

S 12 KA 95/15

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 95/15

Datum

11.04.2018

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Vergütung von humangenetischen Leistungen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist bei Auszahlungsquoten für Leistungen der Kapitel 11.3 und 11.4 EBM von 74,925 % (I/12), 53,380 % (II/12), 39,657 % (III/12), 40,978 % (IV/12), 69,264 % (I/13) und 60,000 % (II/13) nicht zu beanstanden. Die KV Hessen ist ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht durch Einführung einer Quotierungsuntergrenze von 60 % ab dem Quartal I/13 hinreichend nachgekommen.

Bemerkung

S 12 KA 114 bis 117/15 und [S 12 KA 121/15](#)

1. Die Klagen werden abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die sechs Quartale I/12 bis II/13.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Humangenetik seit dem 01.07.1997 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisnitz in Wiesbaden zugelassen.

In den streitbefangenen Quartalen nahm die Beklagte jeweils mit Honorarbescheid folgende Festsetzungen vor, gegen die die Klägerin Widerspruch einlegte:

Quartal I/12 II/12 III/12 IV/12

Honorarbescheid vom 03.07.2012 28.09.2012 06.01.2013 08.04.2013

Widerspruch eingelegt am 24.08.2012 23.11.2012 12.03.2013 27.05.2013

Anzahl Praxen/Behandler 6/8,75 5/7,75 5/7,75 4/6,75

Nettohonorar gesamt in EUR 231.380,67 202.902,96 186.968,42 185.211,35

Bruttohonorar PK + EK in EUR 235.697,24 207.812,82 191.258,39 185.957,00

Fallzahl PK + EK 696 667 706 691

Honorar Regelleistungsvolumen in EUR 55.282,70 67.107,52 62.121,51 73.215,13

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina 0,00 0,00 0,00 0,00

Honorar quotiertes Regelleistungsvolumen/QZV in EUR 0,00 0,00 2.373,95 0,00

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 106.488,06 73.894,66 66.176,34 59.395,55

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 73.926,48 69.378,45 66.227,59 58.089,32

Einbehalt EHV aus Sonderverträgen -2.567,81 -5.643,00 -5.643,00

Praxisbezogenes RLV in EUR 75.707,77 78.561,75 62.121,52 99.622,49

Angefordertes Honorar in EUR 57.589,98 69.949,36 82.746,60 73.215,13

Über-/Unterschreitung in EUR - 18.117,79 - 8.612,39 20.625,08 - 26.407,36

Leistungen Kap. 11.3 und 11.4

Angefordertes Honorar in EUR 134.838,33 131.736,68 142.907,18 124.293,83

Quote brutto in % 74,925 52,380 39,657 40,978

Quote netto in % 70,961 49,594 - -
Honorar brutto in EUR 24.528,59 16.316,58
Honorar netto in EUR 72.451,75 49.959,35
Honorar gesamt in EUR 96.980,34 66.275,93 56.672,70 50.933,13

Fallwert PK+EK* 338,65 311,56 270,90 269,11
*Von der Kammer errechnet (Bruttohonorar PK + EK./. Fallzahl)

Quartal I/13 II/13
Honorarbescheid vom 11.09.2014 15.07.2013 07.11.2014 20.09.2013
Widerspruch eingelegt am 27.10.2014 05.12.2013
Anzahl Praxen/Behandler 5/8,25 5/8,25
Nettohonorar gesamt in EUR 249.446,29 244.577,72
Bruttohonorar PK + EK in EUR 254.825,73 251.753,53 253.451,98 250.993,16
Fallzahl PK + EK 647 744
Honorar Regelleistungsvolumen in EUR 59.449,87 86.349,98
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina 0,00 0,00
Honorar quotiertes Regelleistungsvolumen/QZV in EUR 534,43 361,00
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 128.971,12 107.454,66
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 71.513,31 64.929,36
Einbehalt EHV aus Sonderverträgen -5.643,00 -5.643,00

Praxisbezogenes RLV in EUR 59.449,86 86.349,96
Angefordertes Honorar in EUR 64.242,07 88.753,40
Über-/Unterschreitung in EUR 4.792,21 2.403,44

Leistungen Kap. 11.3 und 11.4
Angefordertes Honorar in EUR 174.283,22 161.965,11
Quote in % 69,439 60,000
Honorar in EUR - 97.179,07

Fallwert PK+EK 393,85 340,66
*Von der Kammer errechnet (Bruttohonorar PK + EK./. Fallzahl)

Zur Begründung ihrer Widersprüche wies die Klägerin auf die geringe Quote für die Leistungen nach Kapitel 11.3 und 11.4 EBM. Der Sachkostenanteil sei höher als die zugestandenen 50 %.

