L 7 KA 2/18

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 87 KA 197/14
Datum
29.11.2017
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 2/18
Datum
17.11.2021
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 6/22 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Den Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 1. Juli 2010 ist für das Quartal I/11 keine Ermächtigung zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit einem geringeren Punktwert als den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten; das betrifft gleichermaßen antrags- wie nicht antragspflichtige Leistungen. Die gegenläufige honorarvertragliche Regelung ist wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig.

Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. November 2017 und der Honorarbescheid des Klägers für das Quartal I/11 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2012 geändert. Die Beklagte wird verpflichtet, über den Honoraranspruch des Klägers im Quartal I/11 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.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten im Berufungsverfahren noch über die Vergütung der vom Kläger im Quartal I/11 erbrachten sonstigen nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.1 EBM (außer Probatorik nach EBM-Nr. 35150).

Der Kläger ist seit dem 1. März 2003 als psychologischer Psychotherapeut zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung in B zugelassen. Seit dem 1. Juni 2008 führt er seine Praxis im Verwaltungsbezirk F.

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

Die ihm zugewiesene zeitbezogene Kapazitätsgrenze (30.853 Minuten) unterschritt er um 8.961 Minuten. Für antrags- und genehmigungsbedürftige Leistungen sowie für probatorische Sitzungen (EBM-Nr. 35150) erhielt er die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach dem Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent.

Auf die übrigen nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen entfiel ein Honorar in Höhe von 1.898,98 Euro, das die Beklagte nach einem quotierten Punktwert von 2,381 Cent berechnete; wären auch diese Leistungen nach dem Orientierungspunktwert vergütet worden, hätte das Honorar des Klägers sich insoweit auf 2.787,93 Euro belaufen und er hätte ein 888,95 Euro höheres Honorar bezogen.

Der quotierte Punktwert von 2,381 Cent entsprach demjenigen für die „mengenbegrenzenden Maßnahmen“ gemäß Anlage 1 § 10 Abs. 1 zum Honorarvertrag 2011 (Honorarvertrag über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für das Vertragsgebiet Berlin für den Zeitraum 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2011 [im Folgenden: HV 2011]).

§ 10 Abs. 1 Anlage 1 HV 2011 bestimmte:

„Für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen 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. Aus diesem Vergütungsvolumen werden die Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des EBM-Abschnitts 35.2 für die in § 87b Abs. 2 SGB V genannten Arztgruppen unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzung gemäß § 14 Abs. 2 i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 und die übrigen, nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen für die in § 9 Abs. 1 genannten Arztgruppen bis zur Höhe der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Reicht 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 am 01. Juli 2010 insbesondere im Bereich der probatorischen Leistungen nach § 23a Abs. 1 Nr. 1 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben des § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V und der Rechtsprechung des BSG quotiert. Der Anteil der die zeitbezogenen Kapazitätsgrenze überschreitenden übrigen, nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen wird aus dem Abzug gemäß § 4 Nr. 8 i.V.m. § 13 Abs. 2 vergütet.“

Mit seinem Widerspruch rügte der Kläger die nur quotierte Vergütung der erbrachten nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen und die Angemessenheit der Vergütung im Übrigen. Sämtliche nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen seien im Rahmen der Kapazitätsgrenze nach den Werten der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. Dezember 2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Quotierung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen entspreche den Vorgaben des Bewertungsausschusses, insbesondere in seinem Beschluss vom 22. September 2009 (199. Sitzung) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2010 sowie zum 1. Juli 2010, dort Teil F Abschnitt II. („Konvergenzphase“). Danach könnten auch „freie Leistungen“ einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Ursache für die Einführung der Mengenbegrenzungsregelung für die „freien Leistungen“ sei der Verfall der Fallwerte im Regelleistungsvolumen trotz gleichbleibender Gesamtgeldmenge um etwa 15 Prozent im Quartal I/10 gegenüber dem Quartal I/09. Dies habe zum 1. Juli 2010 zur Anlage 1 im Honorarvertrag 2010 geführt, welche mengenbegrenzende Maßnahmen ermögliche. Man habe im Sinne der Sicherung einer flächendeckenden Versorgung keine andere Möglichkeit des Eingreifens gehabt als die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegenden, aber innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen ebenfalls einer Mengenbegrenzung zu unterziehen. Der Bewertungsausschuss habe hingegen nur eine Quotierung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ausgeschlossen. Für die Quartale IV/2010 und I/2011 ergebe sich die Ermächtigungsgrundlage für die Quotierung der n.a.L. aus dem Beschluss des BewA vom 1. Juli 2010 (228. Sitzung) mit Wirkung zum 1. Oktober 2010. Gemäß dessen Teil F Abschnitt I. Ziffer 4.3 sei für die Umsetzung der Vergütung der a.L. und n.a.L. mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze ein Vergütungsvolumen aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt I. Ziffer 2.4 erster Absatz sowie dem für die in Ziffer 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I. Ziffer 3.1.1 zu bilden. Über das Verfahren bei Unter- oder Überschreitung des Verteilungsvolumens nach Satz 1 einigten 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 Bundessozialgerichts.

