
S 16 KA 22/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Sozialgericht Dortmund
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	16
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 16 KA 22/13
Datum	27.01.2016

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung der Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in den Quartalen III und IV/2010.

Die Klägerin ist eine fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft, die von den Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dres. N F (ME) und S F (RE) geführt wird und seit Sommer 2001 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. In der Praxis ist außerdem die Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe F1 tätig, deren Anstellung am 31.12.2008 mit dem Faktor 1 genehmigt wurde.

Mit Zuweisungsbescheid vom 28.05.2010 wies die Beklagte der Klägerin für das Quartal III/2010 ein praxisbezogenes Honorarvolumen von 60.246,73 EUR zu. Davon entfielen 56.600,38 EUR auf das Regelleistungsvolumen (RLV) und 3.646,35 EUR auf qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV). Die arztbezogene Ermittlung des RLV-Betrags ergab 16.428,98 EUR für ME, 26.236,09 EUR für RE sowie

13.935,31 EUR für HE. Diese arztbezogenen RLV errechneten sich jeweils als Produkt aus der RLV-relevanten Fallzahl des Vorjahresquartals (784, 1252 bzw. 665), dem RLV-Fallwert für die Arztgruppe der Gynäkologen (18,83 EUR), dem nach den Daten des Vorjahresquartals bemessenen Morbiditätsfaktor (1,0117) sowie dem für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften gewährten Faktor 1,1. Die QZV von 1.058,40 EUR für ME, 1.690,20 EUR für RE und 897,75 EUR für HE ergaben sich jeweils als Produkt der jeweiligen Fallzahl von 784, 1252 bzw. 665 und dem QZV-Fallwert der Arztgruppe für "Psychosomatische GV, Übende Verfahren" von 1,35 EUR. Der Bescheid enthielt den Hinweis, dass ab dem Quartal III/2010 nahezu alle innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergüteten Leistungen einer Mengenbegrenzung unterlägen. Neben den bisher schon durch RLV begrenzten Leistungen würden jetzt auch bislang "freie" Leistungen durch arztgruppenspezifische QZV einer Mengensteuerung unterworfen.

Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin unter dem 24.06.2010 Widerspruch ein mit dem Ziel, die Leistungen der Abschnitte 1.7.5 EBM (Empfängnisregelung) 1.7.6 EBM (Sterilisation) und 1.7.7 EBM (Schwangerschaftsabbruch) sämtlich außerhalb der MGV unbudgetiert vergütet zu bekommen; hilfsweise solle die Beklagte diese Leistungen zwar innerhalb der MGV, aber außerhalb des Vergütungsvolumens (Honorartopfes) der Fachgruppe der Gynäkologen vergüten, wegen Praxisbesonderheiten gemäß Ziffer 4.5 RLV-V einen Zuschlag auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe zuerkennen und die Praxis von einer etwaigen Fallzahlabstaffelung vollumfänglich freistellen, zumindest aber eine Erhöhung der RLV-relevanten Fallzahl gemäß Ziffer 4.4 RLV- V gewähren.

Mit Bescheid vom 21.1.2011 hob die Beklagte den Bescheid vom 28.05.2010 auf und erteilte gleichzeitig einen neuen Zuweisungsbescheid. Danach wurde nunmehr ein Honorarvolumen von 64.127,87 EUR festgesetzt. Der Anteil des RLV betrug 59.680,82 EUR, der der QZV 4.447,05 EUR. Dabei hatte die Beklagte nunmehr für die drei Ärzte Fallzahlen von 833, 1190 und 825 zugrunde gelegt und bei HE außerdem ein QZV Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie mit einem Fallwert von 0,73 EUR in Ansatz gebracht. Dem lag zugrunde, dass die Beklagte mit Bescheid vom selben Tag eine von der Klägerin beantragte individuelle Zuweisung der Arztfälle vorgenommen und den durch HE als "Jungärztin" erzielten Fallzahlzuwachs der Praxis maximal bis zur Höhe der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe anerkannt hatte.

Am 21.02.2011 legte die Klägerin auch gegen diesen Berichtigungsbescheid bzw. Neuzuweisungsbescheid Widerspruch ein.

Mit Abrechnungsbescheid vom 12.01.2011 erkannte die Beklagte für das Quartal III/2010 einen Honoraranspruch der Klägerin auf 145.625,64 EUR an. Davon entfielen 66.331,45 EUR auf das (nach Maßgabe des Berichtigungsbescheides vom 21.01.2011 berechnete) Honorarvolumen, 7.091,39 EUR auf freie Leistungen innerhalb der MGV, 71.081,05 EUR auf freie Leistungen außerhalb der MGV sowie 1.121,75 EUR auf Leistungen für Patienten, für die nicht die gesetzlichen Krankenkassen, sondern sonstige Kostenträger zuständig sind. Unter dem 28.01.2011 erhob die Klägerin gegen diesen Bescheid ebenfalls Widerspruch.

