

L 5 KA 1717/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

5

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 11 KA 2763/12

Datum

15.04.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KA 1717/15

Datum

26.04.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15.04.2015 abgeändert und die Klage insgesamt abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 9.700,00 EUR endgültig festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt höheres Honorar für das Quartal 1/2010.

Die Klägerin ist eine ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft - BAG - (Gemeinschaftspraxis). Ihr gehören der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. D. und der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. E. an; beide Ärzte nehmen mit Sitz in H. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Mit Beschlüssen vom 03.11.2004, 09.11.2005 und 15.03.2006 hatte der bei der Beklagten errichtete Zulassungsausschuss für Ärzte (ZA) den Dres. E. und D. Genehmigungen für die Anstellung des Arztes L., des Dr. G. bzw. der Ärztin U. erteilt und jeweils Leistungsbeschränkungen nach Maßgabe des [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. mit den einschlägigen Regelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BedarfsplRL) - als Gesamtpunktzahlen bzw. Euro-Obergrenzen bei Jobsharing - festgesetzt.

Mit Bescheid vom 09.12.2009 wies die Beklagte der Klägerin für jeden Arzt der BAG für das Quartal 1/2010 ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen (RLV) von 17.000,24 EUR zu. Das RLV der Klägerin wurde zzgl. eines Aufschlags von 10% (u.a.) für BAGen auf insgesamt 37.400,53 EUR festgesetzt.

Mit Honorarbescheid vom 15.07.2010 setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin für das Quartal 1/2010 auf 140.560,32 EUR fest (Fälle 1.321, RLV anerkannt 28.136,34 EUR (Dr. D. 12.541,10 EUR, Dr. E. 15.595,24 EUR)); das RLV wurde (unter dem 13.07.2010) für jeden Arzt der BAG auf 16.937,76 EUR, für die Klägerin zzgl. des Aufschlags von 10% (u.a.) für BAGen auf 37.263,07 EUR festgesetzt. Wegen Überschreitung der festgesetzten Euro-Obergrenze bei Jobsharing wurde eine Leistungsanforderung von 8.604,67 EUR nicht anerkannt (anerkannte Leistungsanforderung: 156.637,04 EUR). Die Klägerin hatte in erheblichem Umfang konservativ-belegärztliche Leistungen erbracht und auf Belegarztschein abgerechnet; diese wurden als freie Leistungen (außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) vergütet. Für konservativ-belegärztliche Leistungen des Kapitels 36 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM) - Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich (im Folgenden: EBM-Belegarztkapitel) - wurde eine Vergütung i.H.v. 11.132,51 EUR und für außerhalb des EBM-Belegarztkapitels abgerechnete konservativ-belegärztliche Leistungen eine Vergütung i.H.v. 66.397,05 EUR festgesetzt (Summe belegärztliche Leistungen 77.529,56 EUR). Die außerhalb des EBM-Belegarztkapitels erbrachten Belegarztleistungen wurden mit dem allgemeinen Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent vergütet. Auf die Belegarztleistungen des EBM-Belegarztkapitels wurde ein besonderer (geförderter) Punktwert von 4,0441 Cent angewendet. Dies beruhte auf § 9 Abs. 1d der zwischen der Beklagten und den Beigeladenen gemäß [§ 73a](#) i.V.m. [§ 83 SGB V](#) - als Strukturvertrag - abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung für 2010 (Vergütungsvereinbarung 2010). Danach wurden zur Vergütung der bereichseigenen Leistungserbringer leistungsbezogene Zuschläge für belegärztliche Leistungen des Kapitels 36 EBM i.H.v. 0,5393 Cent vereinbart; daraus ergab sich der besondere (geförderte) Punktwert von 4,0441 Cent. (Förder-)Zuschläge (in unterschiedlicher Höhe) wurden außerdem für Substitutionsbehandlungen nach Abschnitt 1.8 EBM, für ambulantes Operieren und für Leistungen des organisierten Notfalldienstes vereinbart. Die Finanzierung der Zuschläge (die Aufbringung der Fördermittel) war in § 9 Abs. 3 der Vergütungsvereinbarung

2010 geregelt.

Am 04.08.2010 erhob die Klägerin Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 15.07.2010 für das Quartal 1/2010; eine Widerspruchsbegründung wurde nicht vorgelegt.

Mit Schreiben vom 03.06.2011 beantragte die Klägerin beim ZA die Neufestsetzung der Leistungsbeschränkungen bei Jobsharing. Die Euro-Obergrenzen bei Jobsharing müssten in Bezug auf die Quartale 1/2009 und 2/2009 wegen der Höherbewertung der psychiatrischen Gesprächsleistungen ab dem Quartal 3/2009 um einen Zuschlag von 24,25% einschließlich der entsprechenden Anpassung des 3%igen Fachgruppenaufschlags erhöht werden. In dem Antrag heißt es u.a.: "Aus hiesiger Sicht kommt dem Antrag keine Rückwirkung zu, d.h. die vorzunehmende Anpassung wird erst wirksam mit dem entsprechenden Beschluss des Ausschusses".

Mit Beschluss vom 20.07.2011 setzte der ZA die für die Klägerin maßgeblichen Euro-Obergrenzen bei Jobsharing wie folgt neu fest:

Quartal 1/Kalenderjahr 177.877,12 EUR Quartal 2/Kalenderjahr 177.061,96 EUR Quartal 3/Kalenderjahr 160.104,84 EUR Quartal 4/Kalenderjahr 163.430,35 EUR

Die Dres. E. und D. hätten die (von der Beklagten neu berechneten) Euro-Obergrenzen bei Jobsharing im Rahmen neuer Verpflichtungserklärungen anerkannt. Dem Antrag vom 03.06.2011 werde stattgegeben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.04.2012 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin gegen den Honorarbescheid für das Quartal 1/2010 zurück. Der Honorarbescheid sei rechtmäßig.