Auf die hiergegen erhobene Klage hat das Sozialgericht Berlin die Beklagte mit Urteil vom 29. November 2017 verpflichtet, über die Vergütung des Klägers im streitigen Quartal in Bezug auf die antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen neu zu entscheiden und die Klage im Übrigen abgewiesen.

Zur Begründung hat das Sozialgericht in Bezug auf die nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen im Wesentlichen ausgeführt: Die vorgenommene Quotierung und die zugrunde liegenden Regelung im Honorarvertrag seien rechtmäßig. Die Rechtsgrundlage der vom Kläger beanstandeten Quotierung liege in § 10 Abs. 1 der Anlage 1 des Honorarvertrages 2011 für das Quartal

I/11 vom 30. Dezember 2010. Wenn – wie im Quartal I/11 – das gebildete Vergütungsvolumen nicht ausreiche, dürften die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen niedriger vergütet werden. Die Regelung verstoße nicht gegen höherrangiges Recht. § 87b Abs. 2 Sätze 6 und 7 i.V.m. § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V (a.F.) ermächtige den BewA nicht nur Vorgaben dazu zu machen, welche Leistungen außerhalb der RKV vergütet würden, sondern auch Vorgaben zu erlassen, die sich auf die Modalitäten der Vergütung dieser Leistungen bezögen (Hinweis auf B 6 KA 6/16 R Rdrn. 16 ff.). Die konkrete Quotierung stehe in Übereinstimmung mit den Vorgaben des BewA. Teil F Abschnitt II. Ziffer 1. Sätze 2 und 3 des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 erlaubten eine Ausnahme von der Vorgabe in Teil F Abschnitt I. Ziffer 4.1 und 4.2, wonach die innerhalb der ZBKG erbrachten Leistungen unabgestaffelt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien. Die mit dem Beschluss des BewA vom 1. Juli 2010 eingeführte Ziffer 4.3 enthalte nunmehr die Ermächtigung dafür, dass sich die Gesamtvertragspartner über ein Verfahren der Quotierung bei Über- oder Unterschreitung des gemeinsamen Vergütungsvolumens der a.L. und n.a.L. einigen durften. Nur für die a.L. sei diese Grundlage dann durch die Vorgabe in Abschnitt II. Ziffer 3. eingeschränkt worden. Für die n.a.L. stelle die ZBKG demnach keine absolute Grenze der weiteren Steuerung dar. 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 genehmigungspflichtigen 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). Diese Vorgabe habe die Beklagte beachtet.

