L 11 KA 67/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 33 KA 357/11
Datum
25.05.2016
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 67/17
Datum
26.06.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.05.2016 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarfestsetzung für die Quartale IV/2010 und I/2011.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in L niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie beschäftigt eine angestellte Gynäkologin.

Die Vergütung der sogenannten "Sonstigen Hilfen" der Abschnitte 1.7.5 (Empfängnisregelung), 1.7.6 (Sterilisation) und 1.7.7 (Schwangerschaftsabbruch) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für Ärzte (EBM) erfolgte im Quartal III/2010 als dem Regelleistungsvolumen (RLV) unterliegende Leistungen. In den Quartalen IV/2010 und I/2011 erfolgte die Vergütung für diese Leistungen außerhalb des RLV als quotierte Leistung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Gegen die RLV-Zuweisungsbescheide vom 22.06.2010 für das Quartal III/2010, vom 20.12.2010 für IV/2010 und vom 20.12.2010 für I/2011 legte die Klägerin nach ihrem Vortrag jeweils Widerspruch ein. Diese sind noch nicht beschieden. Die Beklagte hatte in den Bescheiden darauf hingewiesen, dass ein Widerspruch gegen den Quartalsabrechnungsbescheid ausreichend sei. Ein solcher werde zugleich als Widerspruch gegen die Festsetzung des RLV gesehen. Einen Antrag auf Ausgleich eines überproportionalen Honorarverlusts im Quartal IV/2010 vom 04.11.2010 hat die Beklagte mit Bescheid vom 17.06.2011 abgelehnt. Für die Bereiche "kurative Mammographie" und "psychosomatische Grundversorgung" wurden der Klägerin mit Bescheid vom 23.12.2010 qualitätsgebundene Zusatzvolumina (QZV) gewährt.

Mit Abrechnungsbescheid vom 25.01.2011 setze die Beklagte das Honorar der Klägerin für das Quartal III/2010 auf 116.522,58 EUR fest. Dagegen legte die Klägerin am 17.02.2011 Widerspruch ein mit dem Ziel, die Leistungen der Abschnitte 1.7.5 EBM bis 1.7.7 EBM sämtlich außerhalb der MGV unbudgetiert vergütet zu erhalten. Diese "Sonstigen Hilfen" seien als besonders förderungswürdige Leistungen i.S.v. § 87b Abs. 2 Satz 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) anzusehen. Die §§ 24 a und b SGB V seien dem 3. Abschnitt des SGB V zugeordnet. Dass präventive Beratungsleistungen und Untersuchungen der Mengenbegrenzung unterfielen, sei per definitionem ausgeschlossen. Die Eingruppierung in das RLV sei systemwidrig. Gleichfalls legte sie gegen die Abrechnungsbescheide vom 26.04.2011 für IV/2010 (113.569,31 EUR) und vom 26.07.2011 für I/2011 (115.218,44 EUR) Widerspruch ein.

Die Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21.09.2011 zurück. Die Zuweisung des RLV/QZV entspreche den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses. Das RLV umfasse nach dem jeweils geltenden Honorarverteilungsvertrag (HVV) auch die Leistungen aus den Kapiteln 1.7.5 bis 1.7.7.

Hiergegen hat die Klägerin am 17.10.2011 Klage erhoben mit der Begründung, die seitens der Beklagten errechneten RLV seien rechtswidrig, weil sie gegen die formalen Vorgaben des Gesetzgebers verstießen und die Berechnung der Gesamtvergütung fehlerhaft sei. Zudem stünden die angewandten Berechnungsgrundlagen nach den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und dem jeweils geltenden HVV der Beklagten nicht im Einklang mit den Vorgaben des Gesetzgebers. Daher seien die auf den RLV basierenden Honorarbescheide rechtswidrig und verletzten die Klägerin in ihren Rechten. Überdies hätten Leistungen der sogenannten "Sonstigen Hilfen" von der Beklagten nicht in das RLV einbezogen oder quotiert werden dürfen, woraus sich ebenfalls die Rechtswidrigkeit der

Honorarbescheide ergebe.

Des Weiteren liege ein Verstoß gegen § 87 b Abs. 1 SGB V vor, da die notwendigen gynäkologischen Grundleistungen einer Mengenausweitung nicht zugänglich und deshalb grundsätzlich mit dem vollen Punktwert der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien. Es sei nicht sichergestellt, dass die RLV-Leistungen zumindest am durchschnittlichen Behandlungsbedarf bemessen würden, und eine Vergütung der medizinisch notwendigen Leistungen - nämlich der Grundpauschalen - zum vollen Punktwert sei nicht vorgesehen. Der durchschnittliche RLV-Fallwert der Quartale III/2010 bis I/2011 liege mit 13,74 EUR unterhalb der Grundpauschalen der Gebührenordnungspositionen 08211 (Grundpauschale 6-59 Jahre14,72 EUR) und 08212 EBM (ab 60 Jahre 16,65 EUR). Im Quartal I/2011 überschreite der Leistungsbedarf allein für die Grundpauschalen (1.255.785 Punkte = 44.012,76 EUR) das RLV (ohne QZV, 33.518,67 EUR) um 10.494,09 EUR, d.h. 31,3 %. Nur durch die Abrechnung der Grundpauschalen überschreite die Klägerin also bereits das RLV. Selbst im Quartal III/2010, in dem die sonstigen Leistungen innerhalb des RLV vergütet worden seien und daher der RLV-Fallwert mit 15,07 EUR verhältnismäßig hoch gelegen habe, habe dieser vergleichsweise hohe Fallwert eben ausgereicht, um eine Vergütung der Grundpauschalen zum vollen Punktwert gewährleisten zu können. Hier sei nach Vergütung der Grundpauschalen aus dem RLV-Volumen lediglich ein Betrag von 814,93 EUR zur Vergütung der übrigen Leistungen verblieben. Demgegenüber seien allein im Bereich der "Sonstigen Hilfen" Leistungen im Umfang von 16.643,59 EUR angefordert worden. Die gesetzliche Vorgabe, dass Honorarbeschränkungen nur zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit erfolgen dürften, sei missachtet worden.