Am (Montag, dem) 14.05.2012 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Sie trug vor, sie wende sich gegen die Festsetzung des Honorars für belegärztliche Leistungen. Sie sei im Zuständigkeitsbereich der Beklagten (möglicherweise sogar bundesweit) die einzige nervenärztliche Praxis, die seit langer Zeit auch (psychiatrisch, psychotherapeutisch und neurologisch) belegärztlich tätig sei. Daraus erziele sie knapp 50% ihres Umsatzes. Die Beklagte habe belegärztliche Leistungen bis Ende 2008 mit einem erhöhten Punktwert von ca. 4,6 Cent gefördert. Mit der Neuordnung des vertragsärztlichen Vergütungsrechts zum 01.01.2009 sei diese Förderung weggefallen. Belegärztliche Leistungen würden seitdem - wie alle anderen vertragsärztlichen Leistungen - mit dem allgemeinen Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent vergütet. Zum 01.01.2010 sei es der Beklagten aber gelungen, belegärztliche Leistungen durch Abschluss entsprechender Verträge mit den Krankenkassenverbänden erneut mit einem besonderen (höheren) Punktwert von nunmehr (dauerhaft) 4,0441 Cent zu fördern. Die erneute Förderung des Belegarztwesens ab 01.01.2010 unterscheide sich allerdings wesentlich von der bis Ende 2008 praktizierten Förderung. Sie beschränke sich nämlich anders als zuvor auf die belegärztlichen Leistungen des EBM-Belegarztkapitel (Kapitels 36 EBM). Das EBM-Belegarztkapitel habe seinen Schwerpunkt in der operativ-belegärztlichen Tätigkeit. Die konservativ-belegärztliche Tätigkeit werde nur im Abschnitt 36.6 EBM äußerst nachrangig berücksichtigt und habe ersichtlich nur ergänzenden Charakter (Strukturpauschalen mit Gebührenordnungsposition (GOP) 36861 und 36867 EBM). Die belegärztliche Tätigkeit von Praxen, in der - wie in ihrer Praxis - ausschließlich nichtoperative (konservative) Behandlungen belegärztlich erbracht würden, werde durch das EBM-Belegarztkapitel daher nicht abgebildet; das beruhe offenbar auf der absoluten Seltenheit solcher Praxen. Auch die konservativ-belegärztliche Tätigkeit sei freilich eine belegärztliche Tätigkeit, bei der zusätzlicher Aufwand für stationäre Leistungen anfallt und für die der Förderungsgedanke des Belegarztwesens gleichermaßen gelte. Mit der Beschränkung der Belegarztförderung auf Leistungen des Kapitels 36 EBM werde sie daher rechtswidrig ungleich behandelt. Die von ihr außerhalb des Kapitels 36 EBM erbrachten konservativ-belegärztlichen Leistungen müssten ebenfalls gefördert werden. Sie wende sich außerdem gegen die Nichtanerkennung einer Leistungsanforderung von 8.604,67 EUR wegen Überschreitung der Euro-Obergrenze bei Jobsharing. Der ZA habe die Euro-Obergrenze bei Jobsharing durch Beschluss vom 20.07.2011 mit Wirkung ab 01.07.2009 für das (hier streitige) erste Quartal eines Jahres (hier Quartal 1/2010) auf 177.877,12 EUR erhöht. Nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 28.08.2013, - [B 6 KA 36/12 R](#) -, in juris) könnten die für das Jobsharing festgesetzten Leistungsbeschränkungen auch rückwirkend geändert werden.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie trug vor, jeder Vertragsarzt müsse alle wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets anbieten. Er habe keinen Anspruch darauf, dass bei Honorarbegrenzungsregelungen selbst gewählte Praxisausrichtungen und (spezialisierte) Praxisstrukturen berücksichtigt würden. Spezialisiere sich der Arzt innerhalb seines Fachgebiets auf Teilgebiete oder wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich unter einer größeren Zahl von Leistungen nicht mehr möglich sei, gehe das zu seinen Lasten. Es sei nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss (BewA) die nicht-operativen (konservativen) belegärztlichen Leistungen im EBM fehlerhaft bewertet hätte. Der EBM habe nicht nur die Aufgabe, einzelne ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung medizinischer, betriebswirtschaftlicher und sonstiger Gesichtspunkte zu bewerten. Er müsse auch das ärztliche Leistungsverhalten steuern, was die Einführung ergänzender Bewertungsformen, wie Komplexgebühren, erlaube und auch gebiete, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung zu erreichen. Bei der vertraglichen Normsetzung (und damit auch beim Erlass des EBM) komme dem Normgeber (dem BewA) ein (weiter) Gestaltungsspielraum zu, der die gerichtliche Rechtskontrolle beschränke. Gerichtliche Eingriffe in das Tarifgefüge des EBM hätten daher - auch bei der Behauptung, Leistungen könnten nicht kostendeckend erbracht werden - grundsätzlich zu unterbleiben. Die Klägerin könne daher nicht geltend machen, ihre konservativ-belegärztliche Tätigkeit werde im EBM nicht ausreichend abgebildet. Die Gesamtvertragspartner hätten im Rahmen der Förderung ambulanter Operationen und belegärztlicher Leistungen nach Kapitel 36 EBM für das Quartal 1/2010 (Punktwert-)Zuschläge vereinbart. Gemäß § 9 Abs. 1d der Vergütungsvereinbarung für 2010 würden die belegärztlichen Leistungen nach Kapitel 36 EBM mit einem Zuschlag von 0,5393 Cent/Punkt vergütet; daraus ergebe sich bei einem allgemeinen Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent ein Auszahlungspunktwert von 4,0441 Cent. Zu den belegärztlichen Leistungen des Kapitels 36 EBM gehörten die belegärztlich-operativen und die belegärztlich-konservativen Leistungen, so dass letztere in gleichem Maße gefördert würden. Für Regelungen dieser Art stehe den Gesamtvertragspartnern (ebenfalls) ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Dessen rechtliche Grenzen seien hier gewahrt. Davon abgesehen könne der Vertragsarzt nur die rechtliche Wirksamkeit der ihn unmittelbar verpflichtenden Regelungen eines Gesamtvertrags nach [§ 83 SGB V](#), etwa Vorgaben zur Leistungsabrechnung oder zur Begründung von Leistungsansätzen, in einem vergütungsrechtlichen Rechtsstreit inzident überprüfen lassen, nicht jedoch die Vereinbarung der vertragsärztlichen (Gesamt-)Vergütung. Dies gehöre zum obligatorischen (nicht zum normativen) Teil des Gesamtvertrags, der Rechte und Pflichten (nur) für die Vertragspartner begründe und kraft besonderer Regelungen auch für die Krankenkassen gelte, sich auf sonstige Dritte, auch auf Vertragsärzte, aber allenfalls mittelbar-faktisch auswirke (vgl. BSG, Urteil vom 31.08.2005, - [B 6 KA 6/04 R](#) -, in juris). Der Vertragsarzt könne nur beanspruchen, dass er bei der Honorarverteilung