Mit Zuweisungsbescheid vom 27.08.2010 wies die Beklagte ihr für das Quartal IV/2010 ein praxisbezogenes Honorarvolumen von 54.298,38 EUR zu. Davon entfielen 51.068,89 EUR auf das RLV und 3.229,49 EUR auf QZV. Die arztbezogene Ermittlung des RLV-Betrags ergab 15.957,83 EUR für ME, 22.865,24 EUR für RE sowie 12.245,82 EUR für HE. In diesem Quartal lagen der Berechnung Fallzahlen von 834,1195 bzw. 640, ein arztgruppenspezifischer Fallwert von 17,26 EUR und ein Morbiditätsfaktor von 1,0078 zugrunde. Die QZV von 1.009,14 EUR für ME, 1.445,95 EUR für RE und 774,40 EUR für HE ergaben sich jeweils als Produkt der jeweiligen Fallzahl und dem QZV-Fallwert der Arztgruppe für "Psychosomatische GV, Übende Verfahren" von 1,21 EUR.

Mit Bescheid vom 23.04.2011 hob die Beklagte den Bescheid vom 27.08.2010 auf und erteilte gleichzeitig einen neuen Zuweisungsbescheid. Danach wurde nunmehr ein Honorarvolumen von 60.156,77 EUR festgesetzt. Der Anteil des RLV betrug 55.967,22 EUR, der der QZV 4.189,55 EUR. Arztbezogen ergaben sich für ME 15.135,07 EUR RLV und 957,11 EUR QZV, für RE 23.056,58 EUR RLV und 1.458,05 EUR QZV sowie für HE 17.775,57 EUR RLV und 1.774,39 EUR QZV. Die Abweichungen gegenüber dem ursprünglichen Zuweisungsbescheid beruhten darauf, dass nunmehr die im Bescheid vom selben Tag anerkannten insgesamt höheren Fallzahlen von 791,1205 bzw. 929 zugrunde gelegt wurden und bei HE außerdem ein QZV Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie mit einem Fallwert von 0,70 EUR in Ansatz gebracht wurde.

Gegen diese Bescheide legte die Klägerin am 06.05.2011 Widerspruch ein. Mit Abrechnungsbescheid vom 13.04.2011 erkannte die Beklagte für das Quartal IV/2010 einen Honoraranspruch der Klägerin auf 138.442,66 EUR an. Davon entfielen 63.148,91 EUR auf das (nach Maßgabe des Berichtigungsbescheides vom 23.4.2011 berechnete) Honorarvolumen, 7.942,12 EUR auf freie Leistungen innerhalb der MGV, 65.994,69 EUR auf freie Leistungen außerhalb der MGV sowie 1.356,94 EUR auf Leistungen für Patienten, für die nicht die gesetzlichen Krankenkassen, sondern sonstige Kostenträger zuständig sind.

Unter dem 04.05.2011 erhob die Klägerin gegen diesen Bescheid ebenfalls Widerspruch. Zur Begründung ihrer Widersprüche führte sie unter dem 07.05.2012 aus: Im Kern wende sie sich gegen die ab III/2010 geltende Eingruppierung der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM in das RLV. Nach [§ 87 a Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) könnten vertragsärztliche Leistungen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich sei. Die in Rede stehenden "Sonstigen Hilfen" seien in diesem Sinne als besonders förderungswürdige Leistungen anzusehen. In seiner Entscheidung vom 28.5.1993, Az: [2 BvF 2/90](#), 4/92 und 5/92, habe das Bundesverfassungsgericht den Rechtsanspruch auf Beratung und Aufklärung der Schwangeren betont und im Hinblick auf die Schutzpflicht des Gesetzgebers für das ungeborene Leben festgestellt, dass im Rahmen eines Beratungskonzepts die im Interesse der Frau notwendige Beteiligung des Arztes zugleich Schutz für das ungeborene Leben bewirke. In Umsetzung dieses Urteils habe der Gesetzgeber die durch das

