



Sozialgericht Hannover

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

Verkündet am: 20. April 2016

A., Justizfachangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

S 61 KA 443/11

In dem Rechtsstreit

Dr. B.

- Kläger -

Prozessbevollmächtigte:

C.

gegen

D.

- Beklagte -

hat die 61. Kammer des Sozialgerichts Hannover auf die mündliche Verhandlung vom 20. April 2016 durch die Vorsitzende, Richterin am Sozialgericht Dr. E. sowie den ehrenamtlichen Richter Dr. F. und die ehrenamtliche Richterin Dr. G. für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit der Honorarbescheide für das dritte und vierte Quartal des Jahres 2010.

Der Kläger ist als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in H. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Gegen die Honorarbescheide für das dritte und vierte Quartal des Jahres 2010 legte er jeweils unter Hinweis darauf Widerspruch ein, dass die Leistungen der Unterkapitel 1.7.5 EBM (Empfängnisregelung), 1.7.6 EBM (Sterilisation) und 1.7.7 EBM (Schwangerschaftsabbruch) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) unbudgetiert vergütet werden müssten. Diese Leistungen seien als bislang freie Leistungen unbudgetiert vergütet worden. Jetzt seien Sie dem Regelleistungsvolumen (RLV) zugeordnet worden. Für die genannten Leistungsbereiche seien für die Fachgruppe der Gynäkologen weder besonders förderungswürdige Leistungen noch ein qualitätsbezogenes Zusatzvolumen (QZV) vorgesehen. Diese Leistungsbereiche seien aber als besonders förderungswürdige Leistungen anzusehen. Die Regelung der Empfängnisverhütung (§ 24a SGB V) sowie des Schwangerschaftsabbruchs und der Sterilisation (§ 24b SGB V) seien durch das Schwangeren- und Familienhilfegesetz vom 27. Juli 1992 in das SGB V aufgenommen worden und unter anderem Gegenstand eines vor dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) anhängigen Normenkontrollverfahrens gewesen. Das BVerfG habe mit Urteil vom 28. Mai 1993 – Az. 2 BvF 2/90, 4/92, 5/92 - den Rechtsanspruch auf Beratung und Aufklärung der Betroffenen deutlich herausgestellt und im Hinblick auf die Schutzpflicht des Gesetzgebers für das ungeborene Leben festgestellt, dass in den Fällen, in denen der Gesetzgeber in Erfüllung seiner Schutzpflicht für das ungeborene Leben zu einem Beratungskonzept übergehe, dieses auch bedeute, dass die Schutzwirkung – präventiv – durch eine beratende Einflussnahme auf die einen Schwangerschaftsabbruch erwägende Frau erreicht werden solle. In Umsetzung der vom BVerfG in diesem Urteil angeordneten Vorgaben habe der Gesetzgeber in dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21. August 1995 die Ansprüche auf Leistungen der Versicherten bei einer Schwangerschaft neu geregelt. In Würdigung dieser Historie seien die §§ 24a und b SGB V maßgeblich von dem Rechtsanspruch auf Beratung und Aufklärung geprägt. Folgerichtig seien diese Regelungen daher auch in den 3. Abschnitt des SGB V, unter die Leistungsverhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention, arbeitsbedingter der Gesundheitsgefahren und Förderung der Selbsthilfe aufgenommen worden. Dabei handele es sich um Leistungen, die der Gesetzgeber nach § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V außerhalb einer Mengenbegrenzung vergütet wissen wolle. Die Vorgabe von RLV in diesem Bereich sei systemwidrig. Per Definition sei eine Mengenbegrenzung hier ausgeschlossen, da durch diese Leistungen gerade höhere Folgekosten für das Gesundheitssystem vermieden werden sollten. Die Regelungen in §§ 24a und b SGB V hätten einen positiven Effekt gehabt, denn es sei ein deutlicher Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche zu ver-

zeichnen gewesen. Es bestehe ein Konsens dahingehend, dass Abbrüche reduziert werden sollten. Daher sei eine umfassende Beratung erforderlich. Eine Mengenbegrenzung würde der Intention des Gesetzgebers widersprechen und sei rechtswidrig. Der einzelne Arzt sei aufgrund der normativen Vorgaben gehalten, auf die Inanspruchnahme der Beratungs- und Vorsorgeleistung hinzuwirken. Konsequenterweise müsse dann jedoch der wirtschaftliche Anreiz erhalten bleiben, diese Leistungen ggf. auch unter Ausweitung des bisherigen Abrechnungsvolumens zu erbringen. Dies gelte umso mehr, als die Richtlinien des G-BA zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch dezidierte Vorgaben zur ärztlichen Vorgehensweise enthielten. Es handele sich um besondere ärztliche Leistungen, die sich deutlich von allen anderen ärztlichen Leistungen unterschieden.