angemessen berücksichtigt werde. Die Rechtskontrolle der Vergütungsvereinbarung sei im Übrigen Aufgabe der Aufsichtsbehörden. Der ZA habe die Euro-Obergrenzen bei Jobsharing durch Beschluss vom 20.07.2011 nicht rückwirkend zum Quartal 3/2009 erhöht. Im Antrag vom 03.06.2011 habe die Klägerin die Erhöhung der Euro-Obergrenzen bei Jobsharing - in Bezug auf die Quartale 1/2009 und 2/2009 - auch nicht rückwirkend beantragt. Das gehe aus der Antragsbegründung hervor, wonach die vorzunehmende Anpassung erst ab dem Beschluss des ZA wirksam werden solle. Davon abgesehen könnten Punktzahlobergrenzen (Euro-Obergrenzen) bei Jobsharing als statusbezogene Festsetzungen ohnehin nicht rückwirkend geändert werden (vgl. etwa Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Urteil vom 26.10.2011, - [L 5 KA 4267/10](#) -, in juris). Die neuere Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 28.08.2013, - [B 6 KA 36/12 R](#) -, in juris) ändere daran nichts; das genannte Urteil habe eine Fallgestaltung zum Gegenstand, bei der - anders als hier - die Leistungsbeschränkung bei Jobsharing (noch) nicht bestandskräftig festgesetzt gewesen sei.

Mit Beschluss vom 24.11.2014 lud das SG die Beigeladenen zum Verfahren bei.

Die Beigeladene zu 1) trug (auf Nachfrage des SG) vor, in der Vergütungsvereinbarung 2010 hätten die Vertragspartner für belegärztliche Leistungen des Kapitels 36 EBM leistungsbezogene Zuschläge von 0,5393 Cent/Punkt festgelegt. Das habe auf dem Schiedsspruch des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung Baden-Württemberg (Landesschiedsamt) vom 22.12.2009 (LSchÄ-1/09) beruht. Darin seien (unter Nr. 3c) leistungsbezogene Zuschläge für den Bereich der belegärztlichen Leistungen nach Kapitel 36 EBM zum Punktwert von 4,0441 Cent festgesetzt worden. Das Landesschiedsamt habe damit den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) vom 02.09.2009 (EBewA-Beschluss 2009) zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 umgesetzt. In Teil C dieses Beschlusses seien die Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 festgelegt worden, auf deren Grundlage in regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungspunktwerten abgewichen werden könne. Der EBewA habe den Gesamtvertragspartnern hinsichtlich der im Einzelnen aufgeführten besonders förderungswürdigen Leistungen (u.a. belegärztliche Leistungen des Kapitels 36 EBM) die Überprüfung der Höhe der im Jahr 2010 zu zahlenden Vergütung und die Vereinbarung leistungsbezogener Zuschläge zum Orientierungspunktwert aufgegeben. Leistungsbezogene Zuschläge seien nur dann zu vereinbaren, wenn die für das Jahr 2010 ermittelte zu zahlende Vergütung für die belegärztlichen (kurativ-stationären) Leistungen (des Kapitels 36 EBM, der GOPen 13311, 17370 EBM und der Geburtshilfe) die Vergütung nach den gesamtvertraglichen Regelungen im Jahr 2008 unterschreite (vgl. Teil C Nr. 3.1 EBewA-Beschluss 2009).

Die Klägerin trug abschließend vor, das Kapitel 36 EBM umfasse nicht alle belegärztlichen Leistungen. Der Schwerpunkt des EBM-Belegarztkapitel liege ganz auf den belegärztlich-operativen Leistungen; die konservativ-belegärztlichen Leistungen würden - im Hinblick auf deren geringe Häufigkeit - nur am Rande erfasst. Damit regule das Kapitel 36 EBM aber nur einen Ausschnitt der belegärztlichen Leistungserbringung, der für die operative Tätigkeit freilich sehr groß geraten sei. Sie habe im Quartal 1/2010 Leistungen i.H.v. (insgesamt) 77.529,56 EUR über Belegarztschein abgerechnet. Davon entfielen Leistungen i.H.v. von 11.132,51 EUR auf konservativ-belegärztliche Leistungen des Kapitels 36 EBM (mit Förderung durch Erhöhung des allgemeinen Orientierungspunktwerts), während Leistungen i.H.v. 66.397,05 EUR - deren Förderung im Streit sei - auf die übrigen, außerhalb des Kapitels 36 EBM abgerechneten belegärztlichen Leistungen entfielen. Ab dem Jahr 2011 habe die Beklagte durch entsprechende Vereinbarung mit der Beigeladenen zu 1) auch Leistungen nach der neuen GOP 99600 EBM (ambulante postoperative Behandlung) in die Förderung des Belegarztwesens einbezogen; diese Leistungen seien nicht Gegenstand des Kapitels 36 EBM. Seit 2013 würden zudem weitere Belegarztleistungen außerhalb des EBM-Belegarztkapitels entsprechend gefördert (Leistungen nach GOPen 13311, 17370, 08410 bis 08416 EBM). Diese Entwicklung der Belegarztförderpraxis zeige, dass zwischen den im Kapitel 36 EBM abgebildeten belegärztlichen Leistungen und solchen Leistungen, die über die (an sich) ambulanten GOPen aus Anlass des stationären Aufenthalts eines Patienten abgerechnet würden, kein förderungsrelevanter Unterschied bestehe. Im Urteil vom 19.02.2014 (- [B 6 KA 38/12 R](#) -, in juris) habe das BSG eine gemäß [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) Ungerechtfertigte Ungleichbehandlung angenommen, wenn Leistungen nur einer Gruppe von Ärzten eröffnet würden, obwohl sie einer anderen Arztgruppe mindestens ebenso nahe stünden. Hier liege eine vergleichbare Fallgestaltung vor. Für die rein konservativ tätigen Belegärzte komme den stationär erbrachten Leistungen - jedenfalls, soweit sie den Kernbereich der Belegarzttätigkeit ausmachten - kein anderer (geringerer) Stellenwert zu als den invasiven Eingriffen für die operativ tätigen Belegärzte. Die Zusammenfassung namentlich der operativ-belegärztlichen Leistungen im Kapitel 36 EBM habe vor diesem Hintergrund nur kontingenten Charakter; entscheidend sei immer der stationäre Bezug der belegärztlichen Leistungen. Für sie werde dieser Bezug aus dem geschilderten Leistungsverhältnis klar ersichtlich vor dem weiteren Hintergrund, dass eine belegärztliche Tätigkeit im psychiatrischen Bereich äußerst selten sei. Schließlich würden im EBewA-Beschluss 2009 (in Teil C Nr. 3.1) nicht nur die Leistungen des Kapitels 36 EBM als förderungswürdig eingestuft. Das unterstreiche zusätzlich, dass es an einem sachlichen Grund für die Förderungsunterschiede bei belegärztlich-konservativen und belegärztlich-operativen Leistungen fehle.