Gegen das ihm am 13. Dezember 2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 9. Januar 2018 Berufung eingelegt, mit der er allein für die n.a.L. – außer der Probatorik – eine höhere, nämlich unquortierte Vergütung verfolgt. Zur Begründung führt er im Wesentlichen an: Zuzustimmen sei dem Sozialgericht, dass Teil F Abschnitt II. Nr. 1 Satz 2 des Beschlusses des BewA vom 26. März 2010 wegen seines nachfolgenden Satzes 3 auch für Arztgruppen gelte, für die kein Regelleistungsvolumen (RLV), sondern die zeitbezogene Kapazitätsgrenze (ZBKG) gelte. Nicht richtig sei dagegen, dass Satz 2 dagegen spreche, dass nur Leistungen außerhalb einer ZBKG einer weiteren Steuerung unterzogen werden könnten. Denn die Einbeziehung der Ärzte mit dem ZBKG sei gerade durch Abschnitt II. Nr. 1 Satz 3 des Beschlusses erfolgt. Teil F Abschnitt II. Ziffer 3. des BewA-Beschlusses (vom 26. März 2010) spreche nicht gegen die klägerische Auffassung. Er greife nur ein, wenn auch Ziffer 1. eingreife, wenn also die Mengensteuerung nicht bereits nach Abschnitt I. erfolge. Damit sei aber nicht gesagt, dass die nicht antragspflichtigen Leistungen (n.a.L.) dem Schutzbereich der ZBKG entzogen seien, sondern nur, dass im Fall der Überschreitung der ZBKG im Fall der a.L. trotzdem die die in Ziffer 3. genannten Vorgaben zur Anwendung gelangten. Da der Kläger aber in beiden Leistungsbereichen unterhalb der ZBKG abgerechnet habe, seien die n.a.L. ohne Quotierung zu vergüten. Im Lichte der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts müssten die neu eingeführten ZBKG dem vom Bundessozialgericht nur für die a.L. ausdrücklich gebildeten „Schutzraum“ zugeordnet werden. Dies bewirke auch eine Austauschbarkeit der Leistungen innerhalb des Umfangs der ZBKG. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts sei die Parenthese in Teil F Abschnitt II. Ziffer 1., 2. Satz nicht so zu lesen, dass eine Steuerung i.S. des Abschnitt I. gemeint sein könne. Auch die mit Beschluss des BewA vom 1. Juli 2010 mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 in Abschnitt I. eingefügte Ziffer 4.3 biete keine Rechtsgrundlage für die Quotierung. Es handele sich dabei um eine Finanzierungs- und keine Vergütungsregelung, deren Adressaten nicht die einzelnen Leistungserbringer seien. Die Regelung sehe u.a. eine Vereinigung von zwei verschiedenen Vergütungsvolumina zu einem einzigen für die antrags- und nicht antragspflichtigen Leistungen vor. Eine für die a.L. parallele Verpflichtung der Gesamtvertragspartner finde sich im Übrigen in Abschnitt I. Ziffer 2.4 Abs. 1 des Beschlusses vom 26. März 2010, wonach diese sich u.a. im Fall der Überschreitung des Vergütungsvolumens einigen müssten, wie sie die Vergütung zum OPW für die psychotherapeutischen Leistungen sicherstellten. Auch die Tatsache, dass Abschnitt I. Ziffer 4.2.1 nur für die a.L. einen bundeseinheitlich festgelegten Grenzwert enthalte, in Ziffer 4.2.2 dagegen ein (regional schwankender) Anteil festzulegen sei, spreche nicht dagegen, dass es sich dabei insgesamt um eine absolute Grenze handele, innerhalb derer die Leistungen nach der festen Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien. Sinn der Einrichtung eines einheitlichen Vergütungsvolumens zum 1. Oktober 2010 sei es gewesen, eine Substitution der beiden Leistungen innerhalb der ZBKG zu gewährleisten. Dies würde konterkariert, wenn innerhalb der Gesamt-ZBKG dann wieder hinsichtlich der Vergütung nach den antrags- und nicht antragspflichtigen Leistungen unterschieden würde. Bei anderer Betrachtung würde die Vollauslastungshypothese des Bundessozialgerichts, mit der eine Mindestvergütung für Psychotherapeuten garantiert werden sollte, unterlaufen. Im Übrigen unterlägen auch die n.a.L. – anders als dies das Sozialgericht zugrunde gelegt habe – einer in der Abrechnungsbestimmung vorgegebenen Zeitvorgabe mit einer Mindestdauer von jeweils 10 Minuten. Er verweise zur weiteren Begründung auf seinen Vortrag in der parallel vor dem Senat geführten Streitsache L 7 KA 27/16. Die zum dort streitigen Quartal II/2010 aufgeführten weiteren Argumente mache er sich auch für das Quartal I/2011 zu eigen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. November 2017 sowie den Honorarbescheid für das Quartal I/11 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2012 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, über die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen für das Quartal I/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise die Revision zuzulassen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend, soweit der Kläger sie mit der Berufung angreift. Soweit sich der Kläger u.a. auf ein Urteil des LSG Sachsen vom 25. April 2018 (L 7 KA 4/16) berufe, folge dem die Beklagte nicht und sehe sich durch andere untergerichtliche Rechtsprechung hierin bestätigt. So gehe z.B. das Sozialgericht Bremen davon aus, dass mit der im Änderungsbeschluss des BewA vom 1. Juli 2010 eingefügten neuen Regelung in Teil F Abschnitt I. Ziffer 4.3 den Partnern der Gesamtverträge die Möglichkeit gegeben sei, bei Überschreitung des Vergütungsvolumens von der in Teil F Abschnitt I. Ziffer 2.4 und Ziffer 4.1 in der Fassung des Beschlusses vom 26. März 2010 statuierten Verpflichtung abzuweichen, wonach die n.a.L. innerhalb der ZBKG mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien. Außerdem würde der darin enthaltene Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Vorgaben zur Mindestvergütung leerlaufen, hätte der BewA nicht auch eine Quotierung dieser Leistungen für möglich gehalten. Im Übrigen habe das Bundessozialgericht in seinen Urteilen vom 11. Oktober (u.a. B 6 KA 37/17 R) die Rechtmäßigkeit der Quotierung von n.a.L. bestätigt.

