 IV/2010

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

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

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

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

Die Berechnung der Budgets stellt sich wie folgt dar:

Fondsermittlung Psychotherapeuten IV/2010

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

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

Die Rechtswidrigkeit der gegenüber dem Regionalpunktwert abgesenkten Vergütung der probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen folgt nicht schon aus einer in der HVV fehlenden Rechtsgrundlage. Bei der Gesamtschau der Regelungen in § 3 Abs. 2 und §§ 7, 12, 12a HVV kommt 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 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 HVV ergibt, ein vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen zu bilden. Aus der Festlegung der Mindestquote für die probatorischen Leistungen und die übrigen Leistungen lässt sich hinreichend deutlich ableiten, dass die Leistungen ausschließlich aus dem Budget vergütet werden sollten. Gleichzeitig erfolgte mit § 12a Abs. 4 HVV eine Regelung für den Fall, dass die hierfür zur Verfügung stehenden Mittel auch unter Ansatz der Mindestquoten nicht ausreichen und insoweit aus dem Vorwegabzug zum Ausgleich von Fehleinschätzungen entnommen werden sollten.

Die so im Ergebnis zur Anwendung gelangte quotierte Vergütung der probatorischen Leistungen und der übrigen nicht antragspflichtigen

Leistungen erweist sich indes als rechtswidrig, weil sie von der vom Bewertungsausschuss im Beschluss vom 26.03.2010 in Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 (Deutsches Ärzteblatt [DÄ] 2010, Heft 16, A-1283) bzw. im Beschluss vom 01.07.2010 (DÄ, Heft 30, vom 30.07.2010, A-1480) in Nr. 4.3 getroffenen Bestimmungen nicht gedeckt sind. Deshalb bedarf es schon keiner näheren Erörterung, dass die Beklagte, wie von ihr im Schriftsatz vom 20.04.2015 beschrieben, in unzulässiger Weise vom Vergütungsvolumen für die probatorischen und übrigen Leistungen der Leistungserbringer nach der Anlage 2b, der VG 200 nach der HVV der Beklagten, nicht nur die fehlenden Mittel zur Vergütung deren antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen abgezogen hat, 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.

Ausgangspunkt sind die Regelungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ab 01.01.2009 in [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) in der ab dem 01.04.2007 geltenden Fassung des GKV-WSG vom 26.03.2007 ([BGBl. I S. 378](#)) sowie die nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) vom Bewertungsausschuss festzulegenden arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina. Nach [§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) wurden abweichend von [§ 85 SGB V](#) die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 01.01.2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) vergütet.

Nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) waren zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen (Satz 1). Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden (Satz 3).

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 außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten (Satz 6). Weitere vertragsärztliche Leistungen konnten außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist (Satz 7). Der Bewertungsausschuss hatte erstmalig bis zum 31.08.2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV und Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 zu bestimmen ([§ 87b Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V).

Die Regelungen der Beklagten über die Vergütung mit den RLV und der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze ab dem Quartal beruhen auf dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 und vom 01.07.2010 (a.a.O.).

Hiermit wurden der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß [§ 87 Abs. 4 SGB V](#) zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in seiner 7. Sitzung vom 27./28.08.2008, Teil F (DÄ 2008, Heft 38, A 1992), der Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V einschließlich der Ergänzungen und Änderungen durch den Bewertungsausschuss in seiner 164. Sitzung am 17.10.2008 und durch den Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 8. Sitzung am 23.10.2008 (DÄ 2008, Heft 48, A 2602) sowie der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 (DÄ 2009, Heft 19, A 942) mit Wirkung ab 01.07.2010 neu gefasst.