Mit Urteil vom 15.04.2015 verurteilte das SG die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal 1/2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.04.2012, über den Widerspruch der Klägerin (gegen den genannten Honorarbescheid) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Klage ab. Zur Begründung führte das SG aus, der Honorarbescheid für das Quartal 1/2010 sei insoweit rechtswidrig, als das Honorar für belegärztliche Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM lediglich nach dem allgemeinen Orientierungspunktwert festgesetzt worden sei. Gemäß [§ 121 Abs. 3 Satz 1](#) i.V.m. [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) würden belegärztliche Leistungen ungeachtet der Erbringung im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung aus der Gesamtvergütung honoriert; die Vergütung müsse die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit des Vertragsarztes berücksichtigen ([§ 121 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#); vgl. auch BSG, Urteil vom 23.06.2010, - [B 6 KA 8/09 R](#) -, in juris). Gemäß [§ 9 Abs. 1d](#) der Vergütungsvereinbarung 2010 würden die belegärztlichen Leistungen nach Kapitel 36 EBM mit einem Zuschlag von 0,5393 Cent/Punkt vergütet. Dies beruhe auf der Regelung in Nr. 3c des Schiedsspruchs vom 22.12.2009 (a.a.O.). Der Schiedsspruch seinerseits beruhe auf dem EBewA-Beschluss vom 02.09.2009. Gemäß Teil C Nr. 3.1 dieses Beschlusses (leistungsbezogene Indikatoren für regionale Besonderheiten der Versorgungsstrukturen) vereinbarten die Partner der Gesamtverträge für die GOPen (u.a.) der belegärztlichen (kurativ-stationären) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36 EBM, GOPen 13311, 17370 EBM und Geburtshilfe) leistungsbezogene Zuschläge zum Orientierungswert der Euro-Gebührenordnung, wenn die für das Jahr 2010 ermittelte zu zahlende Vergütung je GOP die Vergütung nach den gesamtvertraglichen Regelungen im Jahr 2008 unterschreite. Mit Urteil vom 27.06.2012 (- [B 6 KA 28/11 R](#) -, in juris) habe das BSG entschieden, dass (u. a.) der EBewA-Beschluss vom 02.09.2009 hinsichtlich der Regelungen in Teil C Nr. 3.1 Satz 2 und 6 sowie Satz 5 - soweit er die Vergütung nach Satz 2 a.a.O. betreffe - rechtswidrig und nichtig sei; der EBewA sei ohne ausdrückliche Ermächtigung nicht berechtigt, in die Kompetenz der regionalen Vertragspartner zur Vereinbarung von Zuschlägen sowie zur Vereinbarung der Gesamtvergütung einzugreifen. Die Vereinbarung leistungsbezogener Zuschläge in der Vergütungsvereinbarung 2010 (nur) für die

belegärztlichen Leistungen des Kapitels 36 EBM gehe auf Nr. 3c des Schiedsspruchs vom 22.12.2009 (a.a.O.) zurück. Diese Regelung sei aber (ebenfalls) rechtswidrig. Die Rechtmäßigkeit des Schiedsspruchs sei (inzident) zu prüfen, da er Grundlage eines Gesamtvertrags (Vergütungsvereinbarung für 2010) sei, auf dem der angefochtene Honorarbescheid beruhe. Anderes gelte nur für Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner über die Höhe der Gesamtvergütung; diese seien im Honorarstreit nicht zu überprüfen. Dabei sei aber nur der eigentliche Aushandlungsprozess der Gesamtvertragspartner hinsichtlich der Höhe der Gesamtvergütung der gerichtlichen Rechtskontrolle entzogen. Darum gehe es hier nicht. Die Frage, ob die Regelung in Nr. 3c des Schiedsspruchs vom 22.12.2009 (a.a.O.) eine rechtswidrige Ungleichbehandlung der Klägerin bewirke, betreffe nicht die Höhe der Gesamtvergütung, sondern ihre Verteilung. Die genannte Schiedsspruchregelung verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#)). Die durch Schiedsspruch festgelegten leistungsbezogenen Zuschläge für belegärztliche Leistungen des Kapitels 36 EBM erfassten nur einen Teil der belegärztlichen Tätigkeit der Klägerin, insbesondere die Strukturpauschalen nach GOP 36861 und 36867 EBM. Die übrigen belegärztlich erbrachten Leistungen der Klägerin würden (ohne Förderung) nur mit dem allgemeinen Orientierungspunktwert vergütet. Belegärztliche Leistungen seien dabei sämtliche während des stationären Aufenthalts des Patienten erbrachten vertragsärztlichen Leistungen, die über einen Belegarztschein abrechnen seien. Im Quartal 1/2010 seien von den belegärztlich erbrachten Leistungen der Klägerin Leistungen i.H.v. 11.132,51 EUR auf das EBM-Belegarztkapitel (Kapitel 36 EBM) und Leistungen i.H.v. 66.397,05 EUR auf GOPen anderer Kapitel des EBM entfallen. Daher sei der Unterschied zwischen dem allgemeinen Orientierungspunktwert und dem erhöhten (Förderungs-)Punktwert für die Klägerin wirtschaftlich bedeutsam. Für eine unterschiedliche Förderung belegärztlicher Leistungen gebe es keinen sachlichen Grund. Im Schiedsspruch vom 22.12.2009 (a.a.O.) sei hierzu nur ausgeführt, man beabsichtige in Fortführung des Schiedsspruchs hinsichtlich der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab dem 01.01.2009 (LSchÄ-1/08), mit den leistungsbezogenen Zuschlägen zur Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit, zum ambulanten Operieren, zu den belegärztlichen Leistungen und zum Notfalldienst sowohl Anreize zu förderungswürdigen Leistungen zu setzen als auch überproportionale Honorarverluste zu vermeiden. Zwischen den unterschiedlichen Arten belegärztlicher Tätigkeit (Leistungen des EBM-Belegarzt Kapitels und anderen belegärztlichen Leistungen) werde aber nicht unterschieden. Sachliche Gründe für eine Unterscheidung dieser Art seien auch weder ersichtlich noch von der Beklagten oder den Beigeladenen angegeben worden. In [§ 121 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) würden die Vertragspartner nach [§ 115 SGB V](#) damit beauftragt, die Sondersituation der belegärztlichen Krankenhausbehandlung zu fördern und gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Tätigkeit hinzuwirken. Für den Gesetzgeber sei das Belegarztwesen eine wichtige Nahtstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Das Gesetz unterscheide dabei nicht nach Arten der belegärztlichen Tätigkeit. Die in Rede stehende Ungleichbehandlung könne auch unter dem Gesichtspunkt der Typisierung nicht gerechtfertigt werden. Typisierungen dienten dazu, Regelungen einfach und praktikabel zu halten. Dem wäre hier aber durch eine Anknüpfung des erhöhten Punktwertes an die Leistungsabrechnung über Belegarztschein ebenso gedient wie durch die Aufwertung bestimmter GOPen des EBM. Daher seien die Regelung in [§ 9 Abs. 1d](#) der Vergütungsvereinbarung für 2010 und ebenso der darauf beruhende Honorarbescheid für das Quartal 1/2010 rechtswidrig. Insoweit habe die Klage Erfolg. Die Klägerin habe Anspruch auf Neubescheidung ihres Honoraranspruchs für das Quartal 1/2010. Die Nichtanerkennung einer Leistungsanforderung i.H.v. 8.604,67 EUR wegen Überschreitung der Euro-Obergrenze bei Jobsharing sei demgegenüber rechtmäßig. Der Beschluss des ZA vom 20.07.2011 gelte für das Quartal 1/2010 nicht. Der ZA habe die Euro-Obergrenze bei Jobsharing nicht rückwirkend erhöht. Dem Verfügungssatz des genannten Beschlusses sei das nicht zu entnehmen. Die Klägerin sei in ihrem (Erhöhungs-)Antrag vom 03.06.2011 auch selbst davon ausgegangen, dass die Erhöhung der Euro-Obergrenze bei Jobsharing erst ab dem Beschluss des ZA gelten solle.

