L 7 KA 48/17

Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 79 KA 387/14
Datum
26.07.2017
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 48/17
Datum
17.11.2021
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 4/22 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Den Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 1. Juli 2010 ist für das Quartal IV/10 keine Ermächtigung zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit einem geringeren Punktwert als den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten; das betrifft gleichermaßen antrags- wie nicht antragspflichtige Leistungen. Die gegenläufige honorarvertragliche Regelung ist wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. Juli 2017 aufgehoben. Der Honorarbescheid des Klägers für das Quartal IV/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juli 2014 wird geändert. Die Beklagte wird verpflichtet, über den Honoraranspruch des Klägers im Quartal IV/10 in Bezug auf die nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung der vom Kläger im Quartal IV/10 erbrachten nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.1 EBM.

Der Kläger nimmt seit 9. Dezember 2009 als psychologischer Psychotherapeut an der vertragstherapeutischen Versorgung teil und führt eine Praxis in Berlin-S.

Mit Honorarbescheid für das Quartal IV/10 erhielt er ein Gesamthonorar in Höhe von 21.888,29 Euro, nach Abzug der Verwaltungskosten 21.472,41 Euro.

Die ihm zugewiesene zeitbezogene Kapazitätsgrenze (30.456 Minuten) unterschritt er um 9.832 Minuten. Für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen erhielt er die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach dem Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent.

Auf die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen entfiel ein Honorar in Höhe von 4.999,71 Euro, das die Beklagte nach einem quotierten Punktwert von 2,555 Cent berechnete; wären diese Leistungen nach dem Orientierungspunktwert vergütet worden, hätte das Honorar des Klägers sich insoweit auf 6.768,97 Euro belaufen (Differenz: 1.769,26 Euro).

Den quotierten Punktwert in Höhe von 2,555 Cent berechnete die Beklagte, indem sie das im Quartal IV/08 für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen angefallene Vergütungsvolumen von 4.397.063,17 Euro um einen Stützungsbetrag von 320.986,35 Euro und eine weitere überschussbedingte Erhöhung um 391.733,15 Euro anreicherte, womit für das Quartal IV/10 insgesamt 5.109.782,67 Euro für die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen zur Verfügung standen. Mit 199.988.401 angeforderten Punkten ergab sich der Punktwert von 2,555 Cent.

Dieser Punktwert entsprach demjenigen für die „mengenbegrenzenden Maßnahmen“ gemäß dem Honorarvertrag für das Quartal IV/2010 in der Fassung der 2. Änderungsvereinbarung vom 24. Juni 2010 (Honorarvertrag über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für das Vertragsgebiet Berlin für den Zeitraum 1. Juli 2010 bis 31. Dezember 2010 [im Folgenden: HV 2010]).

§ 7 Abs. 1 Satz 3 HV 2010 bestimmte:

„Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten, zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen und um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen entgegenzuwirken, beschließen die Vertragspartner gemäß Teil F II.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 mengenbegrenzende Maßnahmen zur Steuerung von Leistungsbereichen, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden.

Abs. 2: Die Einzelheiten zu den [….] zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen sowie den mengenbegrenzenden Maßnahmen sind in Anlage 1 geregelt.“

§ 10 Abs. 1 der Anlage 1 zum HV 2010 bestimmte u.a.:

„1Für 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 wird gemäß Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 228. Sitzung am 1. Juli 2010 ein Vergütungsvolumen aus der Summe des Teilvergütungsvolumens nach § 1 Nr. 1 sowie der für die in § 9 Abs. 1 Satz 1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 gebildet [….]

3Reicht das nach Satz 1 gebildete Vergütungsvolumen für die Vergütung der übrigen, nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen für die in § 9 Abs. 1 Satz 1 genannten Arztgruppen nicht aus, wird diese Vergütung gemäß Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 228. Sitzung zum 01. Juli 2010 insbesondere im Bereich der probatorischen Leistungen nach § 23a Abs. 1 Nr. 1 der Psychotherapierichtlinie des G-BA unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben des § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V und der Rechtsprechung des BSG quotiert.“

Mit seinem Widerspruch rügte der Kläger die nur quotierte Vergütung der erbrachten nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen. Soweit § 10 Abs. 1 der Anlage 1 des Honorarvertrages die Quotierung vorsehe, sei dies rechtswidrig.

Den Widerspruch wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 8. Juli 2014 zurück. Die Regelung in § 10 Abs. 1 der Anlage 1 des ab 1. Oktober 2010 geltenden Honorarvertrages stehe in Einklang mit den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in der 218. Sitzung am 26. März 2010 (Teil F Punkt 4) und in der 228. Sitzung am 1. Juli 2010. Die Quotierung der nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen orientiere sich an der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (B 6 KA 9/07 R), wonach der Punktwert für die Vergütung probatorischer Sitzungen grundsätzlich 2,56 Cent nicht unterschreiten dürfe.