Nach Teil F Abschnitt I Nr. 3.2.1 wurde jedem Arzt einer Arztgruppe der Anlage 1 ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen zugewiesen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW AG) gemäß Anlage 2 und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Nach Nr. 2.2 unterliegen die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F, antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM, Leistungen im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach [§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) oder [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) ergeben, nicht dem Regelleistungsvolumen. Sinn und Zweck der Vorabvergütung der sog. freien Leistungen war die Möglichkeit zu schaffen, einzelne besonders förderungswürdige Leistungen oder medizinisch notwendige Leistungen außerhalb der systembedingt begrenzten RLV zu vergüten, um zu verhindern, dass bei Überschreiten des RLV diese Leistungen lediglich mit abgestaffelten Preisen vergütet werden könnten.

In Teil F Abschnitt I ... Nr. 2.4 wurden vom Bewertungsausschuss darüber hinaus folgende Regelungen getroffen:

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 antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten aus nicht in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) genannten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumens und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1.

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.

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Ärzten aus nicht in 4.1 aufgeführten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1.

Die Regelungen des Bewertungsausschusses über die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen hatten folgenden Inhalt:

4. Zeitbezogene Kapazitätsgrenze 4.1 Anwendungsbereich Abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anlage 1 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.

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.

Mit den vorstehend dargestellten Regelungen in Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 erster und dritter Absatz ist die Beklagte zu Recht davon ausgegangen, dass für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen und für die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen jeweils ein separates Vergütungsvolumen zu bilden war, aus dem die genannten Leistungen bis zur Kapazitätsgrenze vergütet werden sollten.

Die Beklagte ist für das Quartal IV/2010 auch zu Recht davon ausgegangen, dass die beiden Vergütungsvolumen zusammengeführt werden konnten, mithin dass zur Auszahlung der fehlenden Mittel für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen das Vergütungsvolumen für die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen herangezogen werden konnte.

Dies ergibt sich aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 01.07.2010 (Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses vom 09.07.2010 (www.institut-ba.de sowie DÄ, Heft 30, vom 30.07.2010, A 1480), mit dem in Teil F Abschnitt I nach der Nr. 4.2.3 mit Wirkung ab 01.10.2010 und deshalb ohne Rückwirkung für das Quartal , zusätzlich folgende Nr. 4.3 eingefügt wurde:

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 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.

Die von der Beklagten vorgenommene Absenkung der innerhalb der Kapazitätsgrenze vorgeschriebenen Vergütung mit dem Regionalpunkt ist nicht von der ihr eingeräumten Ermächtigung gedeckt. Mit der ihr eingeräumten Kompetenz zur Regelung des Verfahrens bei Über- und Unterschreitung des zusammengefassten Vergütungsvolumens ist 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 ist 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 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind.

Einer Absenkung dieses Vergütungsniveaus steht schon entgegen, dass es sich bei der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze um ein den RLV vergleichbares Steuerungsinstrument handelt. Bei den RLV ist eine weitere Quotierung bei den innerhalb des RLV erbrachten Leistungen nicht zulässig. Lediglich die das RLV überschreitende Leistungsmenge unterliegt einer Vergütung mit abgestaffelten Preisen. Nichts anderes kann für die innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten Leistungen der Psychotherapeuten gelten.

Der Bewertungsausschuss ist zu Recht davon ausgegangen, dass eine Steuerung der psychotherapeutischen Leistungen über RLV nicht sachgerecht ist. Eine Einbeziehung bzw. Steuerung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen hat 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 ist der Bewertungsausschuss zu Recht davon ausgegangen, dass Mengengrenzungsregelungen der

Psychotherapeuten gegenüber den für die anderen Arztgruppen geltenden RLV unterschiedlich ausgestaltet werden dürfen. Die vom Bewertungsausschuss eingeführte zeitbezogene Kapazitätsgrenze in Teil F Abschnitt I Nr. 4 stellt sich insoweit als sachgerecht dar.