Gegen das ihr am 23.04.2015 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 30.04.2015 Berufung eingelegt. Die Klägerin hat Berufung nicht eingelegt.

Die Beklagte trägt vor, gemäß [§ 9 Abs. 1d](#) der Vergütungsvereinbarung 2010 würden die belegärztlichen Leistungen nach Kapitel 36 EBM mit einem Zuschlag von 0,5393 Cent/Punkt vergütet; daraus ergebe sich ein Auszahlungspunktwert von 4,0441 Cent. Diese auf dem Schiedsspruch vom 22.12.2009 (a.a.O.) - für die Zeit ab 01.01.2010 - beruhende Gesamtvertragsregelung sei rechtmäßig, verstoße insbesondere nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Gesamtvertragspartner hätten die rechtlichen Grenzen ihres (weiten) Gestaltungsspielraums nicht überschritten. Sie (bzw. das Landesschiedsamt) hätten festgelegt, leistungsbezogene Zuschläge nur für die belegärztlichen Leistungen des Kapitels 36 EBM zu gewähren, Anreize zu förderungswürdigen Leistungen zu setzen und überproportionale Honorarverluste zu vermeiden. Dagegen sei aus Rechtsgründen nichts einzuwenden. Willkürliches Handeln der Gesamtvertragspartner sei nicht erkennbar. Der BewA habe die Vergütung der belegärztlichen Leistungen in Kapitel 36 EBM geregelt. Dabei dürfe er auch das ärztliche Leistungsverhalten steuern. Auch dem BewA komme ein weiterer Gestaltungsspielraum zu, der die gerichtliche Rechtskontrolle beschränke. Die Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis des BewA seien nur überschritten, wenn zweifelsfrei festgestellt werden könne, dass seine Entscheidung von sachfremden Erwägungen getragen sei, etwa, weil er eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt habe, oder wenn sich nach Maßgabe des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) keine vernünftigen Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. die Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichem finden ließen. Bei der Neuregelung komplexer Materien stehe dem BewA außerdem unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zu (vgl. etwa BSG, Urteil vom 08.03.2000, - [B 6 KA 8/99 R](#) -, in juris). Eingriffe der Gerichte in das Tarifgefüge des EBM seien grundsätzlich nicht statthaft. Nach der Rechtsprechung des BSG könne das vom BewA erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen unterblieben. Die belegärztliche Tätigkeit werde durch das EBM-Belegarztkapitel hinreichend abgebildet. Daher könne auch nicht beanstandet werden, wenn sich die Gesamtvertragspartner (bei der Förderung des Belegarztwesens) an der einschlägigen EBM-Regelung des BewA orientierten und lediglich die belegärztlichen Leistungen, die in dem EBM-Belegarztkapitel festgelegt seien, mit einem erhöhten Punktwert vergüteten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15.04.2015 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil und bekräftigt ihr bisheriges Vorbringen. An der Förderung belegärztlicher Leistungen nähmen nicht nur die Leistungen des Kapitels 36 EBM, sondern auch Leistungen nach GOPen 13311 und 17370 EBM sowie sämtliche belegärztlichen

Leistungen der Geburtshilfe teil. In der Folgezeit habe man den Kreis der geförderten Leistungen (gesamtvertraglich) nochmals erweitert. Ein sachlicher Unterschied zwischen den Belegarztleistungen des Kapitels 36 EBM und den außerhalb dieses Kapitels erbrachten Belegarztleistungen sei nicht erkennbar. Außerdem enthalte das Kapitel 36 EBM keine abschließende Zusammenfassung aller belegärztlichen Leistungen.

Die Beigeladenen haben sich nicht geäußert und stellen keinen Antrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist gemäß [§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft. Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Honorarbescheid für das Quartale 1/2010 vom 15.07.2010 (nur) insoweit, als darin das Honorar der Klägerin für (konservative) Belegarztleistungen außerhalb des Belegartzkapitels (Kapitel 36 EBM) festgesetzt worden ist (zur Teilanfechtung von Honorarbescheiden etwa BSG, Urteil vom 15.08.2012, - [B 6 KA 38/11 R](#) -, in juris Rdnr. 16). Die Klägerin wendet sich dagegen, dass das Honorar für diese Leistungen unter Anwendung des allgemeinen Orientierungspunktwerts (3,5048 Cent) und nicht unter Anwendung des besonderen (geförderten) Punktwerts von 4,0441 Cent für Belegarztleistungen des EBM-Belegartzkapitels festgesetzt worden ist. Das SG hat der hierauf gerichteten Klage stattgegeben. Dagegen richtet sich die Berufung der Beklagten. Das zusätzlich festzusetzende Honorar würde 9.700,00 EUR betragen, so dass der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) überstiegen ist. Die Berufung der Beklagten ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Übrigen zulässig ([§ 151 SGG](#)).

