
Datum: 26.06.2019
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 11. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 11 KA 15/16
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2019:0626.L11KA15.16.00

Vorinstanz: Sozialgericht Dortmund, S 16 KA 22/13
Sachgebiet: Vertragsarztangelegenheiten
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 27.01.2016 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Vergütung der Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für Ärzte (EBM) in den Quartalen III und IV/2010. 2
- Die Klägerin ist eine fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft, die von den Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dres. N und S F geführt wird und seit Sommer 2001 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. In der Praxis ist zusätzlich seit dem 31.12.2008 die Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe F1 mit dem Faktor 1,0 angestellt. 3
- Die Beklagte wies der Klägerin für das Quartal III/2010 ein praxisbezogenes Honorarvolumen von 64.127,87 EUR zu (Zuweisungsbescheid vom 28.05.2010, geändert durch Bescheid vom 21.01.2011). Davon entfielen 59.680,82 EUR auf das Regelleistungsvolumen (RLV) und 4.447,05 EUR auf qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV). 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" 4

Leistungen durch arztgruppenspezifische QZV einer Mengensteuerung unterworfen.

Gegen diese Bescheide legte die Klägerin 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 erhalten. 5

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. Am 31.01.2011 erhob die Klägerin gegen diesen Bescheid ebenfalls Widerspruch. 6

Für das Quartal IV/2010 wies die Beklagte der Klägerin ein praxisbezogenes Honorarvolumen von 60.156,77 EUR zu. Davon entfielen 55.967,22 EUR auf das RLV und 4.189,55 EUR auf QZV (Zuweisungsbescheid vom 27.08.2010; Änderungsbescheid vom 23.04.2011). Gegen diese Bescheide legte die Klägerin am 06.05.2011 Widerspruch ein. 7

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 23.04.2011 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. Am 11.05.2011 erhob die Klägerin gegen diesen Bescheid ebenfalls Widerspruch. 8

Zur Begründung ihrer Widersprüche führte sie 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 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (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 28.05.1993 - 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92 und 2 BvF 5/92 - habe das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 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. Um Schwangerschaftsabbrüche möglichst zu vermeiden, bedürfe es einer umfassenden Beratung zur Empfängnisverhütung nach § 24a SGB V und Leistungen der damit in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Sterilisation nach § 24b 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 könne. 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 9

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 ihr, der Klägerin, zu einem spürbaren Umsatzrückgang geführt; sie könne die Leistungen nun nicht mehr kostendeckend erbringen. Die gewährte 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 rechtswidrig. Es müsse ein wirtschaftlicher Anreiz erhalten bleiben, diese Leistungen ggf. auch unter Ausweitung des bisherigen Abrechnungsvolumens zu erbringen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.02.2013 wies die Beklagte 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. Hilfsweise sei von der Unbegründetheit der Widersprüche auszugehen. 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, also der MGV, 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. 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. Mit der zum 01.07.2010 in Kraft getretenen Änderung ihrer zum 01.01.2009 geschlossenen Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit Regelleistungsvolumina (RLV-Vertrag) 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 seien 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. Die Entscheidung des BVerfG gebiete keine Einstufung der Leistungen als besonders förhebungsbedürftig. Nach Einbeziehung der "Sonstigen Hilfen" 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.

10

Dagegen hat die Klägerin am 05.03.2013 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, habe die Beklagte die Widersprüche nicht als unzulässig zurückweisen

11

dürfen. Sie werde durch die angefochtenen Bescheide in ihren Rechten verletzt. Es gehe vorliegend nicht um die Höhe der Gesamtvergütung, sondern um die Frage, ob die "Sonstigen Hilfen" überhaupt im Zuge der Gesamtvergütung honoriert werden dürften. § 87a Abs. 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V eröffne die Möglichkeit, besonders förderungswürdige vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Auf dieser Grundlage habe die Beklagte mit den Landesverbänden der Krankenkassen ab I/2009 den jeweiligen RLV-Vertrag 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). 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 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 hat beantragt,

12

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 diesbezüglich 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.

13

Die Beklagte hat beantragt,

14

die Klage abzuweisen.

15

Sie hat sich auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid bezogen und ergänzt, 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.