Die hiergegen erhobene Klage hat das Sozialgericht Berlin mit Urteil vom 26. Juli 2017 abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Die Rechtsgrundlage der vom Kläger beanstandeten Quotierung liege in § 10 Abs. 1 der Anlage 1 des Honorarvertrages für das Quartal IV/10 in der Fassung der 2. Änderungsvereinbarung vom 24. Juni 2010. Die Regelung erlaube Unterschiede der Vergütung bei antrags- und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen und solchen, die – wie etwa die Probatorik – keiner Genehmigungspflicht unterlägen. Wenn – wie im Quartal IV/10 – das gebildete Vergütungsvolumen nicht ausreiche, dürften die nicht

genehmigungspflichtigen Leistungen niedriger vergütet werden. Diese Regelung stehe auch in Einklang mit höherrangigem Recht. § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V bestimme lediglich, dass antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten seien. Das lasse dem Bewertungsausschuss Spielraum, den Gesamtvertragspartnern die Möglichkeit zu geben, die nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen einer Quotierung zu unterwerfen. In Teil F Abschnitt II Nr. 1 seines Beschlusses vom 26. März 2010 habe der Bewertungsausschuss ausdrücklich bestimmt, dass außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütete Leistungen einer Steuerung unterzogen werden können, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Arztgruppen entgegenzuwirken; das erfasse auch die nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen seien insoweit nicht das einzige Steuerungsinstrument. Der Bewertungsausschuss habe den regionalen Gesamtvertragspartnern für den Fall der Überschreitung des Vergütungsvolumens weitere Steuerungsinstrumente eröffnen wollen. Es sei nicht geboten, die nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen der Psychotherapie genau so zu vergüten wie die genehmigungspflichtigen. Das habe auch das Bundessozialgericht ausdrücklich so gesehen; es habe lediglich gefordert, dass die Vergütung probatorischer Sitzungen 2,56 Cent nicht unterschreiten dürfe (Hinweis auf Urteil vom 28. Mai 2008, B 6 KA 9/07 R).

Gegen das ihm am 29. August 2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 7. September 2017 Berufung eingelegt. Die erbrachten nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen seien besser zu vergüten. Die Honorarverteilungsregelung der Beklagten finde keine hinreichende Grundlage in den Beschlüssen des Bewertungsausschusses. Vorgesehen seien nur zwei Regelungen zur Mengensteuerung, nämlich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze und das Regelleistungs- bzw. qualifikationsgebundene Zusatzvolumen. Insbesondere scheide Nr. 4.3 in Teil F Abschnitt 1, eingefügt durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 1. Juli 2010, als Rechtfertigung für eine Quotierung aus, denn hierbei handele es sich nur um eine Finanzierungs-, nicht aber um eine Vergütungsregelung. Das Sächsische Landessozialgericht habe in den Entscheidungen zu L 1 KA 4/16 und L 1 KA 5/16 die Rechtsauffassung des Klägers bestätigt. Sofern es gegenüber dem Jahr 2008 zu einer erheblichen Mengenausweitung gekommen sei, hätte die Beklagte reagieren und den Honorarfonds für die nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen stützen müssen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. Juli 2017 aufzuheben, den Honorarbescheid für das Quartal IV/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juli 2014 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, über seinen Honoraranspruch im Quartal IV/10 in Bezug auf die nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Die die Quotierung erlaubende Regelung in § 10 Abs. 1 der Anlage 1 des Honorarvertrages für das Quartal IV/10 finde ihre Rechtfertigung in Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 228. Sitzung am 1. Juli 2010 („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.“). Eine Mengensteuerung sei im Geltungsbereich einer dem Umfang nach begrenzten Gesamtvergütung unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit sogar geboten. Die streitigen Leistungen hätten Im Quartal IV/10 nicht mehr zum Orientierungspunktwert vergütet werden können, weil die Leistungsmenge gegenüber dem Bemessungszeitraum des Jahres 2008 um ca. 40 Prozent angestiegen sei, nämlich von 137.610.275 angeforderten Punkten auf 199.988.401 Punkte. Die probatorischen Leistungen nach Kapitel 35.1 des EBM seien in beiden Jahren gleich bewertet gewesen. Der Sichtweise des LSG Sachsen (L 1 KA 4/16) könne man sich nicht anschließen; eine gleiche Punktwertgarantie für antrags- und genehmigungsbedürftige sowie für nicht antrags- und genehmigungsbedürftige Leistungen lasse sich weder dem Gesetz noch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entnehmen. Im Gegensatz zur Auffassung des Klägers sei die Beklagte auch nicht verpflichtet gewesen, im Rahmen ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht auf den Punktwertabfall zu reagieren, denn dieser sei im Quartal IV/10 noch nicht dauerhaft gewesen; noch im vorangegangenen Quartal III/10 seien die entsprechenden Leistungen nicht quotiert vergütet worden (Hinweis auf B 6 KA 33/15 R). Schließlich müsse auch berücksichtigt werden, dass der Zulassungsbezirk Berlin im Jahre 2010 in der Arztgruppe der Psychotherapeuten mit einem Grad von 164,9 Prozent überversorgt gewesen sei; die vom Kläger begehrte unquotierte Vergütung der nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen müsse daher zu Lasten anderer Arztgruppen finanziert werden. Das System der Regelleistungsvolumina setze angesichts der limitierten Gesamtvergütung eine Quotierung der „freien Leistungen“ voraus (Hinweis auf B 6 KA 23/17 B). Die gebotene Kalkulationssicherheit gebiete es, die „freien Leistungen“ nicht unbegrenzt zu vergüten.

Die Beigeladenen stellen keine Anträge. Auch sie halten das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der

Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe

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

II. Die gemäß § 143 SGG statthafte und nach § 151 GG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Sie bedurfte nicht der Zulassung (§ 144 SGG), weil der Beschwerdewert von 750,00 Euro zum maßgebenden Zeitpunkt der Einlegung der Berufung für die streitige Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen für das Quartal IV/2010 überschritten war.

III. Die Berufung des Klägers ist erfolgreich. Das Sozialgericht hat seine Klage zu Unrecht abgewiesen. Der Honorarbescheid der Beklagten in der Fassung des Widerspruchsbescheids ist in Bezug auf die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (n.a.L.) rechtswidrig und beschwert den Kläger (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Die Beklagte hat diese Leistungen unquotiert zu vergüten.