Die Beklagte verband das Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/12 mit weiteren Widerspruchsverfahren gegen den Bescheid zum Antrag auf Änderung des Regelleistungsvolumens für die Quartale III/10 bis I/11 sowie gegen die Honorarbescheide für die Quartale III/10 und IV/10. Mit Widerspruchsbescheid vom 11.02.2015 gab sie den Widersprüchen für die Quartale III/10 und IV/10 teilweise statt und wies im Übrigen die Widersprüche als unbegründet zurück. Hinsichtlich des Honorarbescheids für das Quartal I/12 machte sie im Wesentlichen die gleichen Ausführungen hinsichtlich der Begrenzung von Vorwegleistungen wie für die Folgequartale (hierzu sogleich).

Hiergegen hat die Klägerin am 12.03.2015 zum Aktenzeichen S 12 KA 94/15 die Klage erhoben. Das Gericht hat die Verfahren für die Quartale IV/10, I/11 und I/12 unter den Aktenzeichen S 12 KA 119/15 bis [S 12 KA 121/15](#) abgetrennt. Die Verfahren bzgl. der Quartale III/10 bis I/11 unter den Aktenzeichen S 12 KA 94/15 und S 12 KA 119/15 und [S 12 KA 120/15](#) hat die Klägerin zwischenzeitlich zurückgenommen. Weiterhin anhängig ist nur noch das Verfahren bzgl. des Honorarbescheids für das Quartal I/12 unter dem Az.: [S 12 KA 121/15](#).

Die Beklagte verband die Verfahren bzgl. der Quartale II/12 bis II/13 und wies mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 11.02.2015 die Widersprüche als unbegründet zurück. In den Gründen legte sie im Einzelnen die rechtlichen Grundlagen für die Regelleistungsvolumina und die Berechnungsweise des Fallwertes dar. In den Quartalen II und IV/12 habe die Klägerin das Regelleistungsvolumen (RLV) nicht überschritten. Eine Sonderregelung auf Grund von Praxisbesonderheiten lehnte sie ab, da die Klägerin in den Quartalen, in denen sie das RLV überschritten habe, mit ihren RLV-Fallwerten von 213,00 EUR (III/12), 174,52 EUR (I/13) und 176,64 EUR (II/13) den RLV-Fallwert der Fachgruppe mit 181,94 EUR (III/12), 189,03 EUR (I/13) und 279,17 EUR (II/13) nicht um 20 % überschritten habe. Im Quartal III/12 betrage die Überschreitung lediglich 17,07 %, in den übrigen beiden Quartalen liege eine Unterschreitung vor. Hinsichtlich der Quotierung der Leistungen des Kapitels 11.3 und 11.4 EBM wies sie auf den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 hin, der die Möglichkeit eröffnet habe, die sog. Vorwegleistungen, also die Leistungen, die außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet würden, jedoch innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden müssten, zu begrenzen. Ziel sei, bei einer Mengenausweitung der Vorwegleistungen eine Reduzierung der Regelleistungsvolumina zu vermeiden. Sie habe bereits im Rundschreiben vom 30.06.2009 über die Möglichkeit der Quotierung der Vorwegleistungen ab dem Quartal III/09 informiert. Im HVM würden die Vorgaben unter Nr. 2.3 und 2.4 fortgeführt werden. Es sei festgelegt worden, dass in den streitgegenständlichen Quartalen die abgerechneten Vorwegleistungen denjenigen Beträgen gegenüber gestellt würden, die für diese Leistungen von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zurück gestellt worden seien. Die Höhe der Rückstellungen ergebe sich dabei durch die Bewertung der anerkannten Leistungsmenge im entsprechenden Vorjahresquartal, erhöht um eventuelle Anpassungsfaktoren und multipliziert mit dem maßgeblichen Orientierungswert. Es werde der Ausgleichsindex 100 (AI 100) angewendet. Beim AI100 würden 100% des ermittelten Rückstellungsbetrags für die Vergütung von Vorwegleistungen bereitgestellt werden. Die durch die Begrenzung von Vorwegleistungen freiwerdende Rückstellungssumme seien in den betroffenen Quartalen gezielt zur Stützung von RLV-Leistungen verwandt worden. Überschreite generell die Anforderung der Vorwegleistungen den Rückstellungsbetrag, so finde eine quotierte Vergütung statt. Die Höhe der Quote ergäbe sich dabei aus dem Verhältnis des Überschreibungsbetrages zum maßgeblichen Rückstellungsbetrag. In den hier streitbefangenen Quartalen hätten die Anforderungen für Vorwegleistungen über den jeweiligen Rückstellungsbeträgen gelegen. Daher sei eine quotierte Vergütung der