16

Das Sozialgericht (SG) Dortmund hat die Klage mit Urteil vom 27.01.2016 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, für eine Vergütung der Leistungen der Abschnitte 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 außerhalb der MGV gebe es keine Rechtsgrundlage. Innerhalb der MGV werde die Menge der zu den Preisen der regional geltenden Euro-Gebührenordnung zu vergütenden Leistungen durch das gesetzlich vorgeschriebene Instrument des RLV und der QZV begrenzt. Eine Ausnahme hiervon gelte zum einen für die in Ziffer 3.3, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3 und 3.5 RLV-Vertrag 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 gehörten. Da die "Sonstigen Hilfen" auch nicht den in Anlage 3 zum RLV-Vertrag geregelten QZV zugeordnet seien, unterlägen sie nach der Systematik des RLV-Vertrags dem RLV. Mit der dem zugrunde liegende Änderung der Honorarsystematik durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 zum 01.07.2010 seien zur Mengensteuerung der freien Leistungen für alle Arztgruppen QZV eingeführt worden, weil der deutliche Anstieg der "freien Leistungen" innerhalb der MGV habe befürchten lassen, dass immer weniger Geld für die RLV zur Verfügung stehe. Das im Vergleich zu den Vorjahren deutliche Absinken des Fallwertes resultiere jedenfalls auch aus der Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen zum 01.07.2010 ("Honorarbericht für das erste Halbjahr 2011" der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, S. 36). 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 (§ 87a Abs. 3 Satz 5 Halbsatz 1 SGB V). Von der nach Halbsatz 2 dieser Vorschrift eröffneten Möglichkeit hätten die Vertragspartner der Gesamtverträge für die Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM keinen Gebrauch gemacht. Ebenso wenig wie die Vertragspartner bei ihrer Entscheidung, ob und für welche Leistungen sie eine Vergütung außerhalb der MGV vereinbaren wollten, an Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden seien, könnten sie durch das Gericht hierzu verpflichtet werden. Den klägerseits geltend gemachten Anspruch eines Vertragsarztes auf "ermessensfehlerfreie" Ausfüllung des den Vertragspartnern als Normsetzern insoweit eingeräumten Gestaltungsspielraums gebe es nicht.

17

Gegen das am 04.03.2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 30.03.2016 Berufung eingelegt. Zur Begründung verweist sie auf ihr erstinstanzliches Vorbringen und trägt ergänzend vor: Die Vergütung der "Sonstigen Hilfen" innerhalb des RLV im Quartal III/2010 sei willkürlich erfolgt. Der Gestaltungs- und Regelungsspielraum des (erweiterten) Bewertungsausschusses finde seine Grenzen, wenn Bewertungskompetenzen missbräuchlich ausgeübt würden, eine Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt werde oder sachfremde Erwägungen zu der Entscheidung geführt hätten. Gleiches gelte für Vereinbarungen der Partner der Gesamtvergütung. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass sachfremde Erwägungen zu der Entscheidung, die "Sonstigen Hilfen" innerhalb des RLV zu vergüten, geführt hätten. 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 hätte dazu führen müssen, dass der RLV-Fallwert (auch) für die Fachgruppe der Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe deutlich steige. Dies sei aber gerade nicht der Fall. Der RLV-Fallwert habe im Vorjahresquartal IV/2009 noch bei 12,70 EUR gelegen. Dem gegenüber sei der RLV-Fallwert im Quartal IV/2010 lediglich auf 17,26 EUR gestiegen. Die Steigerung liege unter der (sich aus ihren Honorarbescheiden ergebenden) durchschnittlichen Leistungsanforderung pro Fall der Fachgruppe für "Sonstige Hilfen". Dies widerspreche der Annahme, dass die Einbeziehung der freien Leistungen eine Stabilisierung des Fallwertes bewirkt habe noch bewirken können.