1. Allein streitig ist im Berufungsverfahren eine höhere Vergütung für die n.a.L. im Quartal IV/2010 in Höhe von 1.769,26 Euro. Hätte die Beklagte die einzelnen Posten der n.a.L. unquotiert vergütet, d.h. auf der Basis des OPW-Wertes von 3,5048 Cent, hätte der Kläger eine höhere Vergütung in dieser Höhe erhalten. In der Sache streiten die Beteiligten damit über die Frage, ob die auf dem Honorarvertrag (2010) beruhende quotierte Vergütung der n.a.L. rechtmäßig erfolgte.

2. Der Kläger hat einen Anspruch auf eine unquotierte Vergütung der streitigen n.a.L., denn die honorarvertragliche Rechtsgrundlage für die nur quotierte Vergütung der n.a.L. innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze (ZBKG) ist wegen des Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig. Zwischen den Beteiligen ist unstreitig, dass die streitbefangenen (nicht antragspflichtigen) Leistungen vom Kläger innerhalb der auf dem Beschluss des BewA für IV/2010 beruhenden ZBKG erbracht wurden.

a. Rechtsgrundlage der Vergütung der n.a.L. im Quartal IV/2010 ist § 7 Abs. 1 und Abs. 2 i.V.m. Anlage 1 HV 2010. Die erbrachten und abgerechneten Leistungen wurden Ärzten und Psychotherapeuten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 HV 2010 grundsätzlich nach den Bestimmungen und Preisen der Euro-Gebührenordnung Berlin vergütet, die Leistungen, die gemäß dem Vertrag der Mengensteuerung unterliegen, je Psychotherapeuten und Psychotherapeutenpraxis bis zur Höhe der zugewiesenen zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen. Die das Regelleistungsvolumen bzw. die zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen überschreitenden Leistungen wurden den Ärzten bzw. den Psychotherapeuten zu abgestaffelten Preisen vergütet (§ 7 Abs. 1 Satz 2 HV 2010). Für die Leistungsbereiche außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen haben die Gesamtvertragspartner auf der Grundlage von § 7 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 10 Abs. 1 Satz 3 der Anlage 1 zum HV 2010 mengenbegrenzende Maßnahmen, in Gestalt einer Befugnis zur Quotierung der Vergütung für n.a.L. vereinbart.

Nach § 10 Abs. 1 Satz 3 Anlage 1 HV 2010 hat die Beklagte die n.a.L. des Klägers im Quartal IV/2010 einer Quotierung unterzogen, weil das für die Vergütung der in § 10 Abs. 1 Satz 1 Anlage 1 zum HV 2010 genannten antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß Nr. 2 des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 (228. Sitzung) gebildete Honorarvolumen für eine Vergütung aller Leistungen innerhalb der ZBKG zum (vollen) OPW nicht ausreichte.

b. Für diese nur quotierte Vergütung der n.a.L. fehlt es an einer wirksamen Rechtsgrundlage.

Der Vergütungsanspruch der vertragsärztlichen Leistungen, wozu auch die psychotherapeutischen Leistungen gehören, beruhte auf dem zum 1. Januar 2009 neu eingeführten Vergütungssystem. Gemäß § 87b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs vom 26. März 2007, BGBl. I, S. 378, im Folgenden: SGB V a.F.) wurden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V a.F. vergütet. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis waren arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV) festzulegen (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V a.F.).

Nach § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V a.F. 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. Abs. 2 Satz 7 bestimmte ergänzend, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden konnten, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich war.

§ 87b Abs. 4 SGB V a.F. bestimmte:

1Der Bewertungsausschuss bestimmt erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Er bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5.

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

aa. Auf den o.g. rechtlichen Grundlagen hat der BewA bereits am 27./28. August 2008 in seiner 7. Sitzung in Teil F zur Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit Vorgaben u.a. zur Ermittlung und Bildung der RLV beschlossen. In Ziff. 4 war u.a. für Psychologische Psychotherapeuten bereits die Zuweisung zeitbezogener Kapazitätsgrenzen vorgesehen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern. Mit Beschluss vom 22. September 2009 hat der BewA in seiner 199. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2010 in Teil F in Abschnitt I. Vorgaben zur Berechnung zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen bestimmt.

Teil F Abschnitt I. Ziffer 1. regelte den „Grundsatz der Vergütung der Ärzte“, Abschnitt I. Ziffer 1.2 bestimmte die „Bezugsgrößen der Regelleistungsvolumen“

Abschnitt I. Ziffer 4. bestimmte die „Zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen“ wie folgt:

„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
- 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 an 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 genehmigungspflichtigen 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 genehmigungspflichtigen 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 EBM (in der gültigen Fassung) ermittelt.

4.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenze

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."

Zur Vergütung bestimmte Abschnitt I. Ziffer 2.2 unter der Überschrift: „Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen":

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

Ziffer 2. wurde mit Beschluss des BewA vom 26. März 2010 in seiner 218. Sitzung mit Wirkung ab dem 1. Juli 2010 um eine neue Ziffer ergänzt:

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

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

„Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V. Die mit diesem Beschluss erfolgende Anpassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 (...) kann daher keine Nachschusspflicht der Krankenkassen begründen."

Am 1. Juli 2010 fügte der BewA in seiner 228. Sitzung zur Änderung des Beschlusses der 218. Sitzung vom 26. März 2010 „zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V" mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 zusätzlich in Abschnitt I. nach der Ziff. 4.2.3 die Ziff. 4.3 ein:

„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 Ziff. I, Nr. 2.4, erster Absatz sowie dem für die in 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Teil F Ziff. 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."