Dem gesetzgeberischen Willen Rechnung tragend habe der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss nach § 85 Abs. 4 SGB V vom 29. Oktober 2004 die Bereiche der Empfängnisverhütung, Sterilisation und des Schwangerschaftsabbruchs ausdrücklich als besonders förderungswürdig Leistungen aufgeführt, die außerhalb des RLV zu vergüten seien.

Soweit der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss gemäß § 87b Abs.4 Satz 1 SGB V vom 26. März 2010 mit Wirkung vom 1. Juli 2010 es in das Ermessen der Vertragspartner gestellt habe, welche konkreten Leistungsbereiche als besonders förderungswürdig zu qualifizieren seien, hätten die Vertragspartner nicht berücksichtigt, dass hier eine Ermessensreduktion „auf Null“ vorgelegen habe. Es bestehe ein Rechtsanspruch auf unbudgetierte Vergütung dieser Leistungen, ähnlich dem Grundgedanken bei der Prävention oder auch Substitutionsbehandlung. Durch die Mengenbegrenzung bzw. Budgetierung dieser Bereiche würden die Ansprüche der Versicherten auf Aufklärung und Beratung gefährdet. Der Anspruch der Betroffenen werde ausgehöhlt, wenn diese Leistungen einer Budgetierung unterfielen und es werde nicht hinreichend berücksichtigt, dass diese Leistungen einer Mengenbegrenzung nicht zugänglich seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 7. Juni 2011, der an den Kläger am 1. Juli 2011 abgesandt wurde, wies die Beklagte die Widersprüche zurück.

Hiergegen wendet sich der Kläger mit seiner am 25. Juli 2011 erhobenen Klage. Er bezieht sich auf sein Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren und führt ergänzend aus, dass die Beklagte mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart habe, den Bereich der hier streitigen „sonstigen Hilfen“ (Kapitel 1.7.5 bis 1.7.7 EBM) bis einschließlich des Quartals 2/2010 außerhalb der RLV zum jeweils vollen regionalen Punktwert zu vergüten. Ab dem 3. Quartal 2010 seien die Leistungen dann innerhalb der RLV vergütet worden.

Durch die Eingliederung in die RLV sei es beim Kläger zu ganz erheblichen Verwerfungen im Honorar gekommen. Der Fallwert, der durch diese Maßnahme habe gestützt werden sollen,

habe im Quartal 3/2010 gerade einmal bei 15,06 Euro gelegen gegenüber 17,75 Euro im Vorjahresquartal 3/2009. Auch unter Berücksichtigung des QZV ergebe sich für das Quartal 3/2009 gerade einmal ein Fallwert in Höhe von 17,01 Euro. Auch für das Quartal 4/2010 ergäben sich deutliche Einbußen gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal. Im Quartal 4/2010 habe der Kläger lediglich eine Vergütungsquote von 61,07 % erreicht.

Die Vergütung der „Sonstigen Hilfen“ hätte nicht nur außerhalb der RLV, sondern auch außerhalb der MGV erfolgen müssen.

Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beklagte andere Leistungen als besonders förderungswürdige Leistungen eingestuft habe und die streitigen Leistungen nicht.

In der klägerischen Praxis sei die Leistungsanforderung im Bereich der sonstigen Hilfen gegenüber den entsprechenden Vorjahresquartalen auch konstant gewesen.

Auch die Buchungsvorschriften der gesetzlichen Krankenkassen sprächen für eine unbudgetierte Vergütung. Sowohl das Bundesgesundheitsministerium als auch die Partner der Bundesmantelverträge seien davon ausgegangen, dass dem Bereich der Sonstigen Hilfen eine Sonderstellung im System zukomme.

Die „Sonstigen Hilfen“ würden als sogenannte „versicherungsfremde Leistungen“ durch Zahlungen des Bundes nach § 221 SGB V besonders bezuschusst. Sofern die Kostenträger also vom Bund wegen deren besonderer Förderungswürdigkeit gesonderte Zuschüsse für die streitigen Leistungen erhielten, sei es nur sachgerecht, dass sich dies auch in der Vergütung der Ärzte wider spiegele.