18

Das SG habe ausgeführt, dass das deutliche Absinken des Fallwertes der klägerischen Praxis nicht (nur) auf die Zuordnung der Leistungen der "Sonstigen Hilfen" ins RLV zurückzuführen sei, sondern auch aus der Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen resultiere. Zutreffend sei, dass die Grundpauschalen abgewertet worden seien. Nicht nachvollziehbar sei, dass sich dies derartig negativ auf das Honorar der Fachgruppe der Gynäkologen ausgewirkt haben solle. Dabei sei zu bedenken, dass keinerlei Anhaltspunkte vorlägen, dass sich aufgrund der Abwertung der Grundpauschalen im EBM auch der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die ärztlichen Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens geändert haben solle: Allein die aus der Bewertung des EBM resultierende Leistungsanforderung sei nicht ausschlaggebend für das tatsächliche Honorar des Vertragsarztes. Da das RLV der einzelnen Praxen in der Regel überschritten werde, wirke sich eine derartige Leistungsanforderung bei gleichem RLV nicht oder nur gering aus. Im Weiteren sei festzustellen, dass die Anpassung der Grundpauschalen nicht lediglich im Bezirk der Beklagten durchgeführt worden sei, sondern in sämtlichen KV-Bezirken. Demzufolge hätte auch in sämtlichen KV-Bezirken ein entsprechender Verlust im Honorarumsatz der Gynäkologen eintreten müssen. Wie sich jedoch aus dem Honorarbericht der KBV für das erste Halbjahr 2011 ergebe, sei das Honorar der Gynäkologen je Behandlungsfall für die Ärzte in Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen gestiegen. Im Bundesdurchschnitt liege die Veränderung bei -0,9 %, in Westfalen-Lippe bei -2,3 %. Zudem sei eine Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen zum 01.07.2010 auch für andere Fachgruppen erfolgt (Chirurgie, Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, Dermatologie, Innere Medizin, Pneumologie, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie und Urologie). Dabei zeige sich, dass die Chirurgen, Hautärzte, die Fachgruppe der Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde und die Urologen ihren Honorarumsatz je Behandlungsfall hätten sogar steigern können. Die Honorarverluste der Gynäkologen im Wesentlichen auf die Abwertung der Grundpauschalen zu reduzieren, überzeuge daher unter keinem Gesichtspunkt. Es bedürfe daher weiterer Sachverhaltsaufklärung.

19

Die Vertragspartner hätten bei ihrer Entscheidung, ob und für welche Leistungen sie eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vereinbaren wollten, gegen das Willkürverbot nach Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) verstoßen. Es finde sich eine Vielzahl von Leistungen, die mit den "Sonstigen Hilfen" vergleichbar seien und außerhalb der RLV vergütet würden, ohne dass dies explizit vom Gesetz vorgegeben werde. Dies betreffe beispielsweise sämtliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Erwachsene sowie das Mammographie-Screening und Mutterschaftsvorsorge sowie das Hautkrebs-Screening. Es erschließe sich nicht, dass der Stellenwert der "Sonstigen Hilfen" niedriger sein solle als die vorgenannten Leistungsbereiche. Ziel der Aufnahme der "Sonstigen Hilfen" in den GKV-Katalog sei es, Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden und dabei frühzeitig anzusetzen. Insoweit wiesen diese Leistung einen präventiven Charakter auf und seien mit den übrigen Präventionsleistungen wie etwa Früherkennungsuntersuchungen vergleichbar. Dies ergebe sich auch aus dem Standort im EBM. Wie die Präventionsleistungen unterlägen auch die "Sonstigen Hilfen" keiner Steuermöglichkeit. Es lägen damit zwei im Wesentlichen gleich gelagerte Sachverhalte vor, so dass es der Darlegung rechtfertigender Gründe bedürfe, weshalb diese unterschiedlich behandelt würden.

20

Ein möglicher Beurteilungsfehler sei auch nicht von dem dem Bewertungsausschuss und den Partnern der Gesamtverträge zustehenden Beobachtungszeitraum gedeckt. Bei der Einführung der RLV zum 01.01.2009 sei aufgrund der Komplexität der Materie eine Anfangs- oder Erprobungsphase anzunehmen gewesen. Bei der hier streitgegenständlichen Regelung, nämlich der Einbeziehung der "Sonstigen Hilfen" in das RLV, handle es sich aber um eine