Die Rechtswidrigkeit der Bestimmungen sei auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Schaffung von Ausgleichsregelungen während einer Erprobungs- und Anfangsphase zu rechtfertigen. Die Einbeziehung der "Sonstigen Hilfen" in das RLV habe im Quartal III/2010 bei den Gynäkologen zu einem Honorarverlust von 16 % geführt. Die Klägerin selbst habe das RLV in diesem Quartal um 69,3 % überschritten. Die Eingliederung dieser Leistungen in das RLV stehe in keinem Verhältnis zur Erhöhung des arztgruppenspezifischen Fallwerts um 1,00 EUR. Die durchschnittliche Anforderung pro Fall für Leistungen aus den Kapiteln 1.7.5 bis 1.7.7 betrage 4,30 EUR. Der gerügte Verstoß sei daher von vorneherein erkennbar gewesen. Bei Erstellung der Berechnungsgrundlagen habe dem Bewertungsausschuss und den Partnern der Gesamtverträge in Nordrhein auffallen müssen, dass zumindest die Gynäkologen mit den ihnen zugewiesenen RLV-Fallwerten betragsmäßig nicht die Grundpauschalen abdecken könnten. Ferner mangele es an der erforderlichen Transparenz der Berechnungsgrundlagen, da nahezu sämtliche Grundlagen, aus denen die Berechnung des konkret zugewiesenen RLV resultiere, unbekannt seien.

Rechtswidrig sei ferner die Kontingentierung der "Sonstigen Hilfen" in den Quartalen IV/2010 und I/2011. Die "Sonstigen Hilfen" hätten nicht nur unbudgetiert, sondern als sogenannte besonders forderungswürdige Leistungen außerhalb der MGV vergütet werden müssen (§87a Abs. 3 Satz 5, 2. Halbsatz SGB V). Bei sämtlichen Leistungen des Kapitels 1.7 handele es sich um Vorsorgeleistungen, die aufgrund ihrer besonderen Bedeutung Einzug in den Katalog der von der GKV zu erstattenden Leistungen erhalten hätten. Der Bereich der Kapitel 1.7.5 bis 1.7.7 sei demjenigen der 1.7.1 bis 1.7.4 vergleichbar. Letztere würden außerhalb der MGV vergütet. Die Ungleichbehandlung sei sachwidrig. Die "Sonstigen Hilfen" würden auch als sogenannte "versicherungsfremde Leistungen" durch Zahlungen des Bundes nach § 221 SGB V besonders bezuschusst. Dies müsse sich auch in der Vergütung der Ärzte widerspiegeln.

Selbst wenn die Vergütung innerhalb der MGV zulässig wäre, sei jedenfalls die Bildung von Kontingenten (wie in IV/2010 und I/2011) und damit die Vergütung mit einem Punktwert, der unterhalb des regional vereinbarten Punktwertes liege, rechtswidrig. Für mengenbegrenzende Maßnahmen außerhalb des RLV (§ 3 Abs. 3 HVV ab III/2010) fehle eine gesetzliche Grundlage und für den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 bestehe keine Ermächtigungsgrundlage. § 87b SGB V sei abschließend. Die Kontingentierung sei zudem in rechtswidriger Art und Weise erfolgt, da die vom Gesetzgeber verfolgte Privilegierung der besonders förderungswürdigen Leistungen nicht gewährleistet sei. Die Systematik könne sogar dazu führen, dass die kontingentierten freien Leistungen schlechter vergütet würden als die Leistungen innerhalb des RLV. Aufgrund der Kontingentierung bestehe keinerlei Kalkulationssicherheit, da sich der Punktwert erst im Nachhinein herausstelle. Es sei nicht einmal eine Mindestvergütung vorgesehen. Die Leistungen des Bereichs "Sonstige Hilfen" seien aber wegen der dezidierten Vorgaben in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses einer Mengensteuerung überhaupt nicht zugänglich.

Die Klägerin hat beantragt,

1. die von der Beklagten erlassenen Honorarbescheide für die Quartale III/2010 bis I/2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.09.2011 aufzuheben und diese zu verpflichten, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut über die Widersprüche der Klägerin erneut zu entscheiden,

2. die Beklagte zu verpflichten, die von der Klägerin erbrachten Leistungen der Unterkapitel 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 EBM, soweit diese einer Mengenbegrenzung unterzogen worden sind, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unbudgetiert zum jeweils regional vereinbarten, vollen Punktwert zu vergüten,

3. hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, die Leistungen unter Ziffer 2. zwar innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb des Vergütungsvolumens (Honorartopfes) der Fachgruppe der Gynäkologen zum jeweils regional vereinbarten, vollen Punktwert zu vergüten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die angefochtenen Abrechnungsbescheide verteidigt. Im Urteil vom 17.07.2013 - B 6 KA 45/12 R - habe das Bundessozialgericht (BSG) bestätigt, dass die sog. "freien Leistungen" nicht vollständig von mengenbegrenzenden Regelungen freigestellt werden müssten. Eine Rechtsgrundlage für eine Vergütung der "Sonstigen Hilfen" außerhalb der MGV oder frei von jeglicher Mengenbegrenzung sei nicht erkennbar. Bereits durch die Herausnahme aus dem RLV würden die Leistungen gefördert, weil für den Arzt ein Anreiz gesetzt werde, diese Leistungen auch dann zu erbringen, wenn das RLV ausgeschöpft sei. Dieser Effekt werde auch erreicht, wenn die sog. freien Leistungen nicht zum vollen Punktwert sondern nur quotiert vergütet würden. Die Beklagte habe ihre Beobachtungs- und Reaktionspflicht in nicht zu beanstandender Weise wahrgenommen.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage durch Urteil vom 25.05.2016 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, weder sei die Mengensteuerung der "Sonstigen Hilfen" rechtswidrig, noch sei die Honorarfestsetzung auf der Grundlage der Bestimmungen über das RLV zu beanstanden. Eine Rechtswidrigkeit ergebe sich insbesondere nicht daraus, dass die gynäkologischen Grundleistungen einer Mengenausweitung nicht zugänglich seien. Der Begriff der "übermäßigen Ausdehnung" sei nicht allein arztindividuell, sondern auch fachgruppenbezogen zu betrachten. Der in § 87b SGB V verwendete Begriff der übermäßigen Ausdehnung erfasse alle Konstellationen, in denen - aus welchen Gründen auch immer - honorarbegrenzende Maßnahmen erforderlich würden. Dazu gehörten auch Maßnahmen, die Mengenausweitungen zu Lasten anderer Arztgruppen verhinderten. Nach der Rechtsprechung des BSG komme es durchaus in Betracht, dass auch notwendige Leistungen nicht mit dem Preis der Euro-Gebührenordnung vergütet werden könnten und müssten. Die wesentlichen Berechnungsfaktoren für die Zuweisung der RLV wie Fallwert der Arztgruppe, relevante Fallzahlen, Zuschlag für Berufsausbildungsgemeinschaften usw. seien Bestandteil der Zuweisungsbescheide. Einer eingehenderen Darlegung aller Berechnungsschritte und Ausgangswerte bedürfe es, jedenfalls solange - wie hier - keine substantiierten dahingehenden Einwände vorgetragen würden, nicht.

