
S 33 KA 357/11

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	11
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 33 KA 357/11
Datum	25.05.2016

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KA 59/16
Datum	26.06.2019

3. Instanz

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

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 das Quartal III/2010.

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 verletzen 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 Jahre 14,72 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 mangle 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 des ab III/2010 gültigen Honorarverteilungsvertrags (HVV)) 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: Die Vergütung der "Sonstigen Hilfen" innerhalb des RLV im Quartal III/2010 sei willkürlich aufgrund sachfremder Erwägungen erfolgt. Selbst wenn man als Intention für die Hereinnahme zahlreicher freier Leistungen in das RLV eine Stützung des RLV-Fallwertes annehmen wollte und dies als sachlichen Grund erachte, sei diese Folge de facto nicht eingetreten. Die Hereinnahme der Leistungen in das für das RLV relevante Vergütungsvolumen habe nicht zu einer deutlichen Steigerung des Fallwertes geführt. Der RLV-Fallwert habe im Vorjahresquartal III/2009 bei 14,51 EUR gelegen und sei zum Quartal III/2010 lediglich um 0,56 EUR erhöht worden. Die Leistungsanforderungen der Klägerin pro Fall im Bereich der sonstigen Hilfen im Quartal III/2010 habe aber 6,62 EUR betragen. Da der RLV-Fallwert trotz der Einbeziehung der "Sonstigen Hilfen" nur marginal gestiegen sei, seien den Gynäkologen im Vergleich zum Vorjahresquartal die Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM de facto gar nicht vergütet worden. Eine derartige Schlechterstellung der Gynäkologen durch die Einbeziehung der "Sonstigen Hilfen" in das RLV lege den Schluss nahe, dass eine Umverteilung der freigewordenen Gelder zum Nachteil der Fachgruppe der Gynäkologen und zur Finanzierung anderer Fachgruppen erfolgt sei. 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 Einbeziehung bestimmter Leistungen in die RLV und die Vergütung bestimmter Leistungen außerhalb der RLV bzw. 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 Klägerin beantragt,

-
1. das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.05.2016 abzuändern,
 2. den von der Beklagten erlassenen Bescheid über die Zuweisung des Regelleistungsvolumens für das Quartal III/2010 als auch den Honorarbescheid für das Quartal III/2010 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 Senates 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 Mengengrenzung unterzogen worden sind, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unbugdetiert zum 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. Darüber hinaus gelte nach [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in seiner bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung, dass – als gesetzliche Regel – RLV vorzusehen seien. Ausnahmen kämen nur in Betracht, soweit das Gesetz dies ausdrücklich vorsehe bzw. der Bewertungsausschuss von seiner Ermächtigung nach [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) gebraucht gemacht habe. Ein entsprechender Beschluss liege nur für den Zeitraum bis zum 30.06.2010 vor. Die klägerseits vorgetragenen Besonderheiten seien jedenfalls nicht von solchem Gewicht, dass der Bewertungsausschuss rechtlich verpflichtet gewesen wäre, die Leistungen von der Einbeziehung in das RLV freizustellen. Er sei vielmehr im Rahmen seiner Gestaltungsfreiheit berechtigt gewesen, die sonstigen Hilfen aus den RLV herauszunehmen, als auch dazu, die Ausnahme wieder auf die "Regel" zurückzuführen. Hierbei bedeute "Rückführung auf die Regel", dass die Leistungen in die allgemeine Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV & QZV einbezogen seien. Die Systematik der Berechnung sei detailliert und abschließend in Anlage B4 HVV beschrieben. Substantiierte Einwände gegen die Berechnung mache die Klägerin weiterhin nicht geltend. Unter Berücksichtigung der maßgeblichen Berechnungsfaktoren und des Divisors "Fallzahl" sei bereits rechnerisch naheliegend, dass sich eine Erhöhung des Verteilungsvolumens nur begrenzt auf die Höhe des RLV-Fallwerts auswirken könne. 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; der angefochtene Honorarbescheid für das Quartale III/2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.09.2011 ist rechtmäßig und verletzt 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 im streitbefangenen Quartal 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. Der für den Bezirk der Beklagten für das Quartal III/2010 geschlossene HVV sieht in § 3 Abs. 4 i.V.m. der Anlage B2 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" im Quartal III/2010 aus der 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 vorgetragene Gesetzeszwecke erforderlich wäre. Damit fehlt es an vergleichbarem 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 "Sonstigen Hilfen" waren im Quartal III/2010 auch nicht innerhalb der MGV aber außerhalb des RLV zu vergüten. Grundlegend hierfür war zunächst, dass Fachärzte für Frauenheilkunde zu den Arztgruppen gehören, für die gemäß Teil F Nr.