Zunächst wurde für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ein Zeitkontingent von 27.090 Minuten pro Abrechnungsquartal festgelegt. Damit wurde der Rechtsprechung des BSG Rechnung getragen, wonach eine vollausgelastete psychotherapeutische Praxis 36 Stunden Richtlinienpsychotherapie bei 43 Arbeitswochen im Jahr erbringen kann. Bei der Bemessung der Kapazitätsgrenze wurde für die Einzelbehandlung ein Zeitaufwand von 70 Minuten berücksichtigt (ergibt insgesamt 108.360 Minuten pro Jahr/27.090 Minuten pro Quartal). Dies ergibt im Übrigen unter Zugrundelegung des Regionalpunktwertes von 3,50048 Cent ein maximales Honorarvolumen von 125.443,90 EUR.

Hinzu kommt die durchschnittliche Summe der Zeiten für alle nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen je Fachgruppe auf der Grundlage der Abrechnung des Vorjahresquartals. Beides zusammen bildet die Kapazitätsgrenze. Wird die Grenze überschritten, wird maximal bis zum 1,5fachen mit dem reduzierten Punktwert vergütet, der für die abgestaffelten Leistungen der Fachärzte gilt. Weil der Fachgruppendurchschnitt je KV unterschiedlich ist, unterscheiden sich die Kapazitätsgrenzen von KV zu KV, jedoch nicht von Psychotherapeut zu Psychotherapeut. Innerhalb dieses so festgelegten Zeitkontingents ist jeder Psychotherapeut frei beweglich und kann das Verhältnis von genehmigungspflichtigen und nicht genehmigungspflichtigen Leistungen selbst bestimmen.

Bei einer Überschreitung erfolgt indes eine strengere Begrenzung als dies mit den RLV der Fall ist, weil ab einer Überschreitung des 1,5fachen Zeitkontingents keine Vergütung der Leistungen mehr vorgesehen ist. Dabei ist auch hervorzuheben, dass eine Mengenausweitung des einzelnen Leistungserbringers bei den probatorischen und übrigen Leistungen nur begrenzt möglich ist. So können z.B. die Testleistungen nur bis zu einer Punktzahlbergrenze durchgeführt werden. Probatorische Sitzungen sind in der Anzahl auf bis zu fünf bzw. acht je Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt. Eine biografische Anamnese ist bei jedem Patienten nur einmal abrechenbar. Wenn nun mit der Einführung der Kapazitätsgrenzen die Menge der nicht genehmigungspflichtigen Leistungen erhöht wird, sinkt bei gleicher Gesamtarbeitszeit die Menge an genehmigungspflichtigen Leistungen und führt bei einer Mischkalkulation sogar zu einer Minderung der Gesamtkosten, weil die sonstigen Leistungen gegenüber den genehmigungspflichtigen Leistungen eine geringere Punktzahlbewertung aufweisen.

Nach der Rechtsprechung des BSG ist bei den probatorischen Sitzungen zu beachten, dass sie zum Kern des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten gehören. Diese durch strikte Zeitgebundenheit, aber fehlende Genehmigungsbedürftigkeit 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 nach den Nr. 35200 ff. EBM-Ä besteht ein enger Zusammenhang. Auf der Grundlage der probatorischen Sitzungen wird die Diagnose gestellt und die Entscheidung getroffen, ob eine Behandlung im Sinne der 35200 ff. EBM-Ä veranlasst und welche der verschiedenen Behandlungsmethoden die sachgerechte ist, sowie, ob zwischen dem Therapeuten und dem Versicherten eine ausreichende Beziehungsbasis für eine erfolgreiche Behandlung besteht. Aus dieser zentralen Funktion der probatorischen Sitzungen folgt, dass auch insoweit für eine substantielle Honorierung dieser Leistungen Sorge getragen werden muss (BSG, Urteil vom 28.05.2008 - [B 6 KA 9/07 R](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 38](#) RdNr. 17). Insoweit hat das BSG als nicht unterschreitbare Mindestvergütung vorgegeben, dass die für eine sachgerechte psychotherapeutische Versorgung in der einzelnen Praxis notwendige Mindestzahl an probatorischen Sitzungen so honoriert werden muss, dass - erforderlichenfalls nach Anwendung von Mengengrenzungsregelungen o.Ä. - jedenfalls die Hälfte des ursprünglich zur Kalkulation herangezogenen Punktwertes von 10 Pfennig (d.h. 2,56 Cent) für solche Leistungen nicht unterschritten wird.