Nicht zu beanstanden seien die angefochtenen Abrechnungsbescheide auch hinsichtlich der Vergütung der "Sonstigen Hilfen" der Kapitel 1.7.5 bis 1.7.7 EBM. Eine eindeutige gesetzliche Vorgabe für eine Vergütung außerhalb der MGV enthalte § 87 a Abs. 3 SGB V allein für die Substitutionsbehandlung, während für andere Leistungen lediglich die Möglichkeit eröffnet werde, eine Vergütung außerhalb der MGV zu vereinbaren, wenn es sich um Leistungen handele, die besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich sei. Für die "Sonstigen Hilfen" sei keine Vergütung außerhalb der MGV vereinbart worden und eine dahingehende Verpflichtung ergebe sich weder aus dem Standort im EBM, noch daraus, dass die "Sonstigen Hilfen" gemäß § 221 SGB V aus Bundesmitteln bezuschusst würden und besondere "Buchungsvorschriften" für die Krankenkassen bestünden. Da die Leistungen der "Sonstigen Hilfen" nicht zu den nach den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zwingend außerhalb der RLV zu vergütenden Leistungen gehörten, sei deren Einbeziehung in das RLV unter gleichzeitiger Anpassung des RLV-Fallwertes von EUR 12,92 in II/2010 auf EUR 15,07 in III/2010 mit Wirkung zum 01.07.2010 nicht zu beanstanden. Der Umstand, dass die betroffenen Leistungen ab dem Quartal IV/2010 wieder als freie Leistungen (mit Kontingentierung) behandelt worden seien, belege, dass die Vertragspartner des HVV ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen seien. Auch die Voraussetzungen, unter denen eine Verpflichtung der Beklagten zu einer Reaktion auf einen erheblichen und dauerhaften Punktwertverfall in Betracht kommen könne, lägen nicht vor.

Gegen das am 13.07.2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 03.08.2016 Berufung eingelegt. Zur Begründung verweist sie auf ihren erstinstanzlichen Vortrag und ergänzt: Der durchschnittliche RLV-Fallwert der Fachgruppe der Gynäkologen habe im streitigen Zeitraum stets unterhalb der Grundpauschalen der GOP 08211 und 08212 EBM gelegen. Diese extrem niedrigen Fallwerte bildeten ein Indiz für dafür, dass selbst dann, wenn die Grundsystematik der RLV-Berechnung als rechtmäßig angenommen werden sollte, die konkrete Umsetzung offenbar fehlerhaft sei. Bei anderen Fachgruppen liege der durchschnittliche RLV-Fallwert deutlich über den Grund- oder Versichertenpauschalen des jeweiligen Fachkapitels. Dies indiziere, dass das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen zur Bildung der Regelleistungsvolumina für die Fachgruppe der Gynäkologen offensichtlich zu Gunsten anderer Fachgruppen zu niedrig bemessen sei. Dann liege ein Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit nahe. Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) gebiete, ebenso wie sämtliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Erwachsene, Mammographie-Screening, Mutterschaftsvorsorge und Hautkrebs-Screening auch die "Sonstigen Hilfen" außerhalb des RLV zu vergüten. Diese Leistung wiesen auch einen präventiven Charakter (Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen) auf und seien mit den übrigen Präventionsleistungen vergleichbar. Das ergebe sich auch aus dem Standort im EBM. All diese Leistungen unterlägen keiner Steuerungsmöglichkeit. Es lägen damit zwei im Wesentlichen gleich gelagerte Sachverhalte vor, so dass es der Darlegung rechtfertigender Gründe bedürfe, weshalb diese unterschiedlich behandelt würden. Vor diesem Hintergrund werde beantragt, von Amts wegen die Motive für die Vergütung bestimmter Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu ermitteln. Die Art und Weise der Vergütung der "Sonstigen Hilfen" habe sich seit 2009 von Quartal zu Quartal erheblich geändert. Sie sei teils innerhalb und teils außerhalb des RLV, teils mit und teils ohne Quotierung erfolgt. Bereits dieser ständige Wechsel indiziere eine Willkür.

Die Quotierung der sonstigen Hilfen sei in unzulässiger Weise erfolgt. Anders als im vom BSG mit Urteil vom 17.07.2013 - B 6 KA 45/12 R - zu entscheidenden Fall habe der streitgegenständliche HVV der Beklagten keine Mindestvergütung der quotierten Leistungen vorgesehen. Dies habe zur Folge, dass die Höhe der Vergütung der "Sonstigen Hilfen" erst im Nachhinein bekannt geworden sei. Dem gesetzgeberischen Gedanken der Kalkulationssicherheit werde eine solche Ausgestaltung somit nicht gerecht. Sie widerspräche auch dem Steuerungsgedanken.

Die Klägerin beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.05.2016 abzuändern,

2. die von der Beklagten erlassenen Bescheide über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen für die Quartale IV/2010 und I/2011 als auch die Honorarbescheide für die Quartale IV/2010 und I/2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.09.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über die jeweiligen Widersprüche der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden,

3. die Beklagte zu verpflichten, die von der Klägerin erbrachten Leistungen der Unterkapitel 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 EBM, die einer Mengenbegrenzung unterzogen worden sind, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unbudgetiert zu jeweils regional vereinbarten vollen Punktwert zu vergüten,

4. hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, die Leistungen unter Ziffer 2 zwar innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb des Vergütungsvolumens (Honorartopfes) der Fachgruppe der Gynäkologen jeweils zum regional vereinbarten vollen Punktwert zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. Weder gesetzlich noch vertraglich sei sie verpflichtet, Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM außerhalb der MGV oder außerhalb des RLV mit einem festen Punktwert zu vergüten. Es gelte der Grundsatz, dass die MGV für die Abgeltung der gesamten vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten diene. Eine Abweichung sei hier mangels einer Vereinbarung der Gesamtvertragspartner i.S.v. § 87a Abs. 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V nicht zulässig. Den "fördernden" Effekt der (quotierten) Vergütung außerhalb des RLV habe das BSG in seiner Entscheidung vom 17.07.2013 - B 6 KA 45/12 R - ausführlich beschrieben. Der rechnerische Vergleich der RLV-Fallwerte mit der Euro-Gebührenordnung führe nicht weiter. Das BSG habe bereits in seinem Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R - ausführlich dargelegt und begründet, dass für die Höhe der Gesamtvergütung nicht das Punktzahlvolumen der tatsächlich abgerechneten Leistung maßgeblich sei, sondern der vereinbarte Behandlungsbedarf. Leistungen könnten und müssten nicht mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Dies gelte auch dann, wenn sie aus ärztlicher Sicht "notwendig" seien. Angesichts begrenzter Gesamtvergütungen könne kein Leistungsbereich generell von Steuerungsmaßnahmen ausgeschlossen werden. Sie vermöge keine Pflicht zu erkennen, die "Sonstigen Hilfen" generell von Steuerungsmaßnahmen auszuschließen oder gar außerhalb der MGV zu vergüten. Zwar würden Gestaltungsspielräume der jeweiligen Normgeber grundsätzlich durch das Gleichbehandlungsgebot gemäß Art. 3 Abs. 1 GG begrenzt. Es gebe aber keine Besonderheit von so großem Gewicht, die eine Privilegierung der "Sonstigen Hilfen" zwingend erforderlich mache. Im Gegenteil: Obwohl versicherungsfremd, habe der Gesetzgeber diese ärztlichen Maßnahmen in das Leistungsrecht der GKV und damit in das allgemeine System gesetzlich begrenzter Gesamtvergütungen einbezogen. Zwar beteilige sich der Bund nach § 221 SGB V an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen, allerdings nur pauschal durch Zuschüsse, die gesetzlich bestimmt und begrenzt seien. Eine Abgeltung der tatsächlichen Aufwendungen 1:1 - etwa auf der Basis eines garantierten Punktwertes - finde gerade nicht statt.