Abschnitt II. bestimmte in der Fassung des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 unter der Überschrift „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 vergütet werden, können – soweit dies nicht bereits gemäß 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.

2. […]

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 Abschnitt I., Ziffer 4. genannten Vorschriften zwingend zu beachten. Weiterhin ist Anlage 2, Nr. 1 zur Trennung der Anteile der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung zu beachten."

bb. Diesen Vorgaben des BewA ist für die Partner der Gesamtverträge für das streitige Quartal IV/2010keine Ermächtigung zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit einem geringeren Punktwert als den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. § 7 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. Anlage 1 HV 2010 steht im Widerspruch zu den zwingenden Vorgaben des BewA-Beschlusses vom 1. Juli 2010 (§ 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V a.F.) und ist deshalb nichtig. Der Senat nimmt insoweit Bezug auf die Ausführungen des LSG Baden-Württemberg im Urteil vom 28. April 2021 (L 4 KA 4152/18 Rdnr. 49 ff.) und schließt sich diesen auch für das hier streitige Quartal IV/2010 nach eigener Prüfung ausdrücklich an.

Gemäß Abschnitt I. Ziffer 1.1 des Beschlusses des BewA vom 1. Juli 2010 sind vertragsärztliche Leistungen grundsätzlich auf der Basis der im Abrechnungsquartal gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung, d.h. nach dem vollen OPW, zu vergüten (1.1 Satz 1). Eine Einschränkung formulieren Abschnitt I. Ziffer 1.1 Satz 2 und 4, wonach zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit je Quartal eine abrechenbare Leistungsmenge festgelegt werden kann, die mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung, d.h. dem OPW, vergütet werden und ein überschießender Teil mit abgestaffelten Punktwerten. Der dabei verwendete Begriff der ärztlichen Leistungen umfasst auch die psychotherapeutischen Leistungen, denn nach § 87 Abs. 1 i.V.m. § 87b Abs. 4 SGB V a.F. legt der BewA auch die Grundsätze für die Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen fest. Gemäß § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V a.F. sind allein die vertragszahnärztlichen Leistungen ausgenommen.

Aus Abschnitt I. Ziffer 4.1 Satz 2 des Beschlusses vom 1. Juli 2010 ergibt sich, dass die psychotherapeutischen Leistungen, die innerhalb der Kapazitätsgrenze (Ziffer 4.2) erbracht und abgerechnet werden, mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu dem OPW vergütet werden. Eine abgestaffelte Vergütung erfolgt – vergleichbar dem RLV – erst bei Überschreitung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze, zu der es beim Kläger nicht gekommen ist (Abschnitt I. Ziffer 4.1 Satz 3). Bis zu der gemäß Ziffer 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt dagegen keine Abstaffelung. Aus der Gegenüberstellung von Abschnitt I. Ziffer 1.1 Satz 2 und Ziffer 4.1 ergibt sich, dass für die Summe der psychotherapeutischen Leistungen nach Ziffer 4.1 die Zeitbezogene Kapazitätsgrenze (ZBKG) an die Stelle der RLV (Abschnitt I. Ziffer 1.1) tritt.

Abschnitt I. Ziffer 4.3, der erst mit dem Beschluss vom 1. Juli 2010 mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 ergänzt wurde, 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 (einheitliches) Vergütungsvolumen zu bilden war, kann die Quotierung nicht tragen. Denn es handelt es sich trotz der systematischen Stellung unmittelbar nach Ziffer 4.2.1 bis 4.2.3, die die Vergütung innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze regeln, um eine Vorschrift zur Finanzierung der genannten Vergütungsansprüche (vgl. die Formulierung in Satz 1 „für die Umsetzung“). Außerdem geht die Regelung selbst davon aus, dass die Leistungen innerhalb der Kapazitätsgrenze „mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung“ zu vergüten sind (vgl. Satz 1). Vor diesem Hintergrund wird auch mit der wortgleich mit Ziffer 2.4, erster Absatz, Satz 2 in Ziffer 4.3 Satz 2 erfolgten Bezugnahme auf Ziffer I., zweiter Absatz, weder explizit eine Quotierung erkennbar noch ein hinreichend klares Indiz für eine an anderer Stelle nur quotiert gestaltete Vergütung, auf die Bezug genommen wird.

Auch die Regelung Abschnitt I. Ziffer 2.4, die mit Beschluss des BewA vom 26. März 2010 zum 1. Juli 2010 neu in Abschnitt I. eingefügt wurde, führt hinsichtlich einer Quotierung der Vergütung nicht weiter. Es handelt sich ebenfalls um eine Vorschrift, die die vertragsärztlichen Leistungen umschreibt, für die eine Steuerung erfolgt (vgl. die Überschrift zu 2. „Benennung der….Leistungen und Fälle, die von der Steuerung durch Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfasst sind“). Ziffer 2.4 enthält dazu Vorgaben für die Bildung des Vergütungsvolumens für psychotherapeutische Leistungen, die entweder der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze oder dem qualifikationsgebunden Zusatzvolumen unterfallen. Finanzierungsregelungen bestimmen, wie die Vergütung zu finanzieren ist, treffen aber keine Regelungen, die den einzelnen Honoraranspruch berühren (vgl. die Überschrift von Ziffer 2.4 „Vergütung und Steuerung…“ sowie Abs. 1 und 3: „werden aus...dem Vergütungsanteil/Verteilungsvolumen...vergütet“). So ist es für die Bestimmung des Honoraranspruchs eines Arztes oder Psychotherapeuten ohne Belag, dass einerseits in Ziffer 2.4, 1. Absatz, für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Vergütungsanteil gemäß Anlage 4, Anhang 1 benannt wird, bei dessen Über- und Unterschreitung sich die Partner der Gesamtverträge einigen müssen und andererseits die nicht antragspflichtigen Leistungen aus einem speziellen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen (Ziffer 3.1.3) gespeist wurden. Dass insgesamt nur ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung steht, ergibt sich bereits aus dem Umstand, dass auch die psychotherapeutischen Leistungen aus der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung zu finanzieren sind (dazu sogleich zu Teil F Abschnitt II. Ziffer 1.).