Mit Bescheid vom 15. April 2020 hat die Beklagte dem Kläger für das Quartal I/11 eine Nachvergütung in Bezug auf die erbrachten antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen in Höhe von 90,30 Euro gewährt. Diese Nachvergütung beruht auf einer Höherbewertung der dieser Leistungen aus EBM-Abschnitt 35.2 durch den Bewertungsausschuss.

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 I/2011, auch ohne die Probatorik, überschritten war.

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

1. Allein noch streitig ist im Berufungsverfahren eine höhere Vergütung für die n.a.L. im Quartal I/2011 in Höhe von 888,95 Euro. Die Differenz ergibt sich daraus, dass die Beklagte zwar für die n.a.L. in Gestalt der probatorischen Sitzungen eine Vergütung in Höhe von 3,5048 Cent pro Punkt berechnete, die übrigen n.a.L. jedoch unterhalb dieses Wertes mit nur 2,381 Cent vergütete. Hätte die Beklagte die einzelnen Leistungen der übrigen n.a.L. gänzlich unquotiert vergütet, d.h. auf der Basis des OPW-Wertes von 3,5048 Cent, hätte der Kläger eine höhere Vergütung in der obigen Höhe erhalten. In der Sache streiten die Beteiligten damit weiter über die Frage, ob die auf dem Honorarvertrag (2011) beruhende quotierte Vergütung der n.a.L. (ohne die Probatorik) 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 I/2011 beruhenden ZBKG erbracht wurden.

a. Rechtsgrundlage der Vergütung der n.a.L. im Quartal I/2011 ist § 7 Abs. 1 und Abs. 2 i.V.m. Anlage 1 HV 2011. Die erbrachten und abgerechneten Leistungen wurden Ärzten und Psychotherapeuten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 HV 2011 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 2011). 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 2011 mengenbegrenzende Maßnahmen, in Gestalt einer Befugnis zur Quotierung der Vergütung für n.a.L. vereinbart.

Nach § 10 Abs. 1 Satz 3 Anlage 1 HV 2011 hat die Beklagte die n.a.L. des Klägers im Quartal I/2011 einer Quotierung unterzogen, weil das für die Vergütung der in § 10 Abs. 1 Satz 1 Anlage 1 zum HV 2011 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 I/2011keine 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 2011 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 dem u.a. für das hier streitige Quartal I/2011 in den dortigen Entscheidungsgründen näher entwickelten Auslegungsergebnis 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 (Abschnitt I. Ziffer 1. – 3.) oder der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze (Abschnitt 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 Teil F Abschnitt II. Ziffer 1. Satz 1 des BewA-Beschlusses vom 26. März 2010 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 vom 1. Juli 2010 (vgl. zur Bemessung § 10 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 1 HV 2011). 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, a.a.O., 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 Verwaltungsgerichtsordnung.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-05-20