Der Senat hat mit Beschluss vom 19.09.2017 das Verfahren getrennt. Soweit es das Quartal III/2010 betrifft, ist das Verfahren unter dem bisherigen Aktenzeichen L 11 KA 59/16 und soweit es die Quartale IV/2010 bis I/2011 betrifft, ist das Verfahren unter dem Aktenzeichen L 11 KA 67/17 fortgeführt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen; die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale IV/2010 und I/2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.09.2011 sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten (§ 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

A. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 EBM mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.

I. Rechtsgrundlage der hier maßgebenden Regelungen zur Vergütung von Vertragsärzten ist § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V in der vom 1.7.2008 bis 22.9.2011 geltenden und deshalb in den streitbefangenen Quartalen anzuwendenden Fassung des GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007 (a.F.). Danach wurden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 01.01.2009 von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V a.F. vergütet. Dieser Vergütung lag die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige KV zu zahlende MGV für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV (§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V) zugrunde. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind dabei nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V a.F. arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen, innerhalb der die vertragsärztlichen Leistungen im Grundsatz mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen vergütet werden (§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V a.F.), während die das RLV überschreitende Leistungsmenge gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V a.F. mit abgestaffelten Preisen vergütet wird.

Grundsätzlich besteht demnach kein Anspruch auf eine unbudgetierte Vergütung außerhalb der MGV. Nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V gilt der Grundsatz, dass die Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die KV "für die gesamte vertragsärztliche Versorgung" der Versicherten gezahlt wird (BSG, Urteil vom 29.11.2017 - B 6 KA 41/16 R -). Eine Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV ist nur zulässig, soweit dies das Gesetz ausdrücklich vorsieht (BSG, Urteil vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R -). Eine solche Ausnahme regelt in dem hier maßgebenden Zeitraum § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V. Danach sind vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. In Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner kann darüber hinaus geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Abs. 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist (§ 87a Abs. 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V). Nach Teil F Ziffer 2.2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 unterliegen die nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V außerhalb der MGV mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergüteten Leistungen auch nicht dem RLV.

Eine entsprechende Vereinbarung bezogen auf die "Sonstigen Hilfen" haben die - hierfür allein zuständigen (BSG, Urteile vom 29.11.2017 - B 6 KA 41/16 R - und vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R -) - Gesamtvertragspartner indes nicht getroffen. Die für den Bezirk der Beklagten für die Quartale IV/2010 und I/2011 geschlossenen HVV sehen jeweils in § 3 Abs. 4 i.V.m. der Anlage B 2 keine Vergütung außerhalb der MGV für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM vor. Diesen Vorgaben folgend hat die Beklagte die "Sonstigen Hilfen" in den Quartalen IV/2010 und I/2011 aus der jeweiligen Gesamtvergütung honoriert, die ihr für diese Quartale von den Krankenkassen gezahlt worden ist.

II. Die Entscheidung der Gesamtvertragspartner, im HVV eine extrabudgetäre Vergütung nicht auch für "Sonstige Hilfen" zu vereinbaren, kann gerichtlich nicht beanstandet werden. Dies folgt schon daraus, dass die inzidente Prüfung einer Gesamtvergütungsvereinbarung in

einem Rechtsstreit über den Honoraranspruch eines Vertragsarztes grundsätzlich ausgeschlossen ist (BSG, Urteil vom 27. April 2005 - B 6 KA 23/04 R -). Grund hierfür ist, dass es sich bei der Vereinbarung und Anpassung der Gesamtvergütung nicht um einen normativen, sondern um einen obligatorischen Teil des Gesamtvertrages handelt, der - abgesehen von einer Erstreckung auf die einzelnen Krankenkassen - lediglich Rechte und Pflichten zwischen den Vertragspartnern begründet und sich ansonsten für Dritte - also auch für Vertragsärzte - allenfalls mittelbar bzw. faktisch auswirkt. Die Überprüfung der Gesamtvergütungsvereinbarungen auf Rechtsverstöße erfolgt in einem objektivierten, nicht von der Geltendmachung subjektiver Rechtsverletzungen abhängigen Verfahren durch die zuständige Aufsichtsbehörde (BSG, Urteil vom 31.08.2005 - B 6 KA 6/04 R -; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.09.2018 - L 3 KA 32/16 -). Dies gilt zwar nur, soweit dem Vertragsabschluss ein Verhandlungsprozess zwischen den Vertragspartnern zugrunde liegt, der nicht rechtlich voll determiniert ist. Soweit die Gesamtverträge lediglich Normen vollziehen, kann der einzelne Vertragsarzt mit der Anfechtung des Honorarbescheids bzw. des Bescheids über das ihm zugewiesene RLV gerichtlich klären lassen, ob der zuständige Normgeber die ihn verpflichtenden höherrangigen Normen beachtet hat (BSG, Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 4/13 R -; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.09.2018 - L 3 KA 32/16 -). Ein solcher Fall liegt hier aber nicht vor. Ob und ggf. welche vertragsärztlichen Leistungen besonders gefördert und daher außerhalb der MGV vergütet werden sollen, unterliegt nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V dem Verhandlungsprozess der Gesamtvertragspartner. Den Gesamtvertragsparteien steht hierbei ein weiter Gestaltungsspielraum zu (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.09.2018 - L 3 KA 32/16 -; Sproll in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand: Februar 2018, § 87a SGB V Rn. 24; Engelhart-Au in: Hänlein/Schuler, Sozialgesetzbuch V, 5. Auflage, 2016, § 87a Rn. 17; vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 29.11.2017 - B 6 KA 41/16 R -).

III. Ob das Verhandlungsergebnis der Gesamtvertragsparteien in besonderen Ausnahmefällen im Hinblick auf einen Verstoß gegen das Willkürverbot aus Art. 3 Abs. 1 GG zu überprüfen ist, kann vorliegend dahinstehen. Denn ein solcher Verstoß liegt nicht vor.