Soweit Ziffer 2.4 zumindest Rückschlüsse für die Ausgestaltung des Honoraranspruchs und speziell für den Grund und den Umfang von Mengensteuerung zulässt, sprechen Wortlaut und Systematik von Ziffer 2.4 Abs. 1 und 3 dafür, dass innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze zum vollen OPW vergütet werden sollte. Für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ist dies direkt wörtlich in Ziffer 2.4 Abs. 1 Satz 1 angeordnet. Für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen folgt dies aus Abs. 3 Satz 1 und 2; nach Satz 1 werden die n.a.L. innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vergütet; Satz 2 enthält die eindeutige Bestimmung, dass (nur) nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen, die die zeitgebundene Kapazitätsgrenze überschreiten, abgestaffelt zu vergüten sind. Satz 2 nimmt für die Vergütung insoweit sogar explizit die Regelungen zur Vergütung nach dem Regelleistungsvolumen in Bezug (Verweis auf Ziffer 1.1).

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

Für eine Übergangszeit (Konvergenzphase) ermächtigte Teil F Abschnitt II. Ziffer 1. die Partner der Gesamtverträge zur Vermeidung möglicher Verwerfungen im Zuge der Umstellung der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Vergütungssystematik zum 1. Januar 2009 Sonder- bzw. Übergangsregelungen i.S. einer schrittweisen Einführung der in Abschnitt I. neu konstituierten Vergütungsregelungen festzulegen. Das Ende der Konvergenzphase bestimmte der BewA seit dem Beschluss vom 1. Juli 2010 in Abschnitt II. Ziffer 1., 1. Satz, auf den 31. Dezember 2011 (bis zu diesem BewA-Beschluss noch befristet auf den 31. Dezember 2010). Die Regelung der Konvergenzphase galt, wie sich aus Abschnitt II. Ziffer 1., Satz 1, 2. Halbsatz („insbesondere“) ergibt, nicht nur für die RLV, sondern konnte die Vergütungsregelungen der ZBKG nach Abschnitt I. Ziffer 4. erfassen. Voraussetzung war in beiden Fällen, dass diese Konvergenz-Instrumente auf Ebene der Gesamtvertragspartner (vgl. Fußnote 1 des BewA-Beschlusses vom 26. März 2010) der Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen dienten, wenn und weil die Honorarverluste (gerade) durch die Umstellung der (Vergütungs- und Leistungs-) Steuerung (zum 1. Januar 2009) hervorgerufen wurden.

Gemessen daran konnte sich die Quotierung von Leistungen, die innerhalb der ZBKG erbracht wurden, nicht auf die Ermächtigung in Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 2 stützen, weil für diese Leistungen eine Mengensteuerung bereits (abschließend) in Abschnitt I. erfolgt war. Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 2 bestimmte, dass solche Leistungen, die der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung unterlagen, aber außerhalb der RLV vergütet wurden, nur dann einer Steuerung (in der Konvergenzphase zum Schutz vor nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung) unterzogen werden konnten, „soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I. des Beschlusses erfolgt.“ Nach dem folgenden Satz 3 galt diese Begrenzung auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Die Regelung in Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 1 bis 3 stellt eine Auffangregelung dar, die der BewA für alle Fallgestaltungen implementiert hat, die nicht von den zum 1. Januar 2009 neu konzipierten mengensteuernden Regelungen in Abschnitt I., konkret von dem Regelleistungsvolumen (I. Ziffer 1. – 3.) oder der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze (I. Ziffer 4.), erfasst wurden. Abschnitt II. Ziffer 1. lässt damit eine ergänzende Steuerung zu, wenn eine im Zuge der Umstellung mögliche Mengenausweitung sich auf die (begrenzte) morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Arztgruppen auswirkte. Diese Zielrichtung wird bereits daran erkennbar, dass Abschnitt II. Ziffer 1. nur „Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“ erfasst, die „außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet“ werden. Dabei wurden sowohl die vertragsärztlichen Leistungen, die dem RLV unterfielen als auch die psychotherapeutischen Leistungen, für die die ZBKG galt, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Für die RLV ging

Abschnitt I. Ziffer 3.1. davon aus, für die ZBKG ergab es sich indirekt aus dem Verweis in Abschnitt I. Ziffer 4.1 „abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anlage 2“. Die in Bezug genommene Anlage 2 betraf Ärzte, für die nach Abschnitt I. Ziffer 2.1 das RLV zur Anwendung kam (vgl. die Überschrift von Anlage 2). Im Übrigen galt bereits nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V (a.F.) die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten. § 87a Abs. 3 Satz 5, 1. Halbsatz SGB V a.F. traf davon eine Ausnahme für die vertragsärztlichen Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese wurden außerhalb der Gesamtvergütung vergütet. Darüber hinaus konnten nach § 87a Abs. 3 Satz 5, 2. Halbsatz SGB V a.F. die Kassenärztliche Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitere vertragsärztliche Leistungen vereinbaren, die außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wurden, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich war. Eine solche Vereinbarung der Gesamtvertragspartner mit der Ausgliederung aus der MGV existierte für Leistungen der psychotherapeutischen Versorgung nicht, sie unterlagen damit insgesamt der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Sowohl antrags- als auch nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapeuten sind solche, die nach dem Beschluss des BewA „außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen“ i.S. des Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 1 (bzw. Satz 3) vergütet wurden. Abschnitt I. Ziffer 1. – 3. stellte insoweit die Vergütung nach RLV der Vergütung nach Zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen in Abschnitt I. Ziffer 4. gegenüber.