Schwangeren- und Familienhilfegesetz vom 27.07.1992 in das SGB V aufgenommenen Regelungen der Empfängnisverhütung sowie des Schwangerschaftsabbruchs und der Sterilisation durch das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21.08.1995 modifiziert. Die positive Wirkung dieser Regelungen habe insbesondere in einem deutlichen Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche Ausdruck gefunden. Um Schwangerschaftsabbrüche möglichst zu vermeiden, bedürfe es einer umfassenden Beratung im Hinblick auf Empfängnisverhütung nach [§ 24 a SGB V](#) und Leistungen der damit in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Sterilisation nach [§ 24 b SGB V](#). Die Leistungen nach diesen beiden Vorschriften seien mit ihrer Aufnahme in den 3. Abschnitt des SGB V den besonders geförderten Leistungen zugeordnet worden. Dementsprechend habe der Bewertungsausschuss sie mit seinem Beschluss nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vom 29.10.2004 ausdrücklich als besonders förderungswürdige Leistungen aufgeführt. Die zum Quartal III/2010 erfolgte Einbeziehung dieser Leistungen in das RLV sei systemwidrig, weil eine Mengensteuerung präventiver Beratungs- und Untersuchungsleistungen zu höheren Folgekosten für das Gesundheitssystem führen könnte. Wie bei der Substitutionsbehandlung sei nur eine Vergütung dieser Leistungen außerhalb der MGV rechtmäßig. Im Übrigen habe der Bewertungsausschuss für die durch Beschluss vom 01.07.2010 neu aufgenommene GOP 01833 (Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung) klargestellt, dass die Vergütung bis auf Weiteres, zumindest bis zum 30.09.2012, außerhalb der MGV erfolgen solle. Die Einbeziehung der in Rede stehenden "Sonstigen Hilfen" ins RLV habe bei der Klägerin zu einem spürbaren Umsatzrückgang geführt; sie könnten nun nicht mehr kostendeckend erbracht werden. Die Erhöhung des RLV-Fallwertes reiche nicht aus. Da der Frauenarzt aufgrund der normativen Vorgaben sogar dazu angehalten sei, auf die Inanspruchnahme von Beratungs- und Vorsorgeleistungen hinzuwirken, seien honorarbegrenzende Maßnahmen – wie das BSG mit Urteil vom 11.09.2002, Az: [B 6 KA 30/01 R](#), zur Bildung von Obergrenzen für freie Leistungen im Hinblick auf Kinder-Früherkennungsuntersuchungen entschieden habe – rechtswidrig. Es müsse ein wirtschaftlicher Anreiz erhalten bleiben, diese Leistungen, die wegen ihrer Besonderheiten einer Mengenbegrenzung nicht zugänglich seien, ggf. auch unter Ausweitung des bisherigen Abrechnungsvolumens zu erbringen. Diese Gesichtspunkte könnten zulässiger Weise inzidenter aufgrund eines Widerspruchs bzw. einer Klage gegen die RLV- und Abrechnungsbescheide geltend gemacht werden (vgl. SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010, Az: [S 11 KA 340/09](#); SG Berlin, Urteil vom 02.05.2012, Az: [S 83 KA 399/10](#)). Mit Widerspruchsbescheid vom 11.02.2013, zugestellt am 12.02.2013, wies die Beklagte gemäß Vorstandsbeschluss die Widersprüche gegen die Zuweisungsbescheide in Form der Berichtigungsbescheide und die Abrechnungsbescheide für die Quartale III und IV/2010 zurück. Die Widersprüche seien unzulässig. Denn die Vertragsärzte könnten grundsätzlich keine Überprüfung der Höhe der vereinbarten Gesamtvergütung beanspruchen (BSG, Urteil vom 31.08.2005, [B 6 KA 6/04 R](#); 14.07.1965, Rka 27/6; LSG NW, Urteil v 11.03.2009, Az: [L 11 KA 28/08](#)). Hilfsweise sei von der Unbegründetheit der Widersprüche auszugehen. Selbst wenn die streitige Rechtsfrage, ob die in Rede stehenden "Sonstigen Hilfen" in den Quartalen III und IV/2010 außerhalb der MGV ohne Mengenbegrenzung als besonders förderungswürdige Leistungen hätten honoriert

werden müssen, einen normativen Bestandteil der Gesamtvergütung beträfe, beständen bereits Bedenken gegen die Aktivlegitimation der Klägerin. Denn die Vertragsärzte könnten, entsprechend den von ihnen erbrachten Leistungen, nur Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen des HVM beanspruchen. Im Übrigen beständen auch keine Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit der Bescheide. Die in Rede stehenden Leistungen seien innerhalb der MGV mengenbegrenzt zu vergüten. Während die Leistungen 2004 noch außerhalb des Arztgruppentopfes honoriert worden seien, seien sie in den Folgejahren einschließlich 2008 innerhalb dieses Topfes vergütet worden. Der Bewertungsausschuss habe sie in seinem Beschluss nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vom 29.10.2004 nicht als besonders förderungswürdige Leistungen aufgeführt. Wenn Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch nach der damaligen Rechtslage aus dem sogenannten Arzttopf zu vergüten gewesen seien, bedeute das eine Erstattung innerhalb der MGV. In dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung seien die Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM nicht in dem zu Ziffer 1.2 des Teiles A enthaltenen Katalog der außerhalb der MGV zu vergütenden Leistungen aufgeführt worden. Der Beschluss vom 02.09.2009, Teil A, Ziffer 2.3 Nr. 2 habe diesen Katalog unverändert mit Geltung für das Jahr 2010 übernommen. Auch bei der Modifizierung zum 01.07.2010 seien diese Leistungen Bestandteil der MGV geblieben. In den Quartalen I/2009 bis II/2010 seien sie lediglich innerhalb der MGV als "freie Leistungen" außerhalb der RLV vergütet worden. Der klägerseits angeführte Rückgang von Schwangerschaftsabbrüchen seit 1992 lasse sich nicht nur auf die Möglichkeit umfassender Beratung zurückführen. Mit der zum 01.07.2010 in Kraft getretenen Änderung ihres zum 01.01.2009 geschlossenen RLV-Vertrags habe die Beklagte entsprechend den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsbeschlusses unter Ziffer 3.2 die Leistungen aufgeführt, die außerhalb der MGV zu vergüten seien, wozu die "Sonstigen Hilfen" nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM aber eben nicht gehörten. Von der durch [§ 87 a Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) eröffneten Möglichkeit, darüber hinaus die Vergütung weiterer besonders förderungswürdiger Leistungen außerhalb der MGV zu vereinbaren, hätten die Partner der Gesamtverträge keinen Gebrauch gemacht und wären hierzu auch nicht verpflichtet gewesen. Die in Rede stehenden Leistungen seien auch nicht als besonders förderungswürdig einzustufen. Anders als bei den "Kinder-Früherkennungsuntersuchungen" lasse sich auch die Gefahr einer Mengenausweitung nicht ausschließen. Aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts könne die Klägerin nichts für die Einstufung der Leistungen als besonders förderungsbedürftig herleiten. Nach Einbeziehung dieser Leistungen ins RLV seien sie in III/2010 mit 75,48 % vergütet worden. Bei einem Gesamthonorar von 145.625,64 EUR und einem Gesamtfallwert von 50,91 EUR liege die Klägerin deutlich über den Vergleichswerten der Fachgruppe. Die Behauptung, dass sie keine Kostendeckung mehr erreichen könne, sei also anzuzweifeln.