1. Bei der Ausgestaltung der Gesamtverträge haben die Vertragspartner einen gerichtlich zu respektierenden Gestaltungsspielraum, der erst dann überschritten wird, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unvertretbar oder unverhältnismäßig ist (BSG, Urteil vom 28.01.2009 - B 6 KA 5/08 R -). Die Gestaltungsfreiheit wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind - etwa weil eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt wird - oder dass es im Lichte von Art. 3 Abs. 1 GG keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. für die ungleiche Behandlung von im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalten gibt (BSG, Urteil vom 28.05.2008 - B 6 KA 49/07 R -). Die Regelung, die Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 entsprechend dem Grundsatz von § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten, steht nicht in einem "groben Missverhältnis" zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken, sie ist nicht in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig. Sie entspricht vielmehr dem Gesetzeszweck, dass die Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die KV "für die gesamte vertragsärztliche Versorgung" der Versicherten gezahlt wird.

Die Tatsache, dass diese Leistungen wie fast alle vertragsärztlichen Leistungen innerhalb der MGV bezahlt werden, bietet auch keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Gruppe der Gynäkologen bewusst gegenüber anderen Leistungserbringern benachteiligt wurde. Das gilt umso mehr, als bspw. mit dem Mammographie-Screening und der Mutterschaftsvorsorge wichtige Bereiche des Leistungsspektrums der Gynäkologen bereits außerhalb der MGV vergütet werden. Andere Facharztgruppen haben weniger Möglichkeiten, Leistungen außerhalb der MGV vergütet zu erhalten. Vor diesem Hintergrund ist eine Benachteiligung der Gynäkologen nicht erkennbar.

2. Es besteht auch keine Vergleichbarkeit mit den Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4, die außerhalb der MGV honoriert werden, in dem Maße, dass nur eine gleiche Honorierung willkürfrei erfolgen könnte. Die Präventionsleistungen nach Abschnitt 1.7.1 sind durch eine enge Zeit- und Mengenbegrenzung einerseits und andererseits die Zielvorgabe einer möglichst vollständigen Mengenausschöpfung geprägt (BSG, Urteil vom 11.09.2002 - B 6 KA 30/01 R -). Ähnliches gilt für die Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen (1.7.2): So kann z.B. die GOP 01730 nur einmal pro Jahr und Frau abgerechnet werden. Auch die Leistungen nach den Abschnitten 1.7.3 (Mammographie-Screening) und 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge) unterliegen strengen Zeit- und Mengenvorgaben. Solche Vorgaben gelten nicht für die "Sonstigen Hilfen", insbesondere für den Abschnitt 1.7.5.: Die GOP 01820 (Ausstellung von Wiederholungsrezepten ...), 01821 (Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung), 01822 (Beratung ggf. einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung), unterliegen keinen derartigen engen Vorgaben. Sie könnten jedenfalls jedes Quartal wiederholt werden, ohne dass das zum Erreichen der von der Klägerin vorgetragenen Gesetzeszwecke erforderlich wäre. Damit fehlt es an vergleichbaren Sachverhalten. Eine Differenzierung ist zulässig. Eine unterschiedliche Behandlung beider Komplexe ist auch dadurch gerechtfertigt, dass die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Erwachsenen (einschließlich der Früherkennung von Brustkrebs) und der Mutterschaftsvorsorge einen engeren Bezug zum Kern der Aufgaben der GKV, der Behandlung von Krankheiten, aufweisen als die Vorsorgeleistungen nach § 25 SGB V, weil die normale Empfängnis und Schwangerschaft, auf die mit den Maßnahmen der §§ 24a, 24b SGB V eingewirkt wird, keine regelwidrigen Vorgänge im Leben einer gesunden Frau sind (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.09.2018 - L 3 KA 32/16 - m.w.N.).

3. Aus der Stellung im EBM lässt sich ebenfalls nichts im Sinne der Klägerin ableiten. Schon im Grundsatz gibt es keinen generellen Vorrang der Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs gegenüber den Regelungen der Honorarverteilung. Regelungen des Bewertungsmaßstabs über die Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen bewirken keine generelle Bindung des Normgebers der Honorarverteilung. Art und Umfang der Leistungen, wie sie im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegt sind, bilden nicht das alleinige Verteilungskriterium; vielmehr können die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Satzungsautonomie ebenso wie die Gesamtvertragspartner im Rahmen des ihnen vom Gesetz eingeräumten Handlungsspielraums daneben auch andere Gesichtspunkte berücksichtigen, auch wenn dadurch im Ergebnis von Bewertungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs abgewichen wird (BSG, Urteile vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R - und vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R -). Dass allein aus der Zugehörigkeit zu den arztgruppenübergreifenden allgemeinen GOPen keine Schlüsse auf einen besonderen Förderungsbedarf gezogen werden können, ergibt sich im Übrigen daraus, dass zu diesem Abschnitt auch vertragsärztliche Standardleistungen wie Besuche, schriftliche Mitteilungen, Infusionen etc. gehören (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.09.2018 - L 3 KA 32/16 -).

4. Selbst wenn die "Sonstigen Hilfen", wie die Klägerin vorträgt, keiner Mengenausweitung zugänglich sein sollten, führt das nicht dazu, dass sie nicht innerhalb der MGV mit der Folge von Quotierungen zu vergüten wären (vgl. BSG, Urteil vom 28.01.2009 - B 6 KA 5/08 R -). Angesichts der vorgegebenen Größe der Gesamtvergütung zielen die Instrumente der Mengensteuerung nicht nur auf das Verhalten des

einzelnen Arztes, sondern dienen auch dem Zweck, die Folgen einer Mengenausweitung auf die jeweilige Arztgruppe zu beschränken und Honorarminderungen für solche Arztgruppen zu verhindern, die zu einer Leistungsausweitung nichts beigetragen haben (BSG, Urteile vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R - und vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R -).

5. Ebenso wenig können Vorschriften für die Verbuchung einzelner Bestandteile der Gesamtvergütung und die Gewährung eines Zuschusses durch den Bund gemäß § 221 SGB V die Annahme eines gesteigerten Förderungsbedarfs der streitbefangenen Leistungen stützen. Insoweit ist zwar die Annahme der Klägerin zutreffend, dass die Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b SGB V einen Sonderstatus innerhalb des SGB V einnehmen. Dies ist aber darin begründet, dass diese Leistungen nicht der Aufgabe der Solidargemeinschaft der GKV dienen, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern (§ 1 Abs. 1 SGB V), sondern als versicherungsfremd angesehen werden (Mack/Hesral in: jurisPK-SGB V, 3. Auflage, 2016, § 221 Rn. 7 2), was mit der Gewährung der Zuschüsse nach § 221 SGB V berücksichtigt wird. Dies spricht eher für eine geringere Förderungswürdigkeit als für eine gesteigerte (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.09.2018 - L 3 KA 32/16 -).