Diese untere Grenze hat die Beklagte zwar mit der Festlegung einer Mindestquote von 75 bzw. 79 % 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 % bei den übrigen Leistungen mit einer Vergütung 1,7524 Cent und 2,03 eingehalten. Die Rechtmäßigkeit dieser gegenüber dem Regionalpunktwert abgesenkten Vergütung ist indes nicht mit den Grundsätzen des BSG im Urteil vom 25.03.2015 ([B 6 KA 13/14 R](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 83](#)) zu rechtfertigen.

In dem Rechtsstreit war die Höhe der probatorischen Leistungen für einen als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt für die Quartale II/2005 bis I/2006 streitig. Das BSG hat ausgeführt, dass auch probatorische Leistungen in die RLV einbezogen werden dürfen. Vielmehr seien, so dass BSG, auch probatorische Sitzungen nicht losgelöst von Honorarbegrenzungsmechanismen zu honorieren. Zudem gewährleiste nach der Rechtsprechung des BSG gerade die Einbeziehung in das RLV die Vergütung mit einem festen Punktwert. Der Bewertungsausschuss habe nach der Konzeption der RLV davon ausgehen dürfen, dass im Regelfall innerhalb der RLV eine ausreichende Honorierung der probatorischen Sitzungen gewährleistet sei. Auch die streitige HVV habe rechnerisch die Bewertung der innerhalb des RLV liegenden Honoraranforderungen mit einem Punktwert von grundsätzlich 4,0 Cent vorgesehen. Der Punktwert habe zwar einer Quotierung unterlegen, soweit der zur Verfügung stehende Anteil am Verteilungsbetrag in einer Honorar(unter)gruppe zur Honorierung der angeforderten Leistungen nicht ausgereicht habe. Diese notwendige Folge begrenzter Gesamtvergütungen stelle die grundsätzliche Privilegierung der dem RLV unterfallenden Leistungen aber nicht in Frage. Die Privilegierung habe sich hier auch darin gezeigt, dass dann, wenn der zur Verfügung stehende Verteilungsbetrag in einer Honorar(unter)gruppe zur Honorierung der angeforderten Leistung mit dem Regelleistungspunktwert nicht ausgereicht habe und die deshalb gebildete Quote der Honorarforderungen innerhalb des RLV um mehr als 15 %-Punkte von der über alle fachärztlichen Honorar(unter)gruppen gebildeten mittleren Quote abgewichen habe, nach der HVV ein Ausgleich mit dem Ziel der Erreichung der maximalen Abweichung von 15 %-Punkten durchgeführt worden sei.

Diese Grundsätze, die eine Quotierung auch der probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen erlauben, sind in den hier streitbefangenen Quartalen ab nicht einschlägig. 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 Abschnitt I, 3.1.3 nicht ausreichen, hat der Bewertungsausschuss 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 hat der Bewertungsausschuss nicht nur das absolute Mindestniveau der Vergütung der Psychotherapeuten, wie es von der

Beklagten umgesetzt wurde, vorgegeben. Gegen dieses Verständnis sprechen bereits die Überschriften, die mit "Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen" bzw. mit "Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze" gewählt wurden. Das aufgezeigte Verständnis, wonach mit den Regelungen in Teil F Abschnitt Nr. 2.4 bzw. 4.3 der Beklagten aufgegeben ist, das Vergütungsvolumen zur Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit dem Regionalpunkt bei Unterschreitung aufzustocken, ist den Ausführungen der KBV bestätigt.