Daraufhin hat die Klägerin am 05.03.2013 die vorliegende Klage erhoben und zur Begründung ausgeführt: Da sie Adressatin der angefochtenen Bescheide sei und inzidenter die Rechtmäßigkeit der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und der Regelungen des RLV-Vertrags geprüft werden könnten, hätte die Beklagte die Widersprüche nicht als unzulässig zurückweisen dürfen. Die Klägerin werde durch

die angefochtenen Bescheide in ihren Rechten verletzt. Zwar habe das BSG zur Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007 entschieden, dass die Höhe der Gesamtvergütung Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung eines Honorarbescheides sein könne. Jedoch gehe es vorliegend nicht um die Höhe der Gesamtvergütung, sondern um die Frage, ob die "sonstigen Hilfen" überhaupt im Zuge der Gesamtvergütung honoriert werden dürften. Außerdem sei der Grundsatz, dass die Gesamtvergütung von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung gezahlt werde und Nachforderungen der Kassenärztlichen Vergütung ausgeschlossen seien, mit Einführung des ab 1.1.2009 geltenden Vergütungssystems durch den Übergang des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen relativiert worden. [§ 87 a Abs. 3 Satz 5](#), 2. Halbsatz SGB V eröffne die Möglichkeit, besonders förderungswürdige vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Da der Bewertungsausschuss weder in seinem Beschluss vom 27./28.08.2008 noch in nachfolgenden Beschlüssen abschließend verpflichtende Regelungen getroffen habe, welche Leistungen extrabudgetär zu vergüten seien, verbleibe es dabei, dass nach [§ 87 a Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) weitere förderungswürdige Leistungen bestimmt werden könnten. Auf dieser Grundlage habe die Beklagte mit den Landesverbänden der Krankenkassen ab I/2009 den jeweiligen HVV vereinbart, nach dem bis einschließlich II/2010 die in Rede stehenden "Sonstigen Hilfen" zwar innerhalb der MGV, jedoch außerhalb der RLV zum vollen regionalen Punktwert vergütet worden seien. Ab III/2010 habe die Beklagte aber weder von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, diese Leistungen extrabudgetär zu vergüten, noch sie innerhalb der MGV außerhalb des RLV oder im Rahmen eines QZV vergütet, sondern sie in Abkehr zur langjährigen Praxis ins RLV eingegliedert. Dies habe trotz Anhebung des Fallwertes zu ganz erheblichen Honorarverlusten der Klägerin geführt (wird ausgeführt). Ihre Behauptung, dass der Fallwert der Klägerin trotzdem über dem entsprechenden Durchschnittswert der Fachgruppe liege, möge die Beklagte belegen. Die Einbeziehung der "Sonstigen Leistungen" in das RLV sei rechtswidrig. Ohne dass der jeweilige Gynäkologe sein Leistungs- bzw. Abrechnungsverhalten ändere oder die Leistungsmenge steuern könne, sinke seine Honorarauszahlung drastisch. Die Leistungsanforderung der klägerischen Praxis in diesem Bereich sei dagegen seit I/2009 praktisch gleichgeblieben. Im Vergleich mit denjenigen Leistungen, die nach dem für die Quartale III und IV/2010 maßgeblichen HVV extrabudgetär zu vergüten seien, sei nicht nachvollziehbar, weshalb nicht auch die "Sonstigen Hilfen" außerhalb der MGV vergütet würden. Wie bei den Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 handele sich dabei im Wesentlichen um präventive Leistungen. Auch die Buchungsvorschriften der gesetzlichen Krankenkassen, nach denen die "Sonstigen Hilfen" der Kontengruppe 53 "versicherungsfremde Leistungen" unterfielen, und die Tatsache, dass diese Leistungen- ausweislich der die Verteilung der pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen regelnden PauschAV – als versicherungsfremde Leistungen nach [§ 221 SGB V](#) durch Zahlungen des Bundes besonders bezuschusst worden seien, spreche dafür, diese Leistungen ebenso wie die versicherungsfremden Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft außerhalb der MGV zu vergüten. Eine Vergütung dieser "Sonstigen Hilfen" außerhalb der RLV, aber innerhalb der MGV zum vollen Punktwert komme nicht als alternative Lösung in Betracht. Denn in diesem Fall würde jede Inanspruchnahme solcher Leistungen dazu führen, dass der Honorartopf für die RLV-