6. Ein Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG ergibt sich auch nicht daraus, dass der Bewertungsausschuss (BewA) vorgegeben hat, dass die zum 01.07.2010 neu in den EBM aufgenommene GOP 01833 außerhalb der MGV vergütet werden soll. Unabhängig davon, dass aufgrund der Alleinzuständigkeit der Gesamtvertragspartner (s.o.) hierfür im Jahr 2010 keine Rechtsgrundlage bestanden haben dürfte, ist der Grund für die extrabudgetäre Vergütung dieser GOP allein darin zu sehen, dass neu in den EBM aufgenommene Leistungen üblicherweise einer zweijährigen Erprobung unterworfen werden, während der sie (noch) nicht aus der MGV vergütet werden. Dies steht in keinem Zusammenhang mit der vorliegenden Problematik eines eventuell bestehenden besonderen Förderungsbedarfs etablierter Leistungen des EBM (so auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.09.2018 - L 3 KA 32/16 -).

7. Kein zwingender Grund dafür, die "Sonstigen Hilfen" außerhalb der MGV zu vergüten, ist der von der Klägerin hervorgehobene Umstand, dass die in den §§ 24a (Empfängnisverhütung) und 24b SGB V (Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation) gesetzlich geregelten Maßnahmen Bestandteil eines auf Beratung und Aufklärung der betroffenen Frauen gerichteten Schutzkonzepts ist, das vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seiner Entscheidung vom 28.5.1993 - 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92 und 2 BvF 5/92 - entwickelt worden ist. Zutreffend ist insoweit, dass das BVerfG das ungeborene Leben unter den Schutz der Art. 1 Abs. 1 und 2 Abs. 2 GG gestellt und deshalb den Staat dazu verpflichtet hat, eine Pflichtberatung der Frau vorzusehen, die darauf gerichtet ist, zum Austragen des Kindes zu ermutigen. Dabei muss die Beratung nach Inhalt, Durchführung und Organisation geeignet sein, der Frau die Einsichten und Informationen zu vermitteln, derer sie für eine verantwortliche Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft bedarf. Zur organisatorischen Umsetzung des Beratungskonzepts hat das BVerfG den Staat zwar verpflichtet, ein angemessenes Beratungsangebot sicherzustellen. Anhaltspunkte dafür, dass hierzu auch ein bestimmtes Honorarniveau in den Beratungsprozess einbezogener (Vertrags)ärzte erforderlich sein soll, sind der Entscheidung aber nicht zu entnehmen (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.09.2018 - L 3 KA 32/16 -).

8. Schließlich ist dadurch, dass die "Sonstigen Hilfen" budgetiert innerhalb der MGV vergütet werden, auch nicht der Grundsatz der Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung verletzt. Ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus § 72 Abs. 2 SGB V i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG kommt erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R -; Beschluss vom 11.03.2009 - B 6 KA 31/08 B -; Senat, Beschluss vom 21.03.2012 - L 11 KA 83/11 B ER -, jew. m.w.N.). Dafür, dass durch eine zu niedrige Honorierung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem zumindest hinsichtlich des Teilgebiets der Gynäkologie und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre, oder dafür, dass im Bereich der Gynäkologie kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist, hat die Klägerin nichts vorgetragen. Dergleichen ist auch nicht ersichtlich. Da dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt eine Mischkalkulation zugrunde liegt (vgl. BSG, Urteil vom 14.03.2001 - B 6 KA 54/00 R -, Beschluss vom 11.03.2009 - B 6 KA 31/08 B -), kommt es auf die Höhe der Vergütung speziell für die Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM nicht an.

B. Die Quotierung der "Sonstigen Hilfen" als außerhalb des RLV aber innerhalb der MGV zu vergütenden Leistungen ist nicht zu beanstanden. Rechtsgrundlage für die Quotierung der "Sonstigen Hilfen" ist § 7 Abs. 2d) HVV in der in IV/2010 und I/2011 gültigen Fassung. Dieser lautete:

"Die Vergütung von den in der Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (5), (7), (8) und (9) sowie Abs. 2b) Nrn. (5), (8) und (9) aufgeführten Leistungen außerhalb des RLV erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit den in Euro vereinbarten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM bzw. mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (7) und (9) bzw. Abs. 2b) Nr. (8) gebildeten eigenständigen Kontingenten überschritten wird. In diesem Fall werden diese Leistungen abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich je Kontingent rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser jeweilige Punktwert errechnet sich durch Division der nach Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (7) und (9) sowie Abs. 2b) Nr. (8) gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent."

Damit haben die regionalen Gesamtvertragspartner die normativen Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 26.03.2010 zutreffend umgesetzt, die ihrerseits mit höherrangigem Recht in Einklang stehen (BSG, Urteil vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R -). Vertragsärzte haben bezogen auf Leistungen, die innerhalb der MGV, aber außerhalb der RLV vergütet werden, keinen Anspruch darauf, von jeder Budgetierung freigestellt zu werden (BSG, Urteile vom 29.11.2017 - B 6 KA 41/16 R -, vom 23.3.2016 - B 6 KA 33/15 R und vom 17.7.2013 - B 6 KA 45/12 R -). Die typischen und speziellen Leistungen einer Arztgruppe werden im RLV honoriert. Angesichts der begrenzten Gesamtvergütung ginge jede Ausweitung der Vergütung der "freien Leistungen" zu Lasten des für die RLV-Leistungen zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens. Würden die freien Leistungen vorab unbegrenzt vergütet, wäre eine angemessene Honorierung der in das RLV fallenden (arztgruppentypischen) Leistungen nicht mehr gewährleistet. Dies würde im Extremfall auch für eine Vergütung der freien Leistungen zu einem garantierten Mindestwert gelten. Das Ziel der Kalkulationssicherheit (das vorwiegend über die, die typischen Leistungen abdeckenden RLV gewährleistet werden soll und nicht über die freien Leistungen) muss angesichts dessen wegen der

Begrenztheit des zur Verteilung zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumens zurücktreten. Denn die Gewährleistung einer Kalkulationssicherheit stellt unter Geltung einer begrenzten Gesamtvergütung nur ein "relatives" Ziel dar, welches im Übrigen nicht "isoliert" und zu Lasten anderer Arztgruppen verwirklicht werden darf. Da in einem System begrenzter Gesamtvergütungen die einer Arztgruppe zugesagte Garantie fester Preise ohne flankierende Steuerungsmaßnahmen regelhaft dazu führt, dass andere Arztgruppen diese Garantie mit finanzieren, indem sie für ihre Leistungen geringere Vergütungen erhalten, kann diese im Prinzip nur Leistungen betreffen, die außerhalb der MGV vergütet werden BSG, Urteil vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R -); hierzu gehören die streitgegenständlichen Leistungen jedoch nicht (s.o. A.).