Die KBV hat auf gerichtliche Anfrage mit Schreiben vom 18.03.2015 ausgeführt, die Ermächtigung an die Gesamtvertragspartner zur Regelung des Verfahrens bei Über- und Unterschreitungen im Beschluss 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 gemäß dem Beschluss nach 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 bestünde und je nach regionaler Gegebenheit andere Möglichkeiten für diese bestünden, habe der Bewertungsausschuss die Kompetenz, mit diesen Über- oder Unterschreitungen umzugehen, an die regionalen Vertragspartner gegeben. Diese Kompetenz sei dahingehend als umfassend zu interpretieren, dass es den Gesamtvertragspartner im Rahmen der Honorarverteilung obliege, die Mittel bereitzustellen. Mit diesen Ausführungen ist belegt, dass eine Quotierung des Regionalpunktwertes bei den Leistungen der Psychotherapeuten innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze nicht von der Ermächtigungsgrundlage des Bewertungsausschusses gedeckt ist. Der eingeräumte Gestaltungsspielraum bezieht sich nicht darauf, ob die fehlenden Mittel aufgebracht werden müssen, sondern allein darauf, wie die Mittel aufgebracht werden. Die Kompetenz zur Regelung des Verfahrens bei Über- oder Unterschreitungen hat der Bewertungsausschuss den Vertragspartnern der Gesamtverträge übertragen, damit bei der Notwendigkeit der Finanzierung die regionalen Gegebenheiten Berücksichtigung finden können.

Aufgrund der von der KBV zum Regelungsgehalt der Ermächtigung an die Vertragspartner der Gesamtverträge, sich bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens zu einigen, gegebenen Erläuterungen, war auch nicht den Entscheidungen des Sozialgerichts Stuttgart und Bremen zu folgen, die eine Quotierung der probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen als rechtmäßig beurteilt haben (SG Stuttgart, Urteil vom 18.02.2015 - S 11 KA 3206/14; SG Bremen, Urteil vom 26.02.2014 - [S 30 KA 39/11](#)).

Soweit der Bewertungsausschuss bei der Einigung der Gesamtvertragspartner mit dem Verweis auf die Beachtung des Grundsatzes gemäß I ..., zweiter Absatz bei nicht ausreichendem Vergütungsvolumen eine Nachschusspflicht durch die Krankenkassen ausgeschlossen hat, kann 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 haben im Quartal 1.920.289,98 EUR und im Quartal IV/2010 2.009.965,03 EUR gefehlt. Mit den geringen Überschreibungsbeträgen der Kapazitätsgrenzen ist belegt, dass es bei den einzelnen Leistungserbringern nicht zu einer erheblichen Leistungsausweitung gekommen ist. Soweit die nach den Maßgaben des Bewertungsausschusses von der Beklagten gebildeten Vergütungsvolumina sich nicht als ausreichend erwiesen haben, ist dies mit Blick auf eine erhebliche Zunahme der Leistungserbringer erklärbar. Die gesetzlichen Änderungen des [§ 101 Abs. 4 SGB V](#) (20 %-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, auf 25 % abgesenkte Quote für ärztliche Psychotherapeuten) haben im Bezirk der Beklagten zu einem erheblichen Anstieg von Neuzulassungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geführt. Zwar wurde mit Wirkung ab 01.01.2010 gemäß Beschluss vom 02.09.2009 (a.a.O.) Teil H Nr. 1 der Behandlungsbedarf je Versicherten um 0,1722 vom Hundert erhöht zur Deckung von Mehrausgaben der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM-Ä aufgrund der gesetzlichen Änderungen des [§ 101 Abs. 4 SGB V](#) durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) zur Festlegung der Mindestquoten für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen. Im Bereich der Beklagten stieg 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 % in beachtlichem Umfang. Insoweit ist 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 hat. In dieser besonderen Ausnahmesituation ist 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 kann, unzutraglich 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 wird.

Die Zulässigkeit einer quotierten Vergütung der probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen ist auch nicht mit der Konvergenzregelung des Bewertungsausschusses zu begründen. Die von der Beklagten in § 12a Abs. 1 HVV als Rechtsgrundlage für die quotierte Vergütung genannte Konvergenzregelung in Teil F Abschnitt II Nr. 1 Abs. 2 des Beschlusses kann nicht als Rechtsgrundlage für eine quotierte Vergütung herangezogen werden.