Jedenfalls seien diese Leistungen wenn nicht außerhalb der MGV, so doch aber zum vollen Punktwert außerhalb der RLV zu vergüten.

Es sei auch nicht erkennbar, dass der Bewertungsausschuss oder die Beklagte überhaupt geprüft hätten, ob die Besonderheiten im Bereich der „Sonstigen Hilfen“ eine Vergütung außerhalb der RLV erforderlich machten. Die Kenntnis darüber, ob und nach welchen Kriterien eine solche Prüfung stattgefunden habe, mache jedoch eine gerichtliche Überprüfung erst möglich. Sofern eine solche Prüfung unterblieben sei, fehle es an der erforderlichen Ermessensausübung. Es fehle auch an einer Analyse, weshalb gerade eine Leistungsausdehnung im Bereich der streitigen Leistungen zu einer Verwerfung im Bereich der RLV geführt haben solle.

Der Kläger beantragt,

1. die von der Beklagten erlassenen Honorarbescheide für die Quartale 3/2010 und 4/2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07. Juni 2011 aufzuheben,

2. die Beklagte zu verpflichten, die von dem Kläger erbrachten Leistungen der Unterkapitel 1.7.5 EBM (Empfängnisregelung), 1.7.6 EBM (Sterilisation) und 1.7.7 EBM (Schwangerschaftsabbruch), 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 beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Zuweisung der streitigen Leistungen zum RLV sei rechtmäßig.

Eines sachlichen Grundes bedürfe es nicht für die Einbeziehung in die RLV, sondern für die Nichteinbeziehung von Leistungen. Allerdings lägen hier durchaus sachliche Gründe vor, die sich aus der als notwendig erachteten Eindämmung der nach dem 1. Januar 2009 weiterhin nicht mehr begrenzten Leistungsbereiche ergäben, deren sich ausweitende Inanspruchnahme ein Absinken des RLV-Honorarvolumens nach sich gezogen habe. Der erhebliche Verfall der RLV-Basisfallwerte habe eine grundlegende Neugestaltung der Honorarsystematik zum 3. Quartal 2010 erforderlich gemacht. Im Jahr 2010 seien im Vergleich zu 2009 die insgesamt für die Verteilung zur Verfügung stehenden Honorarsummen für alle Arztgruppen zurückgegangen, was auf zwei Hauptsachverhalten beruht habe. Zum einen sei die MGV für 2010 aufgrund einer nicht erreichten Steigerung des Leistungsbedarfs im Jahr 2008 niedriger ausgefallen als im Jahr 2009. Zum anderen sei im Bereich der Vorableistungen ein starkes Mengenwachstum zu verzeichnen gewesen. Daher seien durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2020 die Leistungsbereiche, die Einfluss auf das RLV gehabt hätten, zum 3. Quartal 2010 auf ein Minimum reduziert worden.

Die Einbeziehung der streitigen Leistungen in die RLV sei eine notwendige Folge der dem Bewertungsausschuss und der Beklagten obliegenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht.

Die Beklagte habe mit den niedersächsischen Kassenverbänden auch eine Regelung zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten für das Jahr 2010 vereinbart.

Das der Beklagten nach der Beschlusslage eingeräumte Ermessen habe sie rechtmäßig ausgeübt. Die Krankenkassen hätten keine Notwendigkeit für ein Abweichen von den auf Bundesebene vereinbarten Vorgaben gesehen. Ab dem Quartal 1/2012 sei mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen vereinbart worden, dass die „sonstigen Hilfen“ außerhalb von RLV und QZV vergütet würden, allerdings hätten die Kassen dem nur unter der Voraussetzung der eigenen Finanzneutralität zugestimmt.

Auch aus den Buchungsvorschriften ergebe sich nichts Anderes. Die Einordnung in eine Kontengruppe für die Träger der GKV stelle kein Indiz dafür dar, ob eine Leistung als besonders förderungswürdig anzusehen sei oder nicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und auf die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht erhobene und auch im Übrigen zulässige Klage ist nicht begründet. Die angefochtenen Honorarbescheide sind rechtmäßig. Der Umstand, dass die Leistungen aus den Kapiteln 1.7.5 bis 1.7.7 des EBM innerhalb des RLV vergütet wurden, bewegte sich im Rahmen der rechtlichen Vorgaben.

Rechtsgrundlage für die Honorarverteilung in den streitigen Quartalen war die von der Beklagten mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen geschlossene „Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010“ (VNVV). Diese Vereinbarung hatte ihre rechtliche Grundlage im Beschlussteil F im „Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010“. Beschlussteil F enthält den „Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 2 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2010“ (EBA-Beschluss).