Rechtlich zwingend war diese Gestaltung nicht, der BewA war dazu aber gesetzlich befugt und bewegte sich innerhalb seines Gestaltungsspielraumes (vgl. BSG, Beschluss vom 11. Oktober 2017 – B 6 KA 23/17 B, Rdnr. 9). Das Gericht hat in Anbetracht des Normcharakters für die Beschlüsse des BewA zu prüfen, ob eine ausreichende Rechtsgrundlage besteht und der BewA die äußersten rechtlichen Grenzen seiner Rechtsetzungsbefugnis überschritten hat. § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V a.F. schrieb nur für die antragspflichtigen psychotherapeutischen 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 vor, dass deren genannte Leistungen „außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten“ waren; die n.a.L. wurden nicht genannt. Grund für die gesetzliche Vorgabe war, dass die genannten Leistungen, weil sie zeitgebunden und von den Krankenkassen vorab zu genehmigen sind, von vornherein mengenbegrenzt sind und daher einer weiteren Leistungsmengensteuerung nicht bedurften (Freudenberg in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2. Aufl, § 87b SGB V [Stand: 01.04.2012], Rdnr. 43). Nach § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V a.F. konnten auch weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich war. Als mögliche Leistungsbereiche für Satz 7 kamen nach den Gesetzesmaterialien Dialyse- und Präventionsleistungen in Betracht (Freudenberg in: Schlegel/Engelmann, jurisPK-SGB V, § 87b SGB V [Stand: 26.02.2008], Rdnr. 39). Die Befugnis des BewA, auch die Vergütung nicht antrags- und genehmigungspflichtiger Leistungen außerhalb des RLV zu stellen, ergab sich aus § 87b Abs. 4 Satz 1 i.V.m Satz 2 a.F. Danach hatte der BewA (erstmalig zum 31. August 2008) das Verfahren zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 zu bestimmen sowie Vorgaben zur Umsetzung von Abs. 2 Sätze 6 und 7, also auch betreffend die Vergütung von Leistungen außerhalb von RLV, zu treffen (zur einheitlichen Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der Kapazitätsgrenze zum Orientierungspunktwert, BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – B 6 KA 8/16 R Rdnr. 27).

Soweit Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 1 auch die psychotherapeutischen Leistungen (da außerhalb des RLV vergütet) grundsätzlich für eine begrenzte Zeit (Konvergenzphase letztlich bis 31. Dezember 2011) für eine weitere Mengensteuerung öffnete, nahm er jedenfalls die psychotherapeutischen Leistungen bis zur Grenze der ZBKG insgesamt davon aus. Denn nach der einschränkenden Parenthese in Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 2 war eine weitere Steuerung nur eröffnet, wenn und soweit diese nicht bereits nach Abschnitt I. erfolgt war. Für die antrags- und genehmigungspflichtigen sowie die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen hatte der BewA aber bereits eine Mengensteuerung mit den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen in Abschnitt I. Ziffer 4. vorgenommen. Abschnitt II. Ziffer 1. eröffnete zur Überzeugung des Senats insoweit nur qualitativ noch eine weitere Mengensteuerung, aber nicht quantitativ ein „Mehr an Mengensteuerung“ für solche für Leistungen, die bereits nach Abschnitt I. „mengengesteuert“ waren. Abschnitt II. Ziffer 1. war eine Auffangregelung, die gewährleisten sollte, dass Leistungen, die nach Abschnitt I. weder einem RLV noch sonst einer dort strukturierten Mengensteuerung unterlagen, aber im Rahmen der MGV zu vergüten waren, gleichwohl in der Konvergenzphase einer Mengensteuerung unterzogen werden konnten. Bei anderer Betrachtung würde es für die bereits nach Abschnitt I. einer Mengensteuerung unterzogenen Leistungen an einer näheren Maßgabe des BewA fehlen, wann und in welchem Umfang die Leistungen innerhalb der ZBKG noch einer „weiteren“ Mengensteuerung zugeführt werden sollten und welche Rolle die ZBKG dann noch spielte. Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 2, 2. Halbsatz bestimmte den weiteren Steuerungsauftrag zwar damit, dass einer nachteiligen Auswirkung auf die MGV zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen entgegengewirkt werden sollte. Als Beispiel für eine solche nachteilige Auswirkung beschreibt die Regelung in dem Klammerzusatz aber, wenn auch nur beispielhaft, gerade die Mengenentwicklung als möglichen Auslöser. Einer unerwünschten Mengenentwicklung begegnete aber für die n.a.L. bereits die Einrichtung der ZBKG nach Abschnitt I. Ziffer 4.2.2. Gemeint waren damit u.a. die im folgenden Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 3 umschriebenen „freien Leistungen“, die von Arztgruppen erbracht wurden, die nicht dem RLV und damit – aus Sicht des Senats – insoweit auch keiner sonstigen Mengensteuerung unterlagen. Für alle psychotherapeutischen Leistungen, die innerhalb der ZBKG erbracht wurden, sollte die dem RLV vergleichbare Mengensteuerung hingegen auch in der Konvergenzphase einen „Schutzraum“ gewährleisten.