Mit Wirkung zum 01.01.2009 beschloss der Erweiterte Bewertungsausschuss eine "Konvergenzphase für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen". Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung waren die in Teil F seines Beschlusses vom 27./28.08.2008 beschlossenen Regelungen, insbesondere zu den Praxisbesonderheiten (Ziffer 3.6), deren Umsetzung zunächst den Partnern der Gesamtverträge überlassen worden war, zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten bei einem Honorarverlust von mehr als 50 % (Ziffer 3.7) und zur Modifikation von relevanten Arztgruppen (Anlage 1) anzuwenden. Sollte es weiterhin zu überproportionalen Honorarverlusten und zu Problemen der Sicherstellung kommen, konnten die Partner der Gesamtverträge - ab dem 01.04.2009 bis zum 31.12.2010 - das vom Erweiterten Bewertungsausschuss neu geschaffene Verfahren zur schrittweisen Anpassung des Regelleistungsvolumens (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern die Honorarverluste nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet waren. Für die Gesamtvertragspartner wurde zudem die Möglichkeit geschaffen, im Einzelfall eine Praxisbesonderheit auch unterhalb des Grenzwertes von 30 % festzustellen (Beschluss aus der 9. Sitzung am 15.01.2009, DÄ 2009, Heft 7, A-308).

Diese Regelungen fasste der Erweiterte Bewertungsausschuss kurz darauf mit Beschluss in seiner 10. Sitzung vom 27.02.2009 zur Änderung des Beschlusses Teil A vom 15.01.2009 neu. Den Vorrang der eigenen Regelungen in Nr. 1 Satz 1 u. 2 a.F. wurde zugunsten der Vertragsautonomie der Gesamtvertragspartner aufgehoben und diese ermächtigt, einvernehmlich zur Vermeidung von überproportionalen

Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen ab dem 01.04.2009 und zeitlich begrenzt bis zum 31.12.2010 ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) zu beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind. In Nr. 3 des Beschlusses wurde geregelt, 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, die in Beschlussteil F 4. genannten Vorschriften und die in Beschlussteil F, Anlage 2 Nr. 1 zur Trennung der Anteile der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung zwingend zu beachten sind (Beschluss vom 27.02.2009, Teil A, DÄ 2009, Heft 12, A-574).

Für die Zeit ab 01.07.2009 kündigte der Bewertungsausschuss die Überprüfung und Änderung fast aller relevanten Regelungen des Erweiterten Bewertungsausschusses zu den Regelleistungsvolumina an (Beschluss aus der 175. Sitzung vom 27.02.2009, DÄ 2009, Heft 12, A-576). Als zu überprüfende Regelungskomplexe wurden insbesondere genannt: - die Notwendigkeit einer Steuerung der Leistungen im Vorwegabzug gemäß Beschluss Teil F Anlage, Nr. 2 - die Notwendigkeit einer Steuerung von Leistungen von Arztgruppen, die bisher keiner Mengensteuerung unterliegen - die Notwendigkeit einer Steuerung der nicht genehmigungspflichtigen und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie

In Umsetzung seines Ankündigungsbeschlusses aus der 175. Sitzung fasste der Bewertungsausschuss zum 01.07.2009 mit Beschluss in seiner 180. Sitzung am 20.04.2009 weitere Regelungen zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Regelungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 mit Änderung des Beschlusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V. Dies betraf u.a. die Fallzählung mit Umsetzung des Arztbezuges sowie die Herausnahme bestimmter Leistungen aus den RLV (Beschluss vom 20.04.2009, DÄ 2009, Heft 18, A-862).

Mit Teil B des Beschlusses vom 20.04.2009 erfolgte zudem eine Ergänzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 10. Sitzung zur Änderung des Beschlusses Teil A vom 15.01.2009 mit Anfügung eines weiteren Absatzes in Nr. 1 mit folgender Regelung:

"Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können 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 und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen."