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Der Honorarbescheid für das Quartal 1/2010 vom 15.07.2010 ist hinsichtlich der Festsetzung des Honorars für Belegarztleistungen außerhalb des EBM-Belegartzkapitels (Kapitel 36 EBM) rechtmäßig. Die Beklagte hat diese Leistungen zu Recht mit dem allgemeinen Orientierungspunkt看wert vergütet. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, dass das Honorar für diese Leistungen neu und unter Anwendung eines besonderen (geförderten) Punktwerts höher festgesetzt wird. Das SG hätte der Klage nicht (teilweise) stattgeben dürfen.

Die Beteiligten streiten nicht darüber, dass die Beklagte das Honorar der Klägerin für die im Quartal 1/2010 außerhalb des EBM-Belegartzkapitels erbrachten Belegarztleistungen (zum Begriff des Belegarztes [§ 121 Abs. 2 SGB V](#): nicht am Krankenhaus angestellter Vertragsarzt mit der Berechtigung zur Behandlung seiner Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der Krankenhauseinrichtungen und -dienste) unter rechtsfehlerfreier Anwendung der einschlägigen Regelungen des für das Quartal 1/2010 geltenden Honorarverteilungsvertrags (HVV) und der Vergütungsvereinbarung 2010 sowie des EBM zutreffend festgesetzt hat. Die Klägerin ist jedoch der Auffassung, die streitigen Leistungen hätten nicht (nur) mit dem allgemeinen Orientierungspunkt看wert, sondern wie die Belegarztleistungen des EBM-Belegartzkapitels mit einem besonderen (geförderten) Punkt看wert vergütet werden müssen. Sie hält es im Hinblick auf den Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) für unzulässig, die Förderung des Belegarztwesens durch gesamtvertragliche Regelung - hier in [§ 9 Abs. 1d](#) der Vergütungsvereinbarung 2010 - auf Belegarztleistungen des EBM-Belegartzkapitels zu beschränken; eine gesamtvertragliche Vereinbarung dieser Art sei rechtswidrig und (als Regelung des normativen Teils eines Gesamtvertrags) nichtig. Das trifft indessen nicht zu.

Die Rechtmäßigkeit (Gültigkeit) der in [§ 9 Abs. 1d](#) Vergütungsvereinbarung 2010 festgelegten Förderung des Belegarztwesens durch einen Punktwertaufschlag von 0,5393 Cent für belegärztliche Leistungen des EBM-Belegartzkapitels kann im vorliegenden Honorarstreit (inzident) geprüft werden. Die Gesamtvertragspartner haben die Honorarvereinbarung 2010 ersichtlich als Strukturvertrag i.S.d. [§ 73a SGB V](#) (a.F.) i.V.m. [§ 83 SGB V](#) abgeschlossen. Der in [§ 9 Abs. 1d](#) dieser Vereinbarung festgelegte Punktwertaufschlag stellt eine (grundsätzlich) nur die Partner des Gesamtvertrags bindende schuldrechtliche Regelung (des obligatorischen Teils eines Gesamtvertrags) nicht dar, ist als normative Regelung (neben anderen Regelungen) vielmehr Rechtsgrundlage der Festsetzung des Vertragsarzt Honorars und muss daher wie alle anderen untergesetzlichen Bestimmungen in den vertragsärztlichen Normverträgen und Satzungen mit höherrangigem Recht, namentlich mit den Grundrechten ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)), in Einklang stehen (vgl. dazu BSG, Urteil vom, 31.08.2005, - [B 6 KA 6/04 R](#) -, in juris Rdnr. 18). Nicht Gegenstand der Inzidentkontrolle ist die Regelung in [§ 9 Abs. 3](#) der Honorarvereinbarung 2010, die die Aufbringung der (Förder-)Mittel für den Punktwertaufschlag betrifft; hiergegen wendet sich die Klägerin auch nicht.

Die (inzidente) Rechtskontrolle gesamtvertraglicher Regelungen muss den weiten Gestaltungsspielraum, der den Gesamtvertragspartnern als Normgebern zukommt, beachten (vgl. nur etwa BSG, Urteil vom 09.12.2004, - [B 6 KA 44/03 R](#) -, in juris Rdnr. 63; zum Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigung beim Erlass des Honorarverteilungsmaßstabs als Satzung; Urteil vom 30.11.2016, - [B 6 KA 38/15 R](#) -, in juris Rdnr. 90; Urteil vom 19.08.2015, - [B 6 KA 34/14 R](#) -, in juris Rdnr. 41; auch Urteil vom 27.06.2012, - [B 6 KA 28/11 R](#) -, in juris und LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 17.01.2017, - [L 4 KA 53/14](#) -, in juris Rdnr. 54 f.). Das gilt auch (und im Besonderen) für als Strukturverträge ([§ 73a SGB V](#) a.F.) abgeschlossene Gesamtverträge und damit auch für die Vergütungsvereinbarung 2010. Nach der Rechtsprechung (u.a.) des BSG (vgl. Beschluss vom 22.06.2005, - [B 6 KA 20/05 B](#) -, in juris) haben öffentlich-rechtliche Institutionen bei Vertragsschlüssen im Regelfall ein Ermessen, ob sie Verträge überhaupt und mit welchem Inhalt sie sie abschließen wollen. Der ihrer Hoheitsgewalt Unterworfenen hat grundsätzlich keinen Anspruch auf Abschluss eines Vertrages mit bestimmtem Inhalt, es sei denn, die zu Grunde liegenden Rechtsnormen enthielten entsprechende Vorgaben. Das gilt auch für (Struktur-)Verträge gemäß [§ 73a SGB V](#) (a.F.). Die Ermessens- bzw. Gestaltungsfreiheit ist im Bereich von Abschluss und Ausformung öffentlich-rechtlicher Verträge, jedenfalls im Rahmen des [§ 73a SGB V](#), (sogar) größer als bei der Schaffung und Ausgestaltung des EBM, da dieser die vergütungsrechtliche Grundregelung für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen darstellt, während fakultative Strukturverträge zusätzliche Vergütungen vorsehen. Auch wenn die Ermessensfreiheit bei Abschluss und Ausformung von Strukturverträgen und deren Vergütungsregelungen mithin weit ist, so unterliegt sie - so BSG, a.a.O. - doch insofern einer Begrenzung, als öffentlich-rechtliche Institutionen bei ihrer Tätigkeit die Grenze der Sachwidrigkeit beachten müssen ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)).