Abschnitt II. Ziffer 3. rechtfertigt für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen keine andere Betrachtung. Zwar verpflichtete die Regelung die Vertragspartner, die Vorgaben von Abschnitt I. Ziffer 4. und die Rechtsprechung des BSG für die angemessene Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten zwingend zu beachten. Allein aus der Benennung von Leistungen, für die die ZBKG gilt, könnte nach dem Wortlaut und Systematik der Schluss gezogen werden, dass auch

Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze grundsätzlich der weiteren Mengensteuerung in der Konvergenzphase nach Abschnitt II. Ziffer 1. unterliegen sollten, weil es sonst der Vorgaben der Ziffer 3 schlichtweg nicht bedurft hätte. Dies zugrunde gelegt könnte zudem angeführt werden, dass Abschnitt II. Ziffer 3. die Privilegierung gerade nur für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen vorsah. Der Senat geht aber davon aus, dass es sich bei Ziffer 3 lediglich um einen Programmsatz für die Konvergenzphase insgesamt handelte. Dafür spricht seine systematische Stellung nach Ziffer 2., der wie auch Ziffer 4. ebenfalls allgemeine Vorgaben für das Verfahren in der Konvergenzphase beinhaltet. Nicht ausgeschlossen erscheint zudem dass er nur für die Leistungen außerhalb der ZBKG Geltung beanspruchte und in dieser Zielrichtung ebenfalls Auffangcharakter hat.

Das LSG Baden-Württemberg weist im Übrigen zu Recht darauf hin, dass auch das Bundessozialgericht explizit zur Konvergenzregelung in Teil F Abschnitt II Ziffer 1. (Beschlusses des BewA vom 22. September 2009) der Meinung war, dieser ermächtige die Vertragspartner dazu, auf der Ebene der Honorarverteilung die freien Leistungen, die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren und außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina zu vergüten seien, einer Steuerung mittels Quotierung zu unterziehen (aaO, Rdnr. 51 unter Berufung auf BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – B 6 KA 45/12 R Rdnr. 18). Denn allein für diese „freien“ Leistungen könne es, so das Bundessozialgericht, zu einer Mengenausweitung mit der Folge nachteiliger Auswirkungen auf die innerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen kommen. Die innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten Leistungen unterlagen aber bereits einer Mengensteuerung und waren deshalb keine „freien Leistungen“ im obigen Sinne (so die zutreffende Schlussfolgerung des LSG Baden-Württemberg, aaO, Rdnr. 51).

Dieses Auslegungsergebnis wurde – wie auch das LSG Baden-Württemberg zutreffend ausgeführt hat – auch durch den Gesetzgeber selbst geteilt. Dieser ging ausweislich seiner Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-VStG – zu einer Rechtsänderung zum 1. Januar 2012 davon aus, dass 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“ vom „Konzept der zeitlich definierten Obergrenze“ ausging, „innerhalb der sich die Summe der Leistungen ohne Abstaffelung der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung abbildet“ (BT-Drs. 17/6906, S. 65 – Zu Nummer 24 [§ 87b]). Der Gesetzgeber verpflichtete vor diesem Hintergrund die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig (ab 1. Januar 2012) in ihren Honorarverteilungsmaßstäben zur Sicherung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer das obige Konzept aufzugreifen und weiterzuführen („Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ist demzufolge mittels des [obigen] Konzepts zu gestalten“.).

Auf möglicherweise praktische Schwierigkeiten in der Beschaffung der notwendigen Mittel, die sich daraus ergeben könnten, dass Leistungen innerhalb der zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen zu festen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden mussten und gleichzeitig ein nur begrenztes Vergütungsvolumen zur Verfügung stand, kann sich die Beklagte nicht berufen. So erfolgte ab dem 1. Oktober 2010 die Vergütung der antrags- und nicht antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze zum Euro-Gebührenwert zwar aus einem einheitlich gebildeten Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt I. Ziffer 4.3 des Beschlusses des BewA (vgl. zur Bemessung § 10 Abs. 1 der Anlage 1 HV 2010 in der Fassung der 2. Änderungsvereinbarung vom 24. Juni 2010). Es bedurfte insoweit aber einer realitätsgerechten Bemessung des Verteilungsvolumens und ggf. ergänzender Instrumente seitens der Gesamtvertragspartner, um für die garantierte Vergütung Vorsorge zu treffen und dabei gleichzeitig die Vorgabe des Teil F Abschnitt I. zweiter Absatz Satz 2 a.E. des Beschlusses des BewA vom 1. Juli 2010 zu wahren, wonach eine Nachschusspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen war. Für die Frage, ob der Kläger bei Einhaltung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze einen Anspruch auf unquotierte Vergütung hat, ist allein entscheidend, ob der BewA in Bezug auf eine Quotierung eine entsprechende Vorgabe getroffen hat. Das ist jedoch nicht der Fall. Für die Entscheidung des Senats ist es daher ohne Relevanz, welche Möglichkeiten der Beklagten offenstehen, die geschuldete (Nach-)Vergütung aufzubringen.

cc. Der BewA hat mit dem Beschluss zur Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zum OPW die rechtlichen Grenzen seiner Rechtsetzungsbefugnis gewahrt. Der Bewertungsausschuss überschreitet den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn seine getroffene Regelung in einem „groben Missverhältnis“ zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht oder sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind. Vergütungsregelungen können von sachfremden Erwägungen getragen sein, weil eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt wird oder es im Lichte von Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. für die ungleiche Behandlung von im Wesentlich gleich gelagerten Sachverhalten gibt (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. April 2021 – L 5 KA 4152/18, Rdnr. 56; BSG, Beschluss vom 27. Januar 2021, B 6 A 1/19 R, Rdnr. 9ff. [MedR 2021, S. 752] mit Hinweis auf B 6 KA 29/17 R, dort Rdnr. 12 und B 6 KA 31/19 R, dort Rdnr. 41; BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – B 6 KA 8/16 R Rdnr. 35; Urteil des Senats vom 22. September 2021 – L 7 KA 47/18 KL).