I.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses (BewA) vom 26. März 2010 i.V.m. der dazugehörigen Anlage 2 Nr. 4 RLV eingerichtet worden sind und dass weiterhin die "Sonstigen Hilfen" nicht zu den Leistungsbereichen gehören, die nach Teil F Nr. I.2.2 des Beschlusses vom 26. März 2010 aus dem RLV ausgenommen sind. Hierunter fallen – neben den Leistungen, die ohnehin nicht aus der Gesamtvergütung bezahlt werden – zunächst Leistungen nach Teil B Nr. 1.3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) vom 2. September 2009. Dies sind zum einen Leistungen nach Teil A Nr. 2.3 Ziff. 2 des Beschlusses vom 2. September 2009 i.V.m. Teil A Nr. 1.2 des EBewA-Beschlusses vom 27./28. August 2008 – insbesondere belegärztliche Leistungen, Früherkennungs- bzw. Präventionsleistungen nach den EBM-Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4 und Leistungen der künstlichen Befruchtung – und zum anderen Substitutionsbehandlungen. Außerdem sind nach Nr. 2.1 in Teil B des Beschlusses des EBewA vom 2. September 2009 Kostenpauschalen bei Dialyseleistungen außerhalb der RLV zu vergüten. Der HVV III/2010 enthält auch nicht auf Grundlage von Teil F Nr. 2.3 des BewA-Beschlusses vom 26.03.2010 eine Regelung, nach der diese Leistungen außerhalb des RLV zu vergüten wären.

Zwingende Gründe, die "sonstigen Hilfen" außerhalb des RLV zu vergüten, bestanden nicht. Die Vorgaben des BewA stehen mit höherrangigem Recht in Übereinstimmung. Gesetzliche Grundlage hierfür ist [§ 87b Abs. 2 S 7 SGB V](#) a.F., wonach – neben den in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) aufgeführten antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen – weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden können, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Die Vorgaben hierzu bestimmt gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a.F. der BewA. Die Parteien der regionalen Honorarvereinbarungen sind hieran gebunden (BSG, Urteile vom 18.08.2010 – [B 6 KA 27/09 R](#) – und vom 23.03.2016 – [B 6 KA 33/15 R](#) -). Wenn der BewA in Teil F Nr. I.2.2 seines Beschlusses vom 26. März 2010 im Ergebnis bestimmt hat, dass Leistungen nach den EBM-Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 nicht außerhalb des RLV zu vergüten sind, hat er demzufolge von seiner Ermächtigung zur Festlegung von Vorgaben i.S.v. [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) a.F. Gebrauch gemacht.

Dabei kann mit der Klägerin zwar davon ausgegangen werden, dass es sich bei den "Sonstigen Hilfen" grundsätzlich um förderungswürdige Leistungen im Sinne von [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) a.F. handeln kann. Dafür spricht, dass der BewA diese Leistungen noch bis zum 2. Quartal 2010 aus dem RLV herausgenommen hatte (vgl. Beschluss vom 22.09.2009, Teil F Nr. I.2.2 i.V.m. Anlage 2 Nr. 2 Buchst. b) und keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich sind, dass sich die sachliche Bedeutung dieser Leistungen für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten im Laufe des Jahres 2010 wesentlich verändert hat. Daraus folgt jedoch keine Verpflichtung des BewA, auch weiterhin die Honorierung der sonstigen Hilfen als sog. "freie Leistungen" vorzusehen. Denn auch bei Annahme der Förderungswürdigkeit eines Leistungskomplexes steht dem BewA ein Gestaltungsspielraum bei der Entscheidung zu, ob er diese Leistungen außerhalb des RLV vergütet oder es bei der Einbeziehung in das RLV belässt. Dies ergibt sich schon aus der Formulierung in [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) a.F., wonach vertragsärztliche Leistungen außerhalb der