Bei begrenzter Gesamtvergütung verbietet sich eine isolierte Betrachtung der Honorierung der freien Leistungen. Eine vom Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern ermöglichte Mengensteuerung der nicht vom RLV erfassten Leistungen dient der Sicherung einer insgesamt "angemessenen" Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen. Denn eine feste, begrenzte Gesamtvergütung schließt die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus. Mengenbegrenzungen oder Quotierungen sind unvermeidlich, und jeder Garantiepreis für bestimmte, mengenmäßig nicht begrenzte Leistungen führt bei entsprechender Mengenentwicklung zwangsläufig zu einer Absenkung der Vergütung anderer Leistungen (BSG, Urteile vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R - und vom 17.7.2013 - B 6 KA 45/12 R -).

Erst recht ergibt sich die Notwendigkeit, alle innerhalb der MGV zu vergütenden "freien" Leistungen (ggf.) einer Steuerung zu unterziehen, mit Blick auf das System der RLV. Ein RLV soll nach seiner gesetzlichen Definition einer bestimmten Leistungsmenge entsprechen, die mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird (§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V a.F.). Innerhalb eines RLV werden die typischen und speziellen Leistungen einer Arztgruppe honoriert (BSG, Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R -). Das System der RLV beeinflusst auch die Vergütung solcher Leistungen, die nicht Bestandteil der RLV sind, wie die sogenannten "freien" Leistungen. Wenn diese ohne Steuerungs- oder Begrenzungsmöglichkeiten vergütet werden müssten, hätte das erhebliche Auswirkungen auf die Vergütung der in das RLV der jeweiligen Arztgruppen fallenden und gleichermaßen aus der MGV zu vergütenden Leistungen (BSG, Urteil vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R - m.w.N.). Diese unmittelbare Konsequenz der verbindlichen Einführung eines Systems von RLV zum 1.1.2009 durch den Gesetzgeber des GKV-WSG erfasst auch die innerhalb der MGV zu honorierenden "Sonstigen Hilfen". Je höher der Anteil der darauf entfallenden Vergütungen ist, desto niedriger fallen die RLV aus. Angesichts begrenzter Gesamtvergütung setzt das System der RLV daher eine Quotierung voraus. Würden die "freien Leistungen" ohne Quotierung vergütet, hätte dies zur Folge, dass der auf diesen Teil der Leistungen entfallende Anteil der Gesamtvergütung für die innerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen nicht mehr zur Verfügung stünde. Weder eine angemessene Honorierung dieser in das RLV fallenden Leistungen noch eine gewisse Kalkulationssicherheit wären gewährleistet, wenn die freien Leistungen vorab unbegrenzt vergütet würden, sodass im Extremfall, also bei zu geringen RLV auch die Funktionsfähigkeit des Systems der RLV insgesamt beeinträchtigt sein könnte (BSG, Urteile vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R - und vom 17.07.2013 - B 6 KA 45/12 R -).

Von der Ermächtigung, außerhalb der RLV zu vergütende Leistungen betreffende Vorgaben zu erlassen, ist auch die Befugnis des Bewertungsausschuss umfasst, für einzelne - definierte - Regelungsbereiche von detaillierten Vorgaben abzusehen und die regionalen Vertragspartner zur näheren Ausgestaltung und Umsetzung zu ermächtigen. Ohnehin gilt, dass der Begriff der "Vorgaben" verlassen wird, wenn der Bewertungsausschuss Regelungen erlässt, die für die regionalen Vertragspartner verbindlich sein sollen. Die Regelung, dass sich die regionalen Vertragspartner über das Verfahren bei einer Überschreitung einigen sollen, hält sich daher gerade im Rahmen von "Vorgaben", weil diese zwar einen Regelungsauftrag erhalten, ihnen jedoch nicht verbindlich vorgegeben wird, in welcher Form diese "Einigung" bei einer Überschreitung des Vergütungsvolumens zu erfolgen hat. Die regionalen Vertragspartner sind auch zutreffender Adressat der Ermächtigung, da sie (im maßgeblichen Zeitraum) ungeachtet bundeseinheitlicher Vorgaben weiterhin zum Erlass normativer Vorgaben für die Honorarverteilung ermächtigt und verpflichtet waren (BSG, Urteile vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R -).

Die Quotierung der "Sonstigen Hilfen" ist auch im Übrigen rechtmäßig. Zwar trifft es zu, dass bei einer Quotierung die Kalkulationssicherheit nicht mehr in vollem Umfang gegeben ist, weil die - quotierte - Höhe der Erstattungen erst im Nachhinein feststeht. Allerdings hat innerhalb einer begrenzten Gesamtvergütung das Ziel der Kalkulationssicherheit nur "relative" Bedeutung: Die Maßnahmen sind darauf auszurichten, dieses Ziel zu erreichen, sofern dem die Begrenztheit des zur Verteilung zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens nicht entgegensteht (BSG, Urteil vom 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R -).

Eine Rechtswidrigkeit der Quotierung folgt auch nicht daraus, dass nicht sichergestellt gewesen wäre, dass die freien Leistungen mit einer Mindestquote honoriert werden (dies offenlassend: BSG im Urteil vom 17.07.2013 - B 6 KA 45/12 R -). Die "Sonstigen Hilfen" fallen unter Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2b) Nr. (8) HVV. Hierfür wurde gemäß Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2b) der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt. Damit war sichergestellt, dass zumindest insgesamt das gleiche Vergütungsvolumen zur Verfügung stand wie zwei Jahre zuvor. Auch die Berechnung des RLV-Vergütungsvolumens knüpfte (mit weiteren Anpassungsfaktoren) an das Jahr 2008 an. Daher war - mit Ausnahme eines exorbitanten, für die "Sonstigen Hilfen" nicht zu erwartenden Wachstums - ein hohes Vergütungsniveau, das über der abgestaffelten Honorierung für über das RLV hinausgehende Leistungen liegen dürfte, sichergestellt. Über das RLV hinausgehende Leistungen wurde im Quartal I/2010 mit 0,3278 Cent, also nur zu 9,35 % vergütet. Das Honorarniveau für die freien Leistungen liegt weit darüber bei 2,9052 Cent (82,89%). So hat das BSG auch die Rechtmäßigkeit der identischen Regelung zur Quotierung der pathologischen Gebührenordungspositionen (Kap. 19 EBM) im Bereich der Beklagten bestätigt (BSG, Urteil vom 23.03.2016 - B 6 KA 33/15 R -). Im Gegensatz zu den Gynäkologen profitieren dabei die Pathologen nicht einmal von einer über das RLV gesicherten Kalkulationssicherheit.