Leistungen geschmälert werde und der RLV-Wert sinke. Tatsächlich habe der Fallwert in den Quartalen IV/2009 bis II/2010 nicht einmal ausgereicht, um die Grundpauschalen abzudecken. Nur die Entscheidung für eine Vergütung außerhalb der MGV hätte ermessensfehlerfrei ergehen können.

Die Klägerin beantragt,

die Zuweisungsbescheide für die Quartale III und IV/2010 in Gestalt der insoweit erlassenen Berichtigungsbescheide sowie die Honorarbescheide für diese Quartale insoweit aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die diesbezgl. eingelegten Widersprüche der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden, als die von der Klägerin erbrachten Leistungen der Kapitel 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 EBM außerhalb der MGV unbudgetiert zum jeweils regional vereinbarten vollen Punktwert zu vergüten seien.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie bezieht sich auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid und verweist ergänzend auf das Urteil des Sozialgerichts München vom 01.10.2014, Az: [S 38 KA 917/13](#), das die Vergütung der fraglichen Leistungen im RLV als rechtmäßig bestätigt habe. Wie die Krankenkassen die Ausgaben für diese Leistungen kontenmäßig zuordneten oder ob es sich hierbei um versicherungsfremde Leistungen im Sinn des [§ 221 SGB V](#) handele, lasse keinen Rückschluss auf eine Vergütung dieser Leistungen außerhalb der MGV zu.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen; diese Akten sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt (vgl. [§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes – SGG -).

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 1 SGG](#) zulässig. Insbesondere bestehen keine Bedenken gegen die Klagebefugnis. Hierfür reicht es – ebenso wie für die von der Beklagten zu Unrecht verneinte Widerspruchsbefugnis – aus, dass die Klägerin als Adressatin der in Rede stehenden Bescheide deren Rechtswidrigkeit und eine daraus folgende Verletzung ihrer Rechte geltend macht.

Soweit es um die RLV-Zuweisungsbescheide in Gestalt der diesbezüglichen Berichtigungsbescheide geht, könnte eine Beschwer der Klägerin allenfalls deshalb fraglich sein, weil die von der Klägerin gewünschte Vergütung der Leistungen nach

den Abschnitten 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 außerhalb der MGV konsequenter Weise zu niedrigeren RLV führen würde. Denn diese Leistungen müssten dann aus dem für die Ermittlung des RLV maßgeblichen arztgruppenspezifischen Fallwert herausgerechnet werden. Dass der Klägerin aber trotzdem auch bzgl. der RLV-Zuweisungsbescheide eine Klagebefugnis zuzubilligen ist, ergibt sich aus dem Regelungszusammenhang zwischen Zuweisungsbescheiden und Abrechnungsbescheiden: Mit der Zuweisung des RLV wird eine Teilregelung der Honorarberechnung getroffen, die in den Abrechnungsbescheid so zu übernehmen und diesem zugrunde zu legen ist. Wird sie nicht angefochten, lässt der Vertragsarzt also den Zuweisungsbescheid in Bestandskraft erwachsen, kann er im Honorarstreitverfahren nicht mehr dessen Fehlerhaftigkeit geltend machen (vgl. BSG, Urteil vom 15.08.2012, Az: [B 6 KA 38/11 R](#), und vom 03.02.2010, Az: [B 6 KA 31/08 R](#)). Ohne Anfechtung der Zuweisungsbescheide liefe die Klägerin also Gefahr, mit ihrer Klage auf Abänderung der Honorarbescheide durch Festsetzung weiterer Honoraranteile außerhalb der MGV schon deshalb zu scheitern, weil mit der Bestandskraft der RLV-Bescheide bereits bindend entschieden wäre, dass die in Rede stehenden Leistungen dem RLV unterfallen.

Unproblematisch ist auch, dass die Klägerin die Überprüfung der angefochtenen Bescheide auf die Frage beschränkt hat, ob diese Bescheide insoweit nicht von einer Vergütung außerhalb der MGV hätten ausgehen müssen. Eine solche Beschränkung auf eine Vorfrage oder ein Teilelement zur Bestimmung des vertragsärztlichen Honorars ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteil vom 15.08.2012, Az: [B 6 KA 38/11 R](#)) zulässig, solange der jeweilige Quartalshonorar- (bzw. Zuweisungs-) Bescheid – wie hier – noch nicht bestandskräftig ist, und kann auch im Rahmen der Anfechtung eines solchen Bescheides erfolgen.