RLV vergütet werden "können", wenn sie (u.a.) besonders gefördert werden sollen. Angesichts dieses auch in der Rechtsprechung des BSG (u.a. Urteile vom 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) - und vom 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) -) hervorgehobenen Gestaltungsspielraums sind deshalb entsprechende Entscheidungen des BewA, förderungswürdige Leistungen außerhalb des RLV zu vergüten, ebenso rechtmäßig wie Beschlüsse, diese im RLV zu belassen (BSG, Beschluss vom 12.01.2017 - [B 6 KA 68/16 B](#) -). Grenzen findet die Gestaltungsfreiheit des BewA allerdings im Gebot der Gleichbehandlung gemäß [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Der Ausschuss darf also nicht willkürlich einige Arztgruppen oder Leistungen einbeziehen und andere unberücksichtigt lassen. Vielmehr sind Ungleichbehandlungen nur insoweit zulässig, als sie durch sachliche Gründe gerechtfertigt sind (BSG, Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) -). Besonderheiten der "Sonstigen Hilfen" von so großem Gewicht, dass der BewA trotz der ihm insoweit zustehenden Gestaltungsfreiheit verpflichtet gewesen ist, auch ab III/2010 von einer Einbeziehung in die RLV abzusehen (vgl. (BSG, Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) -; Beschluss vom 12. Januar 2017 - [B 6 KA 68/16 B](#) -), bestanden nicht. Aus den unter A.3. dargestellten Erwägungen liegt kein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) vor. Insbesondere diene nach dem überzeugenden Vortrag der Beklagten und des im Parallelverfahren der Klägerin zum Az. [L 11 KA 58/16](#) angehörten GKV-Spitzenverbands die Einbeziehung der "Sonstigen Hilfen" in das RLV auch dem Zweck, Mengenausweitungen zulasten anderer Arztgruppen zu verhindern. So hatte die Herausnahme von Leistungen aus der RLV-Systematik (und deren Vergütung als "freie Leistungen") zumindest dazu beigetragen, dass die von den Krankenkassen seit dem 1. Januar 2009 bereitgestellten Gesamtvergütungen insgesamt nicht ausgereicht haben, um die seitdem erbrachten vertragsärztlichen Leistungen vollständig zu vergüten. Um dieser Entwicklung entgegen zu wirken, hat der BewA am 26. März 2010 beschlossen, bis auf wenige Ausnahmen alle vertragsärztlichen Leistungsbereiche in die RLV-Systematik mit einzubeziehen und dadurch die Honorarsituation insgesamt zu stabilisieren. Dem liegt erkennbar die Überlegung zugrunde, dass bei einer Mengensteuerung über RLV die Vergütung der "freien Leistungen" u.U. erhebliche Auswirkungen auf die Vergütung der in die RLV fallenden und gleichermaßen aus der begrenzten MGV abzudeckenden Leistungen hat. Die Einbeziehung der "sonstigen Hilfen" in die RLV-Systematik zum 1. Juli 2010 ist daher zwanglos von dem dem BewA zustehenden Gestaltungsspielraum bei der Ausgestaltung der Vorgaben für die Mengensteuerung durch RLV nach [§ 87b Abs. 4 S 1](#) und 2 SGB V a.F. gedeckt. Sachfremde Erwägungen sind nicht erkennbar. Die Erwartung, durch die Hereinnahme freier Leistungen in das RLV die Vergütung innerhalb des RLV zu stabilisieren, ist logisch konsistent. Durch den Vorwegabzug von "besonders förderungswürdigen Leistungen" erfolgt eine Leistungsmengenbegrenzung innerhalb der RLV. Das bedeutet, dass das Geld, das für die "besonders förderungswürdigen Leistungen" vorab in Abzug gebracht wird, für die Bildung der RLV nicht mehr zur Verfügung steht. So entsteht ein System, bei dem Mengenausweitungen im Bereich der vorweg vergüteten Leistungen zu Lasten der RLV für alle Fachgruppen Auswirkungen entfalten. Dieses System hat im Laufe des Jahres 2009 zu einer Reduzierung der RLV-Fallwerte geführt. Ob die mit der RLV-Reform ab III/ 2010 angestrebten Sanierungseffekte tatsächlich eingetreten sind, ist in diesem Zusammenhang rechtlich unerheblich. Maßgeblich kann nur sein, welches Ziel der BewA mit seinem geänderten Beschluss vom 26. März 2010 verfolgt hat.