C. Schließlich folgt eine Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide auch nicht daraus, dass der Fallwert der Gynäkologen nicht ausgereicht haben mag, um die gynäkologischen Grundpauschalen GOP 08211 und 08212 nach den Preisen der "Euro-Gebührenordnung" zu vergüten. Die Klägerin geht davon aus, dass ihr RLV so hoch sein muss, dass die wesentlichen Leistungen ihres Fachgebietes rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Das mag der Idealkonzeption des Gesetzes entsprechen, ist jedoch nicht durchweg realisierbar, wenn die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen Grundlage der Berechnung der RLV sind. Das Grundsystem der Vergütung der Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen durch die Krankenkassen mit einem - steigenden, aber grundsätzlich festen - Betrag ist nicht durchweg kompatibel mit der Vorstellung, eine bestimmte, den Großteil der vertragsärztlichen Leistungen auf einem bestimmten Fachgebiet umfassende Leistungsmenge je Fall mit festen Preisen zu vergüten (BSG, Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R -).

Das Gesetz gibt nicht vor, dass ein RLV anhand der mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung bewerteten Leistungsmenge zu berechnen ist. Nach § 87b Abs. 3 SGB V a.F. sind die Werte für die RLV vielmehr zum einen morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen (Satz 1), zum anderen sind insbesondere die dort aufgeführten Zahlungen sowie Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte zu berücksichtigen (Satz 2). Nach Satz 2 Nr. 1 wird ausdrücklich die Berücksichtigung der "Summe der für einen Bezirk der KV nach § 87a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen" vorgegeben. Maßgeblicher Faktor für die Höhe des RLV sind somit nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung, sondern die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen. Somit stellt das RLV nur im "Idealfall" sicher, dass die von ihm erfasste Leistungsmenge in vollem Umfang mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird: Dies ist nämlich nur dann der Fall, wenn die Höhe der gezahlten Gesamtvergütungen - bzw. der auf die in das RLV fallende Leistungsmenge bezogene Anteil hieran - mit dem Geldbetrag übereinstimmt, der für die in das RLV fallenden Leistungen nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung insgesamt zu zahlen wäre. Es ist aber keineswegs ausgeschlossen, dass der für die Vergütung der in das RLV fallenden Leistungen zur Verfügung stehende Gesamtvergütungsanteil hierfür nicht ausreicht (BSG, Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R -). Das beruht darauf, dass für die Höhe der Gesamtvergütungen maßgeblich der vereinbarte Behandlungsbedarf und nicht das Punktzahlvolumen der tatsächlich abgerechneten Leistungen ist. Entgegen der von der Klägerin vertretenen Auffassung sind mit "Behandlungsbedarf" i.S. des § 87a Abs. 3 Satz 3 SGB V nicht die durch die Grundpauschalen abgegoltenen Leistungen oder das faktische Behandlungsaufkommen gemeint, sondern allein der durch Vereinbarung festgelegte Bedarf. Damit ist es durchaus denkbar, dass auch Leistungen, die nach Ansicht der Klägerin "notwendig" sind, nicht mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden können und müssen (BSG, Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R -).

Allerdings kann nach ständiger Rechtsprechung (BSG, Urteile vom 23.03.2016 - B 6 KA 33/15 R - und vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R -) eine Reaktionspflicht des Normgebers in Fällen eines sich auf das Honorar einer Arztgruppe mindernd auswirkenden gravierenden Punktwertverfalls bestehen. Die Voraussetzungen einer solchen Reaktionspflicht liegen hier jedoch nicht vor. Eine Reaktionspflicht kann - neben weiteren Voraussetzungen - erst ein sich auf das Honorar mindernd auswirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau begründen. Eine Reaktionspflicht setzt ferner eine dauerhafte Entwicklung voraus. Dies kann im Regelfall frühestens nach Vorliegen von Daten aus mindestens zwei Quartalen angenommen werden (BSG, Urteile vom 23.03.2016 - B 6 KA 33/15 R -). Sofern diese Grundsätze in Bezug auf die Festsetzung von RLV überhaupt anwendbar sind (dies anzweifelnd: BSG, Urteil vom 23.03.2016 - B 6 KA 33/15 R -), kann unter Maßgabe fester Punktwerte innerhalb eines RLV ein "Punktwertverfall" jedenfalls nur noch indirekt eintreten, wenn der Umfang des Regelleistungsvolumens nicht mehr die erforderliche Leistungserbringung abdeckt und damit faktisch zu einer tatsächlichen Leistungsabwertung führt, da ein Großteil der Leistungen nur noch zum sog. unteren Punktwert bzw. einer Restvergütungsquote vergütet werden kann. Dies kann z.B. dann der Fall sein, wenn die Grundpauschale, die fast in jedem Behandlungsfall anfällt, unterhalb des für das RLV maßgebenden Fallwerts liegt (SG Marburg, Urteil vom 16.11.2011 - S 12 KA 614/10 -). Bezogen auf die beiden streitgegenständlichen Quartale fehlt es daran. Der Fallwert der Gynäkologen betrug im Quartal III/2010 15,07 EUR, im Quartal IV/2010 13,71 EUR und im Quartal I/2011 12,44 EUR. Die GOP 08211 wurde im Jahr 2010 mit 420 Punkten bzw. 14,72 EUR und in 2011 mit 410 Punkten bzw. 14,37 EUR nach der Euro-Gebührenordnung vergütet. Die GOP 08212 wurde im Jahr 2010 mit 475 Punkten bzw. 16,65 EUR und in 2011 mit 414 Punkten bzw. 14,54 EUR nach der Euro-Gebührenordnung vergütet (Wezel/Liebold, Der Kommentar zu EBM und GOÄ, ...). Damit unterschritt nur in IV/2010 der Fallwert die GOP 08212 um mehr als 15%. Weder in III/2010 noch in I/2011 unterschritt der Fallwert eine der genannten Grundpauschalen um mehr als 15%. Eine Pflicht zum Eingreifen bestand somit nicht. Stellt man auf die durchschnittliche Grundpauschale ab (so BSG, Beschluss vom 28.10.2015 - B 6 KA 35/15 B -), ohne Gewichtung danach, wie häufig die verschiedenen Grundpauschalen abgerechnet werden, lag die durchschnittliche Grundpauschale der Gynäkologen in 2010 bei ((11,22+14,72+16,65):3=) 14,20 EUR. Diese wurde nicht um 15% (=12,21 EUR) unterschritten. Eine Korrektur könnte im Übrigen regelmäßig nur für die Zukunft gefordert werden (BSG, Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R -).

D. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2020-01-03