Die Klage ist jedoch nicht begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf teilweise Aufhebung der angefochtenen Bescheide und Verpflichtung zur Neubescheidung insoweit, als die Leistungen der Abschnitte 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 nunmehr als Leistungen außerhalb der MGV in Ansatz zu bringen und damit unbudgetiert zum jeweils regional vereinbarten vollen Punktwert zu vergüten wären. Denn hierfür gibt es keine Rechtsgrundlage.

Die Zuordnung dieser Leistungen zum RLV ergibt sich aus den einschlägigen Regelungen der "Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit Regelleistungsvolumina" (RLV-V), mit der die Beklagte und ihre Vertragspartner auf regionaler Ebene die insoweit auf Bundesebene gefassten Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses umgesetzt haben und die für die Quartale III und IV/2010 in der Fassung vom 21.05.2010 gilt.

Die RLV-V unterscheidet zwischen Leistungen, die Bestandteil der MGV sind (vgl. Ziffer 2.1) und solchen, die außerhalb der MGV zu vergüten sind (vgl. Ziffer 2.2). Mit Wirkung ab 01.01.2009 werden zwar alle vertragsärztlichen Leistungen mit den Preisen der regional geltenden Euro-Gebührenordnung vergütet. Innerhalb der MGV jedoch wird die Menge der zu diesen Preisen zu vergütenden Leistungen durch das

gesetzlich vorgeschriebene Instrument des RLV und der QZV begrenzt (vgl. Satz 2 der Präambel). Eine Ausnahme hiervon gilt zum einen für die in Ziffer 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3 und 3.5 RLV-V genannten Leistungen bzw. Kosten, zu denen die in Rede stehenden Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 des EBM aber nicht gehören. Zum anderen werden außerhalb der RLV und QZV solche Leistungen vergütet, die besonders gefördert werden sollen oder bei denen dies medizinisch geboten ist (vgl. Satz 3 der Präambel der RLV-V). Gemäß Ziffer 3.3 RLV-V zählen hierzu aber nur schriftliche Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkasse nach GOP 01620 bis 01622 EBM. Da die GOP nach den Abschnitten 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 des EBM schließlich auch nicht den in Anlage 3 zur RLV-V geregelten QZV zugeordnet sind, unterliegen sie nach der Systematik der RLV-V dem RLV. Das kann sich nachteilig auf die Höhe des Honorars auswirken. Liegt nämlich das (aus RLV und QZV zusammengesetzte) Honorarvolumen der Praxis niedriger als die Summe der Honoraranforderungen aus diesem Bereich, werden die das Honorarvolumen überschreitenden Leistungen nur mit einem abgestaffelten Preis vergütet (vgl. Ziffer 2.1 RLV-V). Zu solchen Abstufungen ist es auch im Fall der Klägerin gekommen. In den für die vorausgegangenen Quartale maßgeblichen Fassungen der RLV-V waren die Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 des EBM dagegen noch nicht dem RLV zugeordnet, sondern als sogenannte freie Leistung innerhalb der MGV ohne Mengenbegrenzung nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet worden (vgl. Ziffer 3.2 RLV-V vom 14.11.2008 in den bis einschließlich II/2010 geltenden Fassungen in Verbindung mit Anlage 3 Nr. 2). Dies stand in Übereinstimmung mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 Teil F Anlage 2 Nr. 2 b in der Fassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 17.10.2008. Die Einbeziehung dieser Leistungen ins RLV erfolgte im Rahmen einer zum 01.07.2010 vorgenommenen Änderung der Honorarsystematik, mit der zur Mengensteuerung der freien Leistungen für alle Arztgruppen QZV eingeführt wurden. Diese Änderung, der ein entsprechender Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 zugrunde lag, war erforderlich geworden, weil der deutliche Anstieg der "freien Leistungen" innerhalb der MGV befürchten ließ, dass immer weniger Geld für die RLV zur Verfügung stehen würde.

Soweit die Klägerin das im Vergleich zu den Vorjahren deutliche Absinken des Fallwertes ihrer Praxis auf die Zuordnung der Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 des EBM ins RLV zurückführt, ist allerdings in Übereinstimmung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erstellten "Honorarbericht für das erste Halbjahr 2011", S. 36, darauf hinzuweisen, dass die rückläufige Entwicklung des Fallwertes jedenfalls auch aus der Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen zum 01.07.2010 resultiert. Nach Auffassung des Sozialgerichts (SG) München, Urteil vom 01.10.2014, Az: [S 38 KA 917/13](#), hat der Bewertungsausschuss mit seiner Entscheidung, die "Sonstigen Hilfen" nach den Abschnitten 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 des EBM nunmehr dem RLV zu unterwerfen, und nicht länger nach [§ 87 b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) als freie Leistung innerhalb der MGV vom RLV-Vergütungsvolumen in Abzug zu bringen, den ihm eingeräumten Gestaltungsspielraum eingehalten. Die Argumentation des SG erscheint der erkennenden Kammer auch durchaus überzeugend. Für das vorliegende Verfahren kommt es hierauf jedoch nicht an.