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22.09.2009 wurden in Teil F Abschnitt I die Regelungen zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV für das Jahr 2010 vorgenommen (DÄ 2009, Heft 42, A 2103). Unter Abschnitt II wurden die Regelungen zur Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung aufgenommen und in Abschnitt II Nr. 1 die bisherige Ermächtigung an die Gesamtvertragspartner zur Regelung eines Verfahrens zur schrittweisen Anpassung der Steuerung wortgleich weitergeführt wie im Beschluss vom 20.04.2009 (a.a.O.). Die Regelung zur ergänzenden Mengensteuerung erhielt ab 01.01.2010 folgenden Wortlaut:

"Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können - soweit dies nicht bereits in Abschnitt I ... dieses Beschlusses erfolgt - einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte und Arztgruppen (z.B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen"

Mit der zum 01.07.2010 erfolgten Neufassung von Teil F mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung vom 26.03.2010 (a.a.O.) wurden aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zunächst die Regelleistungsvolumina und nicht wie bislang zunächst die freien Leistungen finanziert. Zur Steuerung der neuen Finanzierung wurden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt, deren Modalitäten auf KV-Ebene zu regeln waren. In Abschnitt II Nr. 1 zweiter Absatz erhielten die Regelungen zur Konvergenzphase folgenden Wortlaut (DÄ 2010, Heft 16, A-1283):

"Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, können - soweit dies nicht bereits in Abschnitt I ... dieses Beschlusses erfolgt - einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte und Arztgruppen (z.B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen."

Die von der Beklagten vorgenommene Quotierung ist nicht durch die dargestellte Konvergenzregelung in F Teil Abschnitt II Nr. 1 als Ermächtigungsgrundlage gedeckt. Für die probatorischen und die übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen besteht 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 ausschließt.

Dem steht die im Verfahren [S 11 KA 55/11](#) betreffend die Quartale bis II/2010 abgegebene Stellungnahme der KBV vom 05.07.2012 nicht entgegen. Die KBV hat dort auf die gerichtliche Anfrage in Bezug auf den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 (a.a.O.) ausgeführt, für die damit ab 01.07.2010 vorgenommene Honorarverteilung sei die Einführung von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) kennzeichnend gewesen. Hiermit sei das Ziel verfolgt worden, durch eine bundesweite Vorgabe die sog. freien Leistungen zu begrenzen. Unter den freien Leistungen würden die Leistungen verstanden, die aus der begrenzten Gesamtvergütung zu finanzieren seien und den Ärzten ohne Limitierung entsprechend den Anforderungen honoriert würden. Dieser Mechanismus habe zu einem Anstieg der notwendigen Finanzmittel für die Vergütung dieser Leistungen geführt. Durch die Einführung von QZV, für die eine bestimmte Geldmenge zur Verfügung stünde, komme es bei einer Mengenausweitung nicht zur Benachteiligung anderer Arztgruppen, die diese Leistungen erbringen würden.

Dasselbe Ziel sei bereits mit der ursprünglich durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 180. Sitzung vom 20.04.2009 in Teil B eingeführten Option, Leistungen außerhalb der RLV einer Steuerung unterziehen zu können, um nachteiligen Auswirkungen einer Mengenausweitung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen entgegenzuwirken, verfolgt worden. Den regionalen Gesamtvertragspartnern sei damit eine Grundlage gegeben worden, der Ausweitung der freien Leistungen zu begegnen. Neben dem Effekt der Ausweitung der freien Leistungen sei mit der Honorarreform 2009 ff. eine bundeseinheitliche Vorgabe zur Bestimmung der einer Arztgruppe im Rahmen der RLV-Bestimmung zugewiesenen Finanzmittel verbunden gewesen. Die Finanzmittel würden sich nach dem Anteil der abgerechneten Leistungsmenge dieser Arztgruppe an der insgesamt abgerechneten Leistungsmenge des Versorgungsbereichs ergeben. Damit hätten sich zwischen den Arztgruppen teilweise deutliche Veränderungen der Honoraranteile gegenüber der bis 2009 nach regionalen Regelungen erfolgenden Honorarverteilung ergeben. Ziel der Konvergenzregelung sei gewesen, diese Honorarveränderungen zeitlich zu erstrecken.