§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V in der seinerzeit gültigen Fassung vom 26. März 2007 sah vor, dass der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Absätzen 2 und 3 der Vorschrift regelt. Die gesetzlichen Vorgaben hierfür enthielten in § 87b Abs. 2 SGB V die Regelung, dass zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen sind. Ein RLV ist nach § 87b Abs. 2 Satz 2 die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist.

Nach Satz 6 des Absatzes 2 sind antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte außerhalb der RLV zu vergüten. Weitere vertragsärztliche Leistungen können nach Abs. 2 Satz 7 außerhalb der RLV vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 hat diese Befugnis, weitere vertragsärztliche Leistungen aus der Honorierung im RLV auszunehmen, an die Partner der Gesamtverträge weitergegeben, indem er in Ziffer I.2.3 vorgesehen hat, dass die Partner der Gesamtverträge gemäß - der o. g. Regelung in - § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V vereinbaren können, dass besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der RLV und QZV vergütet werden.

Daneben regelt § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V in der seinerzeit geltenden Fassung vom 26. März 2007, dass die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbaren. Abs. 3 Satz 5 der Vorschrift sieht vor, dass vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von den Krankenkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten sind und dass die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung darüber hinaus vereinbaren können, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Die Beklagte hatte nach diesen Vorgaben also - zusätzlich zur vom Bewertungsausschuss selbst nicht genutzten, aber den Gesamtvertragspartnern eingeräumten Möglichkeit der Herausnahme von Leistungen aus dem RLV - die Befugnis, mit den Krankenkassen zu vereinbaren, dass unter bestimmten Voraussetzungen weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der MGV vergütet werden.

Die Frage, ob der Bewertungsausschuss oder die Beklagte als Gesamtvertragspartnerin der ihnen von einer übergeordneten Norm eingeräumten Handlungsmöglichkeit nachkommen

müssen, ist nicht immer einer gerichtlichen Klärung zugänglich (vgl. BSG, Beschluss vom 28. Oktober 2015 - B 6 KA 35/15). Letztlich kam es darauf im vorliegenden Verfahren nicht an, denn in der Sache folgt nach Auffassung der Kammer weder aus den genannten Vorschriften noch aus anderen Rechtsnormen eine Verpflichtung, die streitigen Leistungen außerhalb der MGV oder außerhalb der RLV oder im Rahmen eines QZV zu vergüten. Vielmehr ist die zum dritten Quartal erfolgte Überführung der bis dahin als sogenannte freie Leistungen unbudgetiert vergüteten „Sonstigen Hilfen“ in die RLV vom Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses gedeckt. Daraus folgt unmittelbar, dass diese Leistungen erst recht nicht außerhalb der MGV vergütet werden mussten.

Der Gesetzgeber selbst hat sich darauf beschränkt, in § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V für die vertragsärztliche Substitutionsbehandlung eine Vergütung außerhalb der MGV zu regeln und in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen für eine zwingend außerhalb der RLV zu erfolgende Vergütung vorzusehen. Damit hat er eindeutig zu erkennen gegeben, dass eine unbudgetierte Vergütung weiterer Leistungsbereiche gerade nicht zwingend erfolgen muss, sondern er hat die Entscheidung darüber den zuständigen Gremien bzw. Vertragspartnern überlassen. Es ist nicht erkennbar, dass diese gesetzgeberische Entscheidung ihrerseits gegen höherrangiges Recht verstößt.

Dementsprechend ist auch die Entscheidung des Bewertungsausschusses, ab dem 3. Quartal die „Sonstigen Hilfen“ aus den freien Leistungen herauszunehmen und sie in die RLV zu überführen, nicht zu beanstanden, sondern vielmehr von dem vom Gesetzgeber eingeräumten Gestaltungsspielraum gedeckt (vgl. auch SG Hannover, Urteil vom 24. Februar 2016 - S 65 KA 559/11; SG München, Urteil vom 1. Oktober 2014 – S 38 KA 917/13). Diesen Gestaltungsspielraum hat auch das BSG in Bezug auf die im hier streitigen Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 vorgenommene quotierte Vergütung freier Leistungen betont (BSG, Urteil vom 19. August 2015 – B 6 KA 34/14 R).