Im Hinblick auf die Vergütung auch der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zum vollen Punktwert bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass der BewA seinen Gestaltungsspielraum überschritten oder höherrangiges Recht (insbesondere Grundrechte) verletzt hat. § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V a.F. verpflichtet ihn, die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen so auszugestalten, dass eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleistet wird. Die Art und Weise obliegt seiner Gestaltungsmacht. Die Ausbildung von zeitlichen Kapazitätsgrenzen, innerhalb derer auch die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen abstaffelungs- und quotierungsfrei zu vergüten waren, war damit – auch zur Herstellung von Honorarverteilungsgerechtigkeit – zwar nicht zwingend vorgegeben. Psychotherapeutische Leistungen dürfen einer Mengenbegrenzung im Allgemeinen und auch einer Quotierung im Besonderen unterzogen werden (dazu bereits oben, BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – B 6 KA 37/17 R – Rdnr. 67; Beschluss vom 11. Oktober 2017 – B 6 KA 23/17 B Rdnr. 9 ff., Rdnr. 11). Die ZBKG war dem BewA aber jedenfalls als ein Instrument zur Honorarsicherung für die Psychotherapeuten auch für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen eröffnet. Speziell für die probatorischen Leistungen als den neben den antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen

zentralen Leistungen spricht einiges dafür, sie aus der Gesamtvergütung der "ausgedeckelten" Leistungen der Kontingentbildung auszunehmen, um eine „angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit“ i.S. des § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V a.F. (Satz 4 n.F.) (zu) gewährleisten (in diese Richtung BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – B 6 KA 37/17 R – Rdnr. 67).

Jedenfalls kann in Anbetracht der klar erkennbaren Gleichstellung der Vergütung von antrags- und nicht antragspflichtigen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus Sicht des Senates offenbleiben, ob dies im BewA-Beschluss vom 22. September 2009 deshalb geschah, um den Leistungserbringern eine „Verrechnungsmöglichkeit“ für beide Leistungsbereiche innerhalb der Kapazitätsgrenze zu eröffnen (so die Annahme des Sächsischen LSG, Urteil vom 25. April 2018 – L 1 KA 4/16, Rdnr. 86 unter Berufung auf eine im Verfahren des Sozialgerichts Bremen – S 30 KA 39/11 – erteilte Auskunft der Beigeladenen zu 1; dazu LSG Baden-Württemberg, aaO, Rdnr. 58). § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V a.F. selbst bezieht die Vorgabe der Angemessenheit auf die psychotherapeutischen Leistungen insgesamt (so auch BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017 – B 6 KA 8/16 R Rdnr. 27). Eine der Höhe nach gleiche Vergütung von antrags- und nicht antragspflichtigen Leistungen innerhalb der dafür gebildeten zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen ist in Anbetracht dieser gesetzgeberischen Wertung auch vor Art. 3 Abs. 1 GG nicht weiter rechtfertigungsbedürftig. Soweit die Beklagte schließlich geltend macht, damit würden im Ergebnis die nicht antragspflichtigen Leistungen ungerechtfertigt bessergestellt als die antragspflichtigen Leistungen nach Ziff. 4.2.1, weil letztere neben der ZBKG noch einem Antrags- und Genehmigungsverfahren bei der Krankenkasse unterliegen, die nicht antragspflichtigen Leistungen dagegen nicht, verfängt das nicht. Es liegt darin keine i.S. des Art. 3 Abs. 1 GG ungerechtfertigte Gleichbehandlung. Der Zweck des Antrags- und Genehmigungsverfahrens besteht darin, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu gewährleisten, nicht dagegen darin, die Leistungen für die Versicherten einer Mengenbegrenzung zu unterziehen.

Die Revision war nicht zuzulassen. Das Verfahren hat keine grundsätzliche Bedeutung i.S. von § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG. Dazu müsste sich eine Rechtsfrage stellen, deren Klärung über den zu entscheidenden Einzelfall hinaus aus Gründen der Rechtseinheit oder Rechtsfortbildung im allgemeinen Interesse erforderlich ist (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/B. Schmidt, 13. Aufl., 2020, § 160 SGG Rdnr. 6). Eine grundsätzliche Bedeutung ist in zahlreichen Streitigkeiten des Vertragsarztrechts zu verneinen, wenn allein die richtige oder falsche Anwendung eines Tatbestandsmerkmals streitig ist und es sich um ein solches mit kurzer Geltungsdauer handelt und im Zeitpunkt der Entscheidung (z.B. des BSG) eine über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung nicht mehr erkennbar ist (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/B. Schmidt, 13. Aufl., 2020, § 160 SGG Rdnr. 7a). Allein dass eine Vielzahl von Streitigkeiten zwischen den Beteiligten besteht, führt noch nicht zu einer grundsätzlichen Bedeutung (für die Allgemeinheit). Die Auslegung betrifft im Fall des Klägers ausgelaufenes Recht. Allein aus der Tatsache, dass hinsichtlich der Streitfrage eine Vielzahl von Quartalen betroffen ist und eine Vielzahl psychotherapeutischer Leistungserbringer Widerspruch und Klage eingelegt hat, die teilweise zum Ruhen gebracht wurden, ergibt sich keine grundsätzliche Bedeutung.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1 und 3, 162 Abs. 3 der Verwaltungsgerichtsordnung.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-05-17