Davon ausgehend kann sich der Senat der Rechtsauffassung des SG, das die von den Gesamtvertragspartnern in [§ 9 Abs. 1d](#) der Vergütungsvereinbarung 2010 festgelegte Förderung des Belegarztwesens durch einen Punktwertaufschlag (nur) für Belegarztleistungen des EBM-Belegartzkapitels für rechtswidrig hält, nicht anschließen.

Im Ausgangspunkt unschädlich ist, dass die Gesamtvertragspartner die in Rede stehende Regelung in Umsetzung des Schiedsspruchs des Landesschiedsamts vom 22.12.2009 (LSchÄ-1/09) vereinbart haben und der Schiedsspruch seinerseits den EBewA-Beschluss vom 02.09.2009 umgesetzt hat. Der EBewA hatte nach näherer Maßgabe der in Teil C Nr. 3.1 EBewA-Beschluss 2009 getroffenen Regelung den Gesamtvertragspartnern hinsichtlich bestimmter besonders förderungswürdiger Leistungen (u.a. Belegarztleistungen des EBM-Belegarztkapitels) die Überprüfung der im Jahr 2010 zu zahlenden Vergütung und die Vereinbarung von Zuschlägen zum allgemeinen Orientierungspunktwert aufgegeben. Dafür hat es freilich an einer Rechtsgrundlage gefehlt, weshalb das BSG den genannten EBewA-Beschluss (insoweit) für rechtswidrig erklärt hat (BSG, Urteil vom 27.06.2012, - [B 6 KA 28/11 R](#) -, in juris). Ob die Gesamtvertragspartner deshalb von der Vereinbarung eines besonderen (geförderten) Punktwerts für Belegarztleistungen hätten (gänzlich) absehen dürfen, kann dahinstehen. Die Klägerin könnte aus der irrigen Annahme der Gesamtvertragspartner, zum Abschluss der in Rede stehenden gesamtvertraglichen Regelung im Hinblick auf die Beschlussfassung des EBewA verpflichtet gewesen zu sein, Rechte für sich nicht herleiten. Sie macht das auch nicht geltend, hält die getroffene Regelung vielmehr (materiell) für gleichheits- bzw. sachwidrig ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)). Im Übrigen ist den Gesamtvertragspartnern durchaus bewusst gewesen, dass der EBewA-Beschluss 2009 im Zuge der seinerzeit anhängigen Klageverfahren des GKV-Spitzenverbands für (teilweise) nichtig erklärt werden könnte. Der Schiedsspruch vom 22.12.2009 (a.a.O.) hat für diesen Fall unter Nr. 5 eine Regelung getroffen und vorgesehen, dass die Beklagte die von den Krankenkassen aufgebracht (Förder-)Mittel auf der Basis eines Punktwerts von 3,8978 Cent zurückzahlen muss, wenn die Vereinbarung von leistungsbezogenen Zuschlägen für rechtswidrig erklärt wird.

Die Gesamtvertragspartner (und das Landesschiedsamt bzw. der EBewA im EBewA-Beschluss vom 02.09.2009 unter Teil C Nr. 3.1) haben in der Vergütungsvereinbarung 2010 (§ 9 Abs. 1d) den besonderen (geförderten) Punktwert für (außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete) belegärztliche Leistungen auf die Belegarztleistungen des EBM-Belegarztkapitels (Kapitel 36 EBM) beschränkt. Sie haben für die vereinbarte Förderung des Belegarztwesens damit an die Entscheidung des BewA angeknüpft, der die belegärztlichen Leistungen in diesem Kapitel des EBM zusammenfassend bewertet hat. Rechtliche Bedenken bestehen weder gegen die im EBM-Belegarztkapitel getroffene Bewertungsentscheidung des BewA noch gegen die Anknüpfung der Gesamtvertragspartner an das EBM-Belegarztkapitel in § 9 Abs. 1d der Vergütungsvereinbarung 2010.

Der BewA hat mit der Einführung des EBM-Belegarztkapitels zum 01.04.2007 den gesetzlichen Auftrag in [§ 121 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zur Förderung des Belegarztwesens erfüllt. Nach der genannten Vorschrift wirken die Vertragsparteien des [§ 115 Abs. 1 SGB V](#) (Landesverbände der Krankenkassen, Ersatzkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaft, Vereinigung der Krankenhausträger) gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hin. Aus Sicht des Gesetzgebers stellt das Belegarztwesen eine wichtige Nahtstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung dar. Der Belegarzt sorgt für die Verzahnung beider Versorgungsbereiche durch Fortführung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit im stationären Bereich. [§ 121 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) beauftragt die in [§ 115 SGB V](#) genannten Vertragspartner deswegen damit, die Sondersituation der belegärztlichen Krankenhausbehandlung zu fördern (vgl. dazu näher, auch zu den konkreten Vorgaben in [§ 121 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) für den belegärztlichen Bereitschaftsdienst und die durch den Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses jurisPK-SGB V/Köhler-Hohmann § 121 Rdnr. 18 ff., 59 ff., 63 m.w.N.).