Denn der Klägerin geht es nicht um die Wiederherstellung der bis zum 30.06.2010 geltenden diesbezüglichen Regelung, sondern ausschließlich um die Frage, ob die angefochtenen Bescheide nicht deshalb fehlerhaft sind, weil sie von einer Vergütung dieser Leistungen sogar außerhalb der MGV hätten ausgehen müssen. Da dies – wie ausgeführt – weder nach dem HVV noch nach den zugrundeliegenden Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses der Fall ist, hängt der Erfolg der Klage davon ab, ob diese Regelungen insoweit gegen höherrangiges Recht verstoßen. Ein solcher Verstoß liegt jedoch nicht vor.

Eine Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV schreibt das SGB V nur für vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit, die gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgt, ausdrücklich vor (vgl. [§ 87 a Abs. 3 Satz 5](#), 1. Halbsatz SGB V). Nach dem 2. Halbsatz dieser Vorschrift können die Vertragspartner der Gesamtverträge (nämlich seinerzeit die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen) die Vergütung weiterer vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der MGV vereinbaren, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Ohne eine solche Ermächtigung könnte eine Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der MGV nicht erfolgen (vgl. Freudenberger in: Schlegel/Voelzke, juris PraxisKommentar, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 2008, § 87 a Rn 69). Denn auch für das ab 01.01.2009 geltende neue Vergütungssystem, mit dem durch [§ 87 a Abs. 2 bis 6 SGB V](#) das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen worden ist, hat der Gesetzgeber (wenn auch mit Abstrichen, vgl. dazu Motz in: Eichenhofer/Wenner, Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung, 2013, Rn 13) daran festgehalten, dass die Krankenkassen die Zahlung der vereinbarten Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung erbringen (vgl. [§ 87 a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)) und darüber hinaus nicht nochmals nachträglich weiteren Forderungen ausgesetzt sind. Dementsprechend hat die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen regelmäßig innerhalb der MGV zu erfolgen. Eine Vergütung außerhalb der MGV kann nur dann erfolgen, wenn die Vertragspartner der Gesamtverträge eine entsprechende Vereinbarung getroffen haben. Bei diesen Vereinbarungen handelt es sich um öffentlich-rechtliche Verträge im Sinne des [§ 53](#) des Sozialgesetzbuches Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – SGB X -, die zwischen gleichgestellten Rechtssubjekten geschlossen werden und als Normsetzungsverträge für die Vertragsärzte bindend sind. Eine solche Vereinbarung über eine Vergütung der Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM außerhalb der MGV haben die Beklagte und ihre Gesamtvertragspartner jedoch nicht getroffen. Abgesehen von den in [§ 87 a Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) explizit erwähnten Substitutionsleistungen ist die Bestimmung außerhalb der MGV zu vergütender Leistungen fakultativ, also den Vertragspartnern freigestellt (vgl. Engelhard in Hauck, § 87a Rn 65ff.:) Angesichts dieser Öffnungsklausel für die Vertragspartner kann nicht davon ausgegangen werden, dass der (Erweiterte) Bewertungsausschuss mit dem Leistungskatalog zu Teil A Ziffer 1.2 seines Beschlusses vom 27./28.8.2008 die außerhalb der MGV zu finanzierenden Leistungen abschließend definiert hat (hierzu und zum Folgenden:

BSG, Urteil vom 21.03.2012, Az: [B 6 KA 21/11 R](#)). Vielmehr spricht die ausdrückliche Formulierung sachlicher Voraussetzungen für die Einräumung eigener Gestaltungsoptionen der Vertragspartner. Dementsprechend ist den Gesetzesmaterialien zu entnehmen, dass den Vertragspartnern der Honorarverteilungsverträge die Möglichkeit gegeben werden soll, gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren, dass bestimmte zusätzliche vertragsärztliche Leistungen außerhalb der MGV mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach [§ 87 a Abs. 2 SGB V](#) vergütet werden. Als Beispiele werden antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen, Dialyse- und Präventionsleistungen genannt. Es würde dem Sinn und Zweck der Regelung widersprechen, wirtschaftliche Anreize für bestimmte Leistungen auf regionaler Ebene zu ermöglichen, wenn dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss insofern eine verdrängende Kompetenz zugebilligt würde. Dass die Leistungen nach den Abschnitten 1.5 bis 1.7 EBM in dem Katalog der nach den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses von der Gesamtvergütung abzugrenzenden Leistungen nicht enthalten sind, stände einer Vereinbarung der Vertragspartner über deren Vergütung außerhalb der MGV folglich nicht entgegen.