Die vom Kläger für eine Vergütung außerhalb von RLV oder MGV vorgetragene Argumente sind nachvollziehbar und lassen allesamt eine abweichende Entscheidung des Bewertungsausschusses bzw. der Partner der Gesamtverträge wünschenswert erscheinen – wie es in der Folge ab dem Quartal 1/2012 ja auch geschehen ist -, aber sie sind nicht ausreichend, um den Gestaltungsspielraum derart zu verengen, dass sich die Vergütung innerhalb des RLV als rechtswidrig darstellen würde.

Dies könnte dann angenommen werden, wenn die Entscheidung zur Vergütung der „Sonstigen Hilfen“ innerhalb des RLV als willkürlich anzusehen wäre. Das ist aber nicht der Fall. Vielmehr gab es, worauf die Beklagte hingewiesen hat, gerade zum 3. Quartal 2010 durchaus

sachliche Gründe für die Hereinnahme auch dieser Leistungen in die RLV. So war im Jahr 2010 im Vergleich zum Jahr 2009 ein Rückgang der für die Honorarverteilung zur Verfügung stehenden MGV zu verzeichnen. Gleichzeitig war es nach Angaben der Beklagten zu einem Mengenwachstum bei den freien Leistungen gekommen, die außerhalb der RLV, aber innerhalb der MGV zu vergüten gewesen waren. Selbst wenn es zutrifft, dass es ein Mengenwachstum bei den streitigen Leistungen der „Sonstigen Hilfen“ gar nicht gegeben hatte, war es gerechtfertigt, im Interesse einer gleichmäßigen und angemessenen Vergütung aller Vertragsärzte so viele Leistungen wie möglich in die RLV hineinzunehmen und den Bereich der unbudgetierten Leistungen weitestgehend zu minimieren. Ohne Honorareinbußen im Bereich der vormals freien Leistungen wären infolge der Begrenztheit des für die Honorarverteilung zur Verfügung stehenden Betrages die Einbußen bei den Regelleistungen höher gewesen. Die weitgehende Einbeziehung von Leistungen in die RLV entspricht nach Auffassung der Kammer auch der gesetzlichen Konzeption der Honorarverteilung. So hat sich der Gesetzgeber selbst, wie ausgeführt, auf die Herausnahme lediglich zweier Leistungsbereiche – der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen und der Substitutionsleistungen – beschränkt. Somit soll die Einbeziehung in RLV den Regelfall darstellen und nach der gesetzlichen Konzeption nicht notwendig davon abhängen, ob in einem Leistungsbereich tatsächlich Mengensteigerungen vorgelegen haben. Die Beklagte hat in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hingewiesen, dass die Überführung von Leistungen in den Vorabbereich in einem System mit einer insgesamt gedeckelten MGV immer zu Lasten der RLV/QZV aller Fachgruppen geht.

Ob ein Leistungsbereich einer Mengensteuerung zugänglich ist oder nicht, stellt für sich genommen auch kein allein ausschlaggebendes Kriterium für die Einbeziehung oder Nichteinbeziehung in RLV dar. So hat das BSG im Hinblick auf die Nichteinbeziehung des Dialysebereichs konstatiert, dass hier die Gefahr einer Leistungs- und Mengenausweitung geringer sei als in anderen ärztlichen Bereichen (hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 3. Februar 2010 – B 6 KA 31/08 R). Gleichzeitig hat das Gericht betont, dass der Bewertungsausschuss nicht verpflichtet gewesen sei, von einer Einbeziehung dieser Leistungen in die RLV abzusehen. Vielmehr habe er hier Gestaltungsfreiheit gehabt.

Im Übrigen hält die – unter anderem mit zwei Ärzten fachkundig besetzte - Kammer die Gefahr von Mengenausweitungen im Bereich der „Sonstigen Hilfen“ auch nicht für gänzlich ausgeschlossen.

Schließlich hat der Gesetzgeber selbst sich ausdrücklich darauf beschränkt, nur ganz wenige Leistungsbereiche von vornherein aus der Vergütung im RLV auszunehmen. Ferner folgt auch aus dem Wortlaut der Vorschrift des § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach die RLV einer

„Verhinderung“ einer übermäßigen Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit dienen, dass zur Einbeziehung eines Leistungsbereichs in die RLV nicht bereits eine Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit vorliegen muss. Auch die präventive Einbeziehung von Leistungsbereichen zur Verhinderung einer zukünftigen Mengenausweitung ist von der Norm gedeckt.