Der BewA hat im EBM-Belegarztkapitel belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Leistungen und auch den konservativ-belegärztlichen Bereich geregelt (vgl. etwa die Präambel 36.1. Nr. 1 und 2 EBM). Dass der BewA den Schwerpunkt auf die belegärztlich-operativen Leistungen (EBM-Abschnitte 36.2 (belegärztliche Operationen), 36.3 (postoperative Überwachungskomplexe) 36.5 (Anästhesien)) gelegt und den belegärztlich-konservativen Leistungen (EBM-Abschnitt 36.6) erheblich geringeren Raum zugemessen und namentlich nervenärztliche Leistungen nicht aufgenommen hat, ist rechtlich unbedenklich, verletzt insbesondere nicht die rechtlichen Grenzen des weiten Gestaltungsspielraums, der auch dem BewA zukommt (dazu nur etwa BSG, Urteil vom 28.10.2015, - [B 6 KA 42/14 R](#) -, in juris Rdnr. 27 f.). Der BewA hat für die Ausformung des EBM-Belegarztkapitels und die dargestellte Schwerpunktsetzung ersichtlich darauf abgestellt, dass der operative Bereich die belegärztliche Leistungserbringung (klar) dominiert. Belegarztleistungen werden vorrangig auf dem Gebiet der HNO- und der Frauenheilkunde erbracht; weitere Arztgruppen mit nennenswerter Belegarztztätigkeit sind die Augenärzte, Orthopäden und Chirurgen (jurisPK-SGB V/Köhler-Hohmann § 121 Rdnr. 14 m.N.), ebenfalls mit der Erbringung operativer Behandlungsleistungen. Belegärztlich-konservative Behandlungsleistungen haben demgegenüber nur einen kleinen, wenig ins Gewicht fallenden Anteil an der belegärztlichen Tätigkeit der Vertragsärzte. Sie finden sich im EBM-Belegarztkapitel etwa im pneumologischen und im kardiologischen Komplex (GOP 36881 und 36882 EBM), während ansonsten, auch für die auf nervenärztlichem Fachgebiet tätige Klägerin, im Wesentlichen nur die konservativ-belegärztlichen Strukturpauschalen (GOP 36861, 36867 EBM) in Betracht kommen. Hinsichtlich der konservativ-belegärztlichen Tätigkeit der Nervenärzte rechtfertigt sich das daraus, dass die belegärztliche Leistungserbringung in dieser Fachgruppe nur außerordentlich selten stattfindet. Die Klägerin ist nach ihrem eigenen Vorbringen bundesweit wohl die einzige nervenärztliche Praxis, die einen wirtschaftlichen Schwerpunkt auf die konservativ-belegärztliche Tätigkeit gelegt hat (vgl. dazu einschränkend § 39 Abs. 3 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), wonach die belegärztliche Tätigkeit nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit bilden darf). Die wirtschaftlichen Folgen von im Einzelfall getroffenen Spezialisierungsentscheidungen dieser Art fallen freilich in den Verantwortungsbereich des Vertragsarztes (Urteil des erkennenden Senats vom 01.02.2017 - [L 5 KA 2350/14](#) - n.v.). Der BewA muss sie bei der Ausgestaltung des EBM nicht berücksichtigen. Er darf vielmehr darauf abstellen, dass der Vertragsarzt grundsätzlich alle wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets anbieten kann und auch muss (vgl. etwa BSG, Urteil vom 14.03.2001, - [B 6 KA 54/00 R](#) -, in juris Rdnr. 40), weshalb ihm der wirtschaftliche Ausgleich unter einer größeren Zahl von (im Zuge einer Mischkalkulation, auch dazu BSG, a.a.O.) unterschiedlich bewerteten Leistungen eröffnet ist. Der Senat kann nicht feststellen, dass der BewA, der auch in Ansehung des bei jedweder belegärztlichen - auch nervenärztlichen - Leistungserbringung wegen der Nutzung von Krankenhauseinrichtungen entstehenden Zusatzaufwands pauschalisieren, generalisieren und typisieren und außerdem das Leistungsverhalten der Vertragsärzte steuernd beeinflussen darf (BSG, Urteil vom 28.10.2015, - [B 6 KA 42/14 R](#) -, in juris Rdnr. 28), mit der Schaffung und dem Zuschnitt des EBM-Belegarztkapitels die Grenzen seines Gestaltungsspielraums überschritten oder seine Bewertungskompetenz - etwa zu Lasten der Nervenärzte - missbräuchlich ausgenutzt hätte (BSG, Urteil vom 28.10.2015, [a.a.O.](#) Rdnr. 27 m.w.N.). Für einen gerichtlichen Eingriff in das die belegärztliche Leistungserbringung regelnde Tarifgefüge des EBM gibt es damit keine rechtliche Grundlage.

Nach Auffassung des Senats ist es (im Hinblick auf die Anforderungen des [Art. 3 Abs. 1 GG](#)) auch nicht sachwidrig, wenn die Gesamtvertragspartner beim Abschluss einer Vereinbarung zur Förderung des Belegarztwesens durch Festlegung eines besonderen (geförderten) Punktwerts für Belegarztleistungen an das EBM-Belegarztkapitel anknüpfen und die - (wie dargelegt) ihrerseits rechtlich unbedenkliche - Bewertungsentscheidung des BewA insoweit zur Grundlage einer gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung (eines

entsprechenden Strukturvertrags) machen. Das liegt schon deshalb nahe, weil auch das EBM-Belegarztkapitel nicht anders als die in Rede stehende gesamtvertragliche Regelung der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags in [§ 121 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zur Förderung des Belegarzteswesens dient. Dass der Vertragsarzt (naturgemäß) für alle Belegarztbehandlungen (jedweder Art) Krankenhauseinrichtungen nutzen muss und ihm hierfür Aufwendungen entstehen, die sich von den Aufwendungen für Belegarztbehandlungen des EBM-Belegarztkapitels nicht grundlegend unterscheiden, zwingt die Gesamtvertragspartner nicht dazu, ihre gesamtvertraglich vereinbarte Förderung des Belegarzteswesens über das EBM-Belegarztkapitel hinaus auf weitere und letztendlich auf alle Belegarztleistungen zu erweitern; ihr Vertragsermessen ist insoweit aus Gleichbehandlungsgründen nicht auf "auf Null" reduziert. Die Gesamtvertragspartner dürfen bei der Ausübung ihres Vertragsermessens vielmehr (u.a.) auf die Art der Belegarztbehandlung und die aus ihrer Sicht für diese bestehende Förderungswürdigkeit und/oder -notwendigkeit abstellen und müssen als maßgebliche Ermessenserwägung nicht nur die mit jeglicher Belegarztstätigkeit verbundenen Zusatzkosten des Vertragsarztes berücksichtigen. Über Förderungserweiterungen entscheiden sie daher in Ausübung ihres weiten Vertragsermessens, in das die Gerichte nicht eingreifen dürfen. Die von der Klägerin angeführte Erweiterung der Belegarztförderung in den nach dem Jahr 2010 abgeschlossenen Honorarvereinbarungen besagt für die Rechtsgültigkeit der hier maßgeblichen Vergütungsvereinbarung 2010 damit nichts. Unerheblich ist schließlich auch, welche Gründe das Landesschiedsamt zur Begründung des Schiedsspruchs vom 22.12.2009 (a.a.O.) angeführt hat. Gegenstand der (inzidenten) Rechtskontrolle ist die Honorarvereinbarung 2010 bzw. die Festlegung eines besonderen (geförderten) Punktwerts für Belegarztleistungen in § 9 Abs. 1d dieser Vereinbarung. Die Gesamtvertragspartner müssen die Erwägungen, die sie insoweit bei der Ausübung ihres Vertragsermessens angestellt haben, nicht dartun; Gesamtverträge bedürfen keiner Begründung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 1](#) und 3, [162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Es entspricht nicht der Billigkeit, der Klägerin auch die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen aufzuerlegen, da diese (insbesondere) einen Sachantrag nicht gestellt und damit ein Prozessrisiko nicht übernommen haben.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-05-08