Ebenso wenig wie die Vertragspartner bei ihrer Entscheidung, ob und für welche Leistungen sie eine Vergütung außerhalb der MGV vereinbaren wollen, an Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden sind, (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 27.06.2012, Az: [B 6 KA 28/11 R](#)), können sie jedoch durch das Gericht hierzu verpflichtet werden (vgl. Motz, a.a.O., § 87 a Rn 18). Zwar kann jeder der Vertragspartner versuchen, eine entsprechende Vereinbarung über das Schiedsamt nach [§ 89 Abs. 1 SGB V](#) durchzusetzen (vgl. BSG, Urteil vom 21.03.2012, Az: [B 6 KA 21/11 R](#)). Tut er das nicht oder sind sich die Vertragspartner ohnehin einig, dass eine bestimmte Leistung nicht außerhalb der MGV vergütet werden soll, bleibt es dabei (vgl. Engelhard in Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch (SGB V), Gesetzliche Krankenversicherung, § 87 a, Rn 69). Den klägerseits geltend gemachten Anspruch eines Vertragsarztes auf "ermessensfehlerfreie" Ausfüllung des den Vertragspartnern als Normsetzern insoweit eingeräumten Gestaltungsspielraums gibt es nicht.

Hiervon abgesehen, erscheinen die Argumente, mit denen die Klägerin eine "Ermessensreduktion" in ihrem Sinne begründen will, aber auch nicht überzeugend:

Soweit sie geltend macht, dass die in Rede stehenden "Sonstigen Hilfen" (ebenso wie z.B. die außerhalb der MGV vergüteten Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft) als gemäß § 221 vom Bund aus Steuermitteln bezuschusste versicherungsfremde Leistungen, die von den Krankenkassen auch buchungstechnisch als solche geführt würden, nicht der MGV unterfallen könnten, ist ihr entgegenzuhalten, dass [§ 221 SGB V](#) eine Verwendung des Bundeszuschusses für spezielle Personengruppen oder besondere Zwecke nicht vorsieht. Diese vom Bund zu leistende pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen fließt vielmehr in den allgemeinen Haushalt der Krankenkassen (vgl. Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 14.6.11, Az: BvR 429/11). Der Vorschrift lässt sich auch nicht entnehmen, dass mit der pauschalen Abgeltung abschließend alle

versicherungsfremden Leistungen exakt durch Bundeszuschüsse ausgeglichen werden sollten. Im Übrigen ist der Begriff der versicherungsfremden Leistungen auch unklar und umstritten. Hätte der Bundesgesetzgeber die Kosten versicherungsfremder Leistungen als Maßstab für die Höhe der Bundeszuschüsse nehmen wollen, hätten zumindest Inhalt und Umfang der versicherungsfremden Leistungen festgelegt werden müssen. Die Anlage zu § 2 Abs. 1 der Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfreie Leistungen durch den Bund und zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (Pauschal-AbgeltungsVO) vom 16.4.2004, die als Ausgaben für versicherungsfremden Leistungen u.a. Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch aufführt, ist lediglich eine Rechtsverordnung, die nur Regelungen im Hinblick auf Verteilungsfragen betrifft und keinesfalls eine allgemeine gesetzliche Festlegung oder Umschreibung versicherungsfremder Leistungen bedeutet (vgl. Axer in: Eichenhofer/Wenner, Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung, 2013, § 221, Rn 5). Der Hinweis der Klägerin auf das Urteil des BSG vom 11.09.2002, Az: [B 6 KA 30/01 R](#), vermag ihr Begehren schon deshalb nicht zu stützen, weil bei den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, um die es in diesem Urteil ging, nicht deren Honorierung außerhalb der Gesamtvergütung in Streit stand.

Dass sich aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.05.1993, Az: [2 BvF 2/90](#), 4/92 und 5/92, und den Regelungen der [§§ 24 a](#) und [24 b SGB V](#) keine Verpflichtung zur extrabudgetären Vergütung der Leistungen nach Abschnitt 1.7.5 bis 1.7.7 EBM ergibt, bedarf keiner weiteren Darlegung.

Der Umstand, dass der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 01.10.2010 beschlossen hat, die GOP 01833 (Varicella-Zoster-Antikörpernachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung) in den Abschnitt 1.7.5 des EBM aufzunehmen und bis zum 30.9.2012 außerhalb der MGV zu vergüten, stellt schon wegen des offensichtlichen Erprobungscharakters der Vergütungsregelung für die neu eingeführte GOP keinen Widerspruch zur Vergütungsregelung für die von der Klägerin abgerechneten Leistungen des Abschnitts 1.7.5 EBM dar.

Abschließend sei angemerkt, dass der Hinweis der Beklagten auf ein überdurchschnittliches Gesamthonorar und überdurchschnittliche Fallwerte der Klägerin in den Quartalen III und IV/2010 unter Zugrundelegung der Übersicht auf S. 36 des bereits vorstehend zitierten Honorarberichts der KBV zumindest hinsichtlich des Fallwertes durchaus zutrifft.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung.

Erstellt am: 29.06.2020

Zuletzt verändert am: 29.06.2020