Vorwegleistungen erfolgt.

Hiergegen hat die Klägerin am 12.03.2015 zum Aktenzeichen S 16 KA 95/15 die Klage erhoben. Die 16. Kammer hat die Verfahren bezüglich der Quartale III/12 – II/13 unter den Aktenzeichen S 16 KA 114-117/15 abgetrennt. Die Verfahren wurden zuständigkeitshalber an die 12. Kammer übergeben.

Die Klägerin trägt zur Begründung ihrer Klagen vor, aus der Tatsache, dass die Leistungen des Kapitels 11 EBM aus einem Honorarkontingent auf Basis der im Vorjahresquartal II/11 angeforderten und mit dem Orientierungswert vergüteten Leistungen nur mit einer Quote von 52,380% vergütet worden seien, folge, dass die Leistungsmenge in diesem Vergütungsbereich um ca. 31% im Vergleich zum Vorjahresquartal zugenommen haben müsse. Diese Mengenentwicklung innerhalb eines Jahres sei nicht nachvollziehbar. Sie selbst habe nur im Umfang von 6,8% mehr Leistungen abgerechnet. Die Zahl der Zulassungsumfänge habe sich von 12,42 auf 11,25 vermindert. Interessant sei insb., ob und ggf. in welchem Umfang die Mengenentwicklung auf eine Zunahme von Leistungen bei bereichsfremden Versicherten (mit einer zeitversetzten Vergütung im sog. Fremdkassenzahlungsausgleich) zurückzuführen sei. Nach den von der Beklagten vorgelegten Daten für die Quartale I/11, I/12 und I/13 zeige sich eine deutliche Mengenentwicklung und zwar sowohl hinsichtlich des insgesamt angeforderten Leistungsbedarfs als auch des Leistungsbedarfs für bereichsfremde - außerhessische - Versicherte. Es sei der Frage nach zu gehen, ob die Beklagte angesichts einer solchen Mengenentwicklung gegen die obliegende Beobachtungspflicht- und Reaktionspflicht verstoßen habe. Eine Untergrenze für die Vergütung sei nämlich erst mit Wirkung zum Quartal I/13 eingeführt worden. In dem Quartal I/11 zeige der angeforderte Leistungsbedarf eine Steigerung um insgesamt 35,1%. Der Leistungsbedarf für außerhessische Versicherte sei sogar um 113,7 % gestiegen. Nach den seinerzeit im Internet verfügbaren Daten lasse sich eine Mengenentwicklung ableiten. In den Quartalen des Jahres 2011 zeige sich eine deutliche Mengenentwicklung, in den Quartalen III/12 und IV/12 sogar von mehr als 100% im Vergleich zum Vorjahresquartal. Es sei zu vermuten, dass diese Mengenentwicklung größtenteils auf Verlagerung und von Einsendungen aus anderen KV-Bereichen nach Hessen zurückzuführen sei, möglicherweise deshalb, weil die Beklagte im Gegensatz zu anderen KVen die humangenetischen Leistungen in 2011 zu 100% vergütet habe. Für diese Vermutung spreche, dass die Zunahme der Leistungsanforderungen der Humangenetiker bundesweit laut KBV-Honorarbericht deutlich geringer gewesen sei. Treffe ihre Vermutung zu, hätte die Beklagte im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs Honoraranteile erhalten, die nicht dem Vergütungstopf für humangenetische Leistungen zugeflossen seien. Angesichts dieser sich ab dem Quartal I/12 abzeichnenden Mengenentwicklung hätte die Beklagte früher als im Quartal I/13 eine Untergrenze für die Vergütung humangenetischer Leistungen beschließen müssen. Unabhängig von der gebotenen früheren Reaktionspflicht verstoße die Einführung einer Mengenbegrenzung gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Der Punktwert dürfe nicht um 15% oder mehr niedriger sein als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen. Die durchschnittliche Vergütungsquote für MGv-Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich habe in den streitgegenständlichen Quartalen ca. 85% betragen. Die von der Beklagten für die Quartale I/11, I/12, I/13 mitgeteilten Daten bestätigten die von ihr ermittelte Mengenentwicklung. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 habe für die hier streitgegenständlichen Quartale keine Gültigkeit mehr gehabt. Zudem beziehe sich dieser Beschluss auf das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen. Die von der Beklagten vorgelegten Daten für die angeforderten LB-Leistungen der Kapitel 11.3 und 11.4 zeigten die vermutete extreme Mengenentwicklung. Dabei werde der überwiegende Teil von außerhessischen Ärzten angefordert. Da die Beklagte einen Fremdkassenzahlungsausgleich erhält, wäre sie verpflichtet gewesen, die Vergütungsvolumina für 2012 anzupassen. Für die Quartale I und II/13 habe die Beklagte die Vergütungsquote entgegen Ziff. 2.4.3 HVM berechnet. Unter "Leistungsbedarf" sei das angeforderte Punktzahlvolumen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung mengenbegrenzender Maßnahmen auf Punktzahlebene zu verstehen, nicht das ausgezahlte Honorar.