Diese Möglichkeit sei mit Beschluss des Bewertungsausschusses in der 218. Sitzung fortgeführt worden. Ziel sei weiterhin gewesen, die kurzfristigen Auswirkungen der Honorarreform auf die Honoraranteile der einzelnen Arztgruppen zu verringern. Dies sei der wesentliche Aspekt der Regelungen und in diesem Kontext seien sie zu interpretieren. Dies gelte auch für Leistungen, die kapazitätsgebundenen Zeitvolumen unterliegen würden. Auch im Bereich der Psychotherapie könne daher – unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben und der Rechtsprechung zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen – von der Regelung Gebrauch gemacht werden. Die Formulierung "soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I ... dieses Beschlusses erfolgt" sei als klarstellende Regelung mit Blick auf die RLV und insbesondere die neu eingeführten QZV aufgenommen worden. Unabhängig davon erscheine es vertretbar, auch die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen in die Konvergenzregelung einzubeziehen und ggf. zu quotieren.

Soweit die KBV mit den dargestellten Ausführungen für die Formulierung "soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I ... dieses Beschlusses erfolgt" vornehmlich auf eine Klarstellung in Zusammenhang mit der Einführung der QZV hinweist, überzeugt dies nicht. Denn die fragliche Formulierung wurde bereits mit Beschluss vom 22.09.2009 (a.a.O.) aufgenommen, zu einem Zeitpunkt also, zu dem die Regelungen zu den QZV noch überhaupt in Sicht waren.

Für die Quartale III und IV/2010 ergibt sich ebenso wie für die Quartale I und II/10 unmittelbar aus dem Wortlaut des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 (a.a.O.), dass auch die Regelung über die zeitbezogene Kapazitätsgrenze als abschließende Maßnahme der Mengensteuerung eine weitere Absenkung des Vergütungsniveaus ausschließt. Hier ist ausdrücklich geregelt, dass Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, einer Steuerung unterzogen werden können, sowie dies nicht bereits gemäß Abschnitt I des Beschlusses der Fall ist. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Vergütung, welche von Arztgruppen ohne RLV erbracht werden. Die Regelungen über die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen sind indes in Nr. 4 des Abschnitts I der Beschlüsse vom 22.09.2009 und 26.03.2010 enthalten. Eine Gleichstellung der Regelung der RLV und den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen ist auch mit Blick auf den ihnen zukommenden Zweck geboten. Die Regelungen über die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen dienen ausweislich des Wortlauts von Teil F Abschnitt I Nr. 4.1 dazu, eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern und haben mithin das gleiche Steuerungsziel wie die RLV bei den anderen Arztgruppen. Schließlich wurde auch bereits im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach [§ 87 Abs. 4 SGB V](#) in seiner 10. Sitzung am 27.02.2009 zur Änderung des Beschlusses Teil A vom 15.01.2009 mit Wirkung ab III/09 sowie mit dem Beschluss vom 22.09.2009 mit Wirkung ab dem Quartal I/10 sowie mit Beschluss vom 26.03.2010 in Teil F Abschnitt II Nr. 3 geregelt, 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 Abschnitt I ... Ziffer 4 genannten Vorschriften zwingend" zu beachten sind. Die Beachtung der zwingenden Vorgabe hat zur Folge, dass die Leistungen bis zur festgestellten Kapazitätsgrenze mit dem Preis der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind und damit auch die von der Beklagten vorgenommene Quotierung der probatorischen und übrigen nicht antragspflichtigen Leistungen nicht zulässig ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#), [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Die Zulassung der Revision beruht auf [§ 161 Abs. 1](#), [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2017-10-05