21

Regelung, die erst nach sechs Quartalen im Rahmen der Beobachtung- oder Nachbesserungspflicht umgesetzt worden sei. Durch solche "Korrekturmaßnahmen" könne nicht noch einmal eine neue Anfangs- und Erprobungsphase ausgelöst werden. Zur Systematik der RLV lägen bis zum hier streitgegenständlichen Quartal III/2010 bereits umfängliche Erfahrungswerte aus sechs Quartalen vor. Würde man auch den Nachbesserungsregelungen gleichfalls wieder eine neue Anfangs- und Erprobungsphase zubilligen, würde sich eine solche für einen unbestimmten Zeitraum verlängern, so dass dauerhaft ein weiter Regelungs- und Gestaltungsspielraum akzeptiert werden müsse, binnen dessen einem betroffenen Vertragsarzt nur sehr eingeschränkte rechtliche Überprüfungsmöglichkeiten zustünden. Dies lasse sich mit der Rechtsstaatlichkeit nicht vereinbaren. Dafür bestehe auch kein Erfordernis, da die Grundsystematik bereits langfristig erprobt sei. Für die Einbeziehung der "Sonstigen Hilfen" in die Regelleistungsvolumina bestehe jedenfalls keinerlei sachliche Rechtfertigung. Dies habe auch von vornherein festgestanden, so dass der Gesichtspunkt der Erprobungsregelung nicht zur Rechtmäßigkeit der Einbeziehung der "Sonstigen Hilfen" in die RLV führen könne.

Die Klägerin beantragt,

22

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 27.01.2016 abzuändern und die Beklagte unter entsprechender Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale III/2010 und IV/2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.02.2013 zu verpflichten, die von ihr erbrachten Leistungen nach den Unterkapiteln 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unbudgetiert zum regional vereinbarten, vollen Punktwert zu vergüten.

23

Die Beklagte beantragt,

24

die Berufung der Klägerin zurückweisen.

25

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. Die "Sonstigen Hilfen" seien - wie das SG zutreffend ausgeführt habe - in den Quartalen I/2009-II/2010 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet worden. Ebenso verhält es sich ab III/2010. Die geänderte Vergütungssituation betreffe allein die Vergütung der "Sonstigen Hilfen" innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, nämlich dort mit oder ohne Mengenbegrenzung. Fraglich sei daher bereits, inwieweit die von der Klägerin in der Berufungsbegründung behauptete Zweckverfehlung dieser Maßnahme für die Frage, ob ein - allein von der Klägerin geltend gemachter - Anspruch auf Vergütung dieser Leistung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bestehe, relevant sein solle. Ungeachtet dessen überzeuge die Argumentation der Klägerin zu einer Zweckverfehlung der Maßnahme des Bewertungsausschusses auch inhaltlich nicht. Die durchschnittlichen RLV-Fallwerte der Arztgruppe seien von 12,70 EUR im Quartal IV/2009 auf 17,26 EUR im Quartal IV/2010 und damit um ca. 36 % gestiegen. Die durchschnittliche Leistungsanforderungen der Arztgruppe für die "Sonstigen Hilfen" habe 5,50 EUR pro Falle betragen und entspreche damit nahezu der dargestellten Fallwertsteigerung.

26

Bei Einführung von onkologischen Zusatzpauschalen mit Wirkung zum 01.07.2010 seien die Grundpauschalen der vom Bewertungsausschuss festgelegten Anpassungsfaktoren bereinigt worden. Für die Arztgruppe der Gynäkologen habe der Anpassungsfaktor 0,9761 betragen. Allein aufgrund dessen sei das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen um 2,5 % gemindert worden, was sich selbstverständlich auch mindernd auf die Fallwerte auswirke.