Die Entscheidung für eine Hereinnahme der „Sonstigen Hilfen“ in die RLV war auch unter Berücksichtigung des hohen Stellenwertes der „Sonstigen Hilfen“ und auch der dazu ergangenen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) sachgerecht und nicht willkürlich. Die Ansprüche der Versicherten auf die „Sonstigen Hilfen“ sind unabhängig von den Honorarverteilungsregelungen und betreffen ein anderes Rechtsverhältnis. Sie setzen nicht voraus, dass notwendig in jedem einzelnen Fall eine unbudgetierte Vergütung der entsprechenden Leistungen erfolgen muss und können auch bei einer Einbeziehung in die RLV realisiert werden. Dem Beschluss des BVerfG vom 28. Mai 1993 - 2 BvF 2/90 - kann nicht entnommen werden, dass der Staat seiner Schutzpflicht für das ungeborene Leben nur dann nachkommt, wenn die Honorierung der Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation und Empfängnisregelung gegenüber anderen Leistungen privilegiert wird.

Das BVerfG betont im Übrigen auch den überragend hohen Stellenwert, den das System der gesetzlichen Krankenversicherung und dessen Finanzierbarkeit einnehmen (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 27. April 2001 – 1 BvR 1282/99). Zur Finanzierbarkeit im weiteren Sinne gehören auch solche Umstände, die eine gleichmäßige Lastenverteilung bei einer zurückgehenden Gesamtvergütung bewirken sollen.

Auch der Umstand, dass andere Leistungsbereiche oder EBM-Ziffern aus der Vergütung innerhalb der RLV ausgenommen sind, vermag die genannten sachlichen Gründe in ihrem Gehalt nicht zu schmälern. Auch unterschiedliche Wertungen werden, solange sie nicht willkürlich sind, von der dem Bewertungsausschusses und den Gesamtvertragspartnern eingeräumten Gestaltungsfreiheit gedeckt.

Soweit der Kläger im Zusammenhang mit der zur Dialyse ergangenen Rechtsprechung darauf hinweist, dass es sich – anders als bei der Dialyse – vorliegend nicht um den Kernbereich der Krankenbehandlung handelt, können daraus keine Rückschlüsse für eine vorteilhaftere Honorierung der „sonstigen Hilfen“ gezogen werden. Wollte man den Stellenwert der „Sonstigen Hilfen“ und der Dialyse vergleichen, so ist nach Auffassung der Kammer zumindest in den Bereichen Sterilisation und Empfängnisverhütung nicht ohne Weiteres ein höherer Rang gegenüber einer lebensnotwendigen Behandlung wie der Dialyse zu erkennen.

Soweit der Kläger sich auf Buchungsvorschriften bezieht, folgt daraus keine andere Beurteilung. Vorrangig und maßgebend sind hier die gesetzlichen Vorgaben zur Ausgestaltung der

RLV/MGV und die erwähnten, auf dieser Grundlage ergangenen Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. die von den Gesamtvertragspartnern geschlossene VNVV.

Dabei verkennt die Kammer nicht, dass den Kläger empfindliche Honorareinbußen getroffen haben, wenn auch nicht in einem Umfang, dass die Voraussetzungen für Sicherstellungszahlungen erfüllt gewesen wären. Gleichzeitig ist gerichtsbekannt, dass im streitigen Zeitraum in nahezu allen Fachgruppen zum Teil erhebliche, über die Einbußen des Klägers deutlich hinausgehende Honorarrückgänge zu verzeichnen waren. Angesichts einer begrenzten zur Verfügung stehenden Honorarsumme und der den Normgebern im vertragsärztlichen Bereich eingeräumten Gestaltungsfreiheit mussten diese Einbußen aber hingenommen werden. Hinzu kommt, dass bei einem Vergleich mit den Vorjahresquartalen aus dem Jahr 2009 zu berücksichtigen ist, dass die damals gezahlten Honorare, wie die Beklagte ausgeführt hat, auf der Grundlage einer durch eine zu hohe Bedarfsschätzung zustande gekommenen Gesamtvergütungssumme hatten gezahlt werden können, die sich im Nachhinein als unrealistisch erwies.

Nach alledem konnte die Klage keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Sozialgerichtsgesetz i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder in elektronischer Form nach Maßgabe der Niedersächsischen Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Justiz vom 21.10.2011 (Nds. GVBl. S. 367) in der jeweils aktuellen Fassung oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Hannover, Leonhardtstraße 15, 30175 Hannover, schriftlich oder in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Hannover, Leonhardtstraße 15, 30175 Hannover, schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der obengenannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.

Dr. E.