Die Klägerin beantragt,
den Honorarbescheid für das Quartal I/12 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 11.02.2015 und die Honorarbescheide für die Quartale II/12 – II/13, alle in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 11.02.2015, aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie über ihren Honoraranspruch für die Quartale I/12 – II/13 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den Inhalt der jeweiligen Verwaltungsakte sowie auf die Ausführungen in den angefochtenen Widerspruchsbescheiden. Ergänzend trägt sie vor, die Rechtslage sei annähernd identisch mit dem einzigen Unterschied, dass ab dem Jahr 2013 Nr. 2.4.6 HVM eine Untergrenze der Quotierung humangenetischer Leistungen von 60% vorsehe. Die angeforderten LB-Leistungen der Kapitel 11.3 und 11.4 beliefen sich auf folgende Werte:

I/11: Gesamt: 413.349,81 EUR, davon hessisch: 83.848,50 EUR

I/12: Gesamt: 558.581,66 EUR, davon hessisch: 179.161,87 EUR

I/13: Gesamt: 612.070,66 EUR, davon hessisch: 143.476,87 EUR.

Zur Verfügung stehendes Honorarvolumen:

I/11: 413.349,81 EUR;

I/12: 418.517, 26 EUR (Honorarvol. I/11 multipliziert mit Anpassungsfaktor);

I/13: 424.043,83 EUR (Honorarvol. I/12 multipliziert mit Anpassungsfaktor).