27

28

Auch andere Arztgruppen (z.B. Chirurgen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Urologen, Gastroenterologen, Pneumologen) hätten in den Quartalen III/2010 und IV/2010 Honorareinbußen hinnehmen müssen. Nicht nur die Arztgruppe der Gynäkologen, sondern auch andere Arztgruppen seien somit von den Änderungen nachteilig betroffen gewesen. Eine (bewusste) Benachteiligung einer Arztgruppe liege nicht vor. Dieses Ergebnis werde durch die Entwicklung der durchschnittlichen Gesamtfallwerte der Arztgruppe der Gynäkologen in den streitigen Quartalen bestätigt. Im Quartal III/2009 habe der durchschnittliche Gesamtfallwert der Gynäkologen bei 40,50 EUR und im Quartal III/2010 bei 40,43 EUR gelegen. Das bedeute eine Veränderung von lediglich -0,2 %. Im Quartal IV/2010 habe der Gesamtfallwert mit 38,21 EUR um 3,3 % niedriger als im Vorjahresquartal mit 39,50 EUR gelegen. Die Fallwerte der Klägerin lägen in allen Vergleichsquartalen mit 56,38 EUR (III/2009), 54,14 EUR (IV/2009), 50,81 EUR (III/2010) und 46,85 EUR (IV/2010) deutlich über dem Arztgruppendurchschnitt. Selbst wenn man von der Ungeeignetheit der Maßnahme des Bewertungsausschusses ausginge, wäre ein möglicher Beurteilungsfehler zumindest in den ersten beiden Quartalen nach Änderung der Vergütungsform von dem dem Bewertungsausschuss und den Partnern der Gesamtverträge nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zustehenden Beobachtungszeitraum gedeckt.

Für den geltend gemachten Anspruch auf Vergütung der "Sonstigen Hilfen" außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung fehle eine Rechtsgrundlage. Weder das SGB V noch der Beschluss des Bewertungsausschusses bzw. der RLV-Vertrag oder eine Vereinbarung der Gesamtvertragspartner enthielten eine entsprechende Anspruchsgrundlage. Das entspreche höherrangigem Recht. Der Gesetzgeber gehe in § 87a Abs. 3 SGB V davon aus, dass grundsätzlich alle Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten seien. Hiervon ausgenommen seien ausdrücklich nur vertragsärztliche Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit. Nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V bestehe die Möglichkeit für die Vertragspartner auf Landesebene, weitere vertragsärztliche Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herauszunehmen. Eine Verpflichtung hierzu bestehe allerdings weder nach dem Gesetzeswortlaut noch ergebe sich eine solche aus dem Urteil des BSG vom 21.03.2012 - B 6 KA 21/11 R -. Vielmehr liege die Vereinbarung darüber, ob und welche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden sollten, im Ermessen der Vertragspartner. Eine Ermessensreduzierung der Vertragspartner existiere nicht.

29

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.

30

Entscheidungsgründe:

31

A. Im Streit steht allein ein Anspruch der Klägerin 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. Diese Beschränkung auf eine Vorfrage oder ein Teilelement zur Bestimmung des vertragsärztlichen Honorars ist zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R -).

32

B. Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen; die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale III/2010 und IV/2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.02.2013 sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten (§ 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

33

34

1. Rechtsgrundlage der hier maßgebenden Regelungen zur Vergütung von Vertragsärzten ist § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V in der vom 1.7.2008 bis 22.9.2011 geltenden und deshalb in den streitbefangenen Quartalen anzuwendenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007 (a.F.). Danach wurden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 01.01.2009 von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V a.F. vergütet. Dieser Vergütung lag die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige KV zu zahlende MGW 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 MGW. 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 MGW 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 MGW mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergüteten Leistungen auch nicht dem RLV.

35

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 geschlossene RLV-Vertrag 2010 sieht in der nach Abschnitt 2.2 erstellten Auflistung keine Vergütung außerhalb der MGW für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM vor. Diesen Vorgaben folgend hat die Beklagte die "Sonstigen Hilfen" in den Quartalen III und IV/2010 aus der Gesamtvergütung honoriert, die ihr für diese Quartale von den Krankenkassen gezahlt worden ist.

36

2. Die Entscheidung der Gesamtvertragspartner, im RLV-Vertrag für 2010 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

37

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 -).

3. 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. 38

a) 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. 39

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 40

vergütet werden. Andere Facharztgruppen haben weniger Möglichkeiten, Leistungen außerhalb der MGV vergütet zu erhalten. Vor diesem Hintergrund ist eine Benachteiligung der Gynäkologen nicht erkennbar.

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

41

c) 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 jedoch 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 KVen 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 -).

42

d) Selbst wenn die "Sonstigen Hilfen", wie die Klägerin vorträgt, keiner Mengenausweitung zugänglich sein sollten, führt das nicht dazu, dass sie nicht innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 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

43

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 -).

e) 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 -).

44

f) 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 -).

45

g) 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 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 -).

46

h) 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

47

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.

C. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung. 48

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG). 49