Die Geeignetheit zur Zweckerreichung kann nur ex ante bestimmt werden kann. Auch die von der Klägerin für notwendig gehaltene Ermittlung der Gründe, die in diesem Zusammenhang für die unterschiedliche Behandlung der "Sonstigen Hilfen" und (z.B.) der Präventionsleistungen maßgeblich gewesen sind, war nicht veranlasst. Denn eine Pflicht des BewA, den Prozess seiner Meinungsbildung und Entscheidungsfindung offenzulegen, besteht nicht (BSG, Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) -).

Die Gründe, aus denen die Einbeziehung der "Sonstigen Hilfen" keine Fallwertsteigerung für die Gynäkologen in dem von der Klägerin erwarteten Ausmaß bewirkt hat, hat die Beklagte zutreffend erläutert. Leistungen, die nur von einer geringen Anzahl von Leistungserbringern oder selten erbracht werden, machen bei Einbeziehung in das RLV nur einen geringen Anteil an diesem aus, werden jedoch durch die Division mit allen RLV-relevanten Fällen auf alle Ärzte einer Arztgruppe aufgeteilt. Folge hiervon ist, dass der Fallwert u.U. nicht oder nur in geringem Umfang für alle Ärzte steigt (BSG, Urteil vom 17.07.2013 - [B 6 KA 45/12 R](#) -). Es ist nicht ersichtlich, dass im Zusammenhang mit der weitgehenden Eingliederung der freien Leistungen einschließlich der "Sonstigen Hilfen" in das RLV Vergütungsanteile von Gynäkologen auf andere Arztgruppen umverteilt worden wären. Die Berechnungsweise des RLV als solche ist rechtmäßig (BSG, Urteil vom 11.12.2013 - [B 6 KA 6/13 R](#) -; Senat, Beschluss vom 21.03.2012 - [L 11 KA 83/11 B ER](#) -). Die Klägerin wendet sich auch nicht dagegen. Dass bei der konkreten Berechnung im Quartal III/2010 Fehler passiert wären, ist weder ersichtlich, noch wahrscheinlich oder näher von der Klägerin vorgetragen. Zum Einstieg in umfangreiche Ermittlungen zur konkreten Berechnung des RLV sieht sich der Senat daher nicht veranlasst.

C. Schließlich folgt eine Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide auch nicht daraus, dass der Fallwert der Gynäkologen nicht ausgereicht hätte, 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 das Quartal III/2010 fehlt es daran. Der Fallwert der Gynäkologen betrug im Quartal III/2010 15,07 EUR. Die GOP 08211 wurde im Jahr 2010 mit 420 Punkten bzw. 14,72 EUR und die GOP 08212 mit 475 Punkten bzw.

16,65 EUR nach der Euro-Gebührenordnung vergütet (Wezel/Liebold, Der Kommentar zu EBM und GOÄ, ...). Damit unterschritt der Fallwert keine der genannten Grundpauschalen um mehr als 15%. Eine Pflicht zum Eingreifen bestand somit nicht.

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](#)).

Erstellt am: 03.01.2020

Zuletzt verändert am: 03.01.2020