Ein Humangenetiker habe im Quartal I/12 noch 886 Behandlungsfälle abgerechnet, im Quartal I/13 aber keine Leistungen mehr. Außerdem habe dieser Arzt auch im Quartal I/12 keine Leistungen der Kapitel 11.3 und 11.4 abgerechnet. Die Quotierung sei erst ab dem Quartal II/12 bis einschließlich IV/12 auf unter 60% gefallen. Hierauf habe sie mit der Änderung des Honorarvertrags ab dem Quartal I/13 reagiert. Da sie die Mindestquote in Höhe von 60% bereits nach drei Quartalen eingeführt habe, dürfte sie auch ausreichend schnell reagiert haben. Ab dem Quartal I/11 seien neue humangenetische Leistungen in den EBM aufgenommen worden (Kapitel 11.4). Der Schwerpunkt der Leistungserbringung der Klägerin liege in Leistungen des Kapitels 11.3. Mit der Einführung des Kapitels 11.4 habe sich die Vergütung der Auftragsleistungen geändert. Die Leistungen beider Kapitel seien nunmehr als sog. Vorwegleistungen gesteuert. Durch die Möglichkeit der Begrenzung von Vorwegleistungen erfolge ab dem Quartal I/12 eine quotierte Vergütung. Die Auszahlungsquoten für die strittigen humangenetischen Leistungen hätten in den Quartalen des Jahres 2011 jeweils 100 %, im Quartal I/12 74,925 %, im Quartal II/12 53,380 %, im Quartal III/12 39,657 %, im Quartal IV/12 40,978 %, im Quartal I/13 69,264 % und%, im Quartal II/13 60,000 % betragen. Auf den stetigen Punktwertabfall ab dem Quartal II/12 habe sie mit der Regelung in Nr. 2.4.6 des Honorarverteilungsmaßstabs 2013 mit Wirkung ab dem 01. Januar 2013 reagiert. Damit sei ein Absinken unterhalb einer Quote von 60% verhindert worden. Eine Verletzung der Beobachtungs- und

Reaktionspflicht liege demgemäß nicht vor. Sie habe nicht zu spät auf den Punktwertabfall reagiert. Im Jahr 2011 seien aufgrund eines Vorstandsbeschlusses die Leistungen nach Kapitel 11.3 und 11.4 EBM zu 100% (brutto bzw. 95% netto) vergütet worden. Die von der Klägerin hergeleitete Mengenentwicklung sei nicht verwertbar. Nach Präambel 11.1 EBM 2011 würden humangenetische Gebührenordnungspositionen ausschließlich von Fachärzten für Humangenetik, Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung medizinische Genetik sowie von Vertragsärzten, die Auftragsleistungen des Kapitels 11 erbrächten und über eine Genehmigung zur Abrechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels verfügten, abgerechnet. Der außerhessische Anteil des Gesamtbetrags für das Quartal I/11 belaufe sich nach den von ihr vorgelegten Daten auf 20,29%. Für das Quartal I/13 stelle der außerhessische Anteil 23,4% dar. Die von der Klägerin aufgestellte Behauptung, die Mengenentwicklung beruhe größtenteils auf Verlagerungen von Einsendungen aus anderen KV-Bereichen nach Hessen, lasse sich den Zahlen nicht entnehmen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010 Teil F führe unter Nr. 3.1.2 die zu bildende Rückstellung für den Fremdkassenzahlungsausgleich auf. Danach seien die zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung zu berücksichtigen. Bei alleiniger Betrachtung des Fremdkassenzahlungsausgleichs-Saldo ergäben sich für den Bereich der Humangenetik höhere Verbindlichkeiten der anderen Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Ergebnis bedeute dies, dass bei einer getrennten Berücksichtigung des Fremdkassenzahlungsausgleichs innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche und nicht, wie zu diesem Zeitraum geschehen in Summe in der Versorgungsebene, im Saldo ein negativer Betrag im Vergütungstopf der Fachärzte für Humangenetik hätte zugeführt werden müssen und sich der Honorartopf somit noch weiter verringert hätte. Die Mindestvergütungsquote von 60% sei auch nicht zu gering festgesetzt worden. SG Dresden, Urteil vom 11.03.2014 - [S 18 KA 197/10](#) - habe Quoten von 50% bzw. 55% als ausreichend angesehen. Die angeforderten LB-Leistungen der Kapitel 11.3 und 11.4 beliefen sich auf folgende Werte:

Quartal I/11 II/11 III/11 IV/11

Angeforderter LB in EUR 413.349,81 379.291,23 442.060,94 358.765,99

Davon außerhessisch 329.501,31 276.608,85 333.649,02 232.212,53

Quartal I/12 II/12 III/12 IV/12

Angeforderter LB in EUR 558.581,66 733.161,41 1.128.651,38 880.971,45

Davon außerhessisch 379.419,79 516.768,95 864.311,75 675.694,98

Quartal I/13 II/13

Angeforderter LB in EUR 612.070,66 720.242,16

Davon außerhessisch -468.593,79 518.852,51 143.476,87

Für das Quartal I/13 werde auf das anerkannte, nicht angeforderte Honorarvolumen für das Quartal I/12 angeknüpft. Dies betrage 424.042,55 EUR und sei auf 429.700,23 EUR erhöht worden. Maßgeblich für die Beurteilung, ob ein dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % vorliege, sei das Honorar der Honorargruppe und nicht der einzelnen Ärzte einer Arztgruppe. Ein Vergleich der Auszahlungsquoten betreffend die MGV-Leistungen der Fachgruppe der Humangenetiker mit denen aller Fachärzte mit RLV für die Quartale I/12 bis II/13 zeige, dass die Auszahlungsquoten in den Quartalen II bis IV/12 um mehr als 15 % voneinander abwichen. Dennoch bestehe keine Reaktionspflicht ihrerseits bereits zum Quartal IV/12, selbst wenn man diese zum frühestmöglichen Zeitpunkt - nach Vorliegen der Daten von mindestens zwei Quartalen - annehme. Die vollständigen Daten für die Quartale II und III/12 hätten ihr erst am 17.12.2012 bzw. 18.03.2013 vorgelegen. Faktisch hätte sie frühestens für das Quartal I/13 handeln können. Dessen Bearbeitung hätte seit dem 08.11.2012 begonnen. Rückwirkend für die Quartale II bis IV/12 habe keine Reaktionspflicht bestanden. Für das Quartal I/13 habe sie die Quotierungsuntergrenze eingeführt. Ihrer weiterhin bestehenden Beobachtungspflicht sei sie nachgekommen. Die Auszahlungsquote weiche nicht mehr -15 % ab, die Auszahlungsquote sei auch gestiegen. Lediglich im Quartal II/13 weiche die Auszahlungsquote um knapp mehr als -15 % ab. In den Folgequartalen III und IV/13 sei dies jedoch nicht mehr der Fall. Die Auszahlungsquote habe sich in den Quartalen IV/13 und I/14 auf 79,602 % bzw. 87,683 % erhöht und betrage für die Quartale II bis IV/14 schließlich 100 %. Einer weitergehenden Reaktionspflicht stehe zudem ein stabiles Gesamthonorar der Fachgruppe der Humangenetiker entgegen. Dies stelle sich wie folgt dar:

Quartal Bruttohonorar PK+EK in EUR Bruttohonorar PK+EK der Kl. in EUR

I/12 870.175,32 235.697,24

II/12 818.163,57 210.380,63

III/12 918.818,62 196.899,39

IV/12 865.436,62 190.700,00

I/13 874.164,25 260.468,73

II/13 1.009.115,72 259.094,98

Trotz des Absinkens der Auszahlungsquote zeichne sich kein Absinken des Gesamthonorars der Fachgruppe der Humangenetiker ab. Ergänzend weise sie darauf hin, dass sich das Bruttohonorar der Klägerin in den Quartalen I/08 bis II/13 zwischen 200.000 EUR und 300.000 EUR nur unwesentlich verändert habe. Lediglich im Quartal I/11 übersteige es knapp 300.000 EUR. In den Quartalen III und IV/12 sei ein Einbruch auf knapp unter 200.000 EUR zu verzeichnen. Trotz der Quotierung halte sich das Honorar in den Quartalen I und II/13 im Rahmen der Schwankungen in den Vorjahren. Eine weitergehende Pflicht zum Eingreifen ihrerseits bestehe nicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insb. form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal I/12 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 11.02.2015 und die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale II/12 – II/13, alle in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom

11.02.2015, sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung über ihren Honoraranspruch für die Quartale I/12 – II/13 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Rechtsgrundlage für den Honoraranspruch der Klägerin ist [§ 87b SGB V](#) i. V. m. dem Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten.

Nach 87b SGB V i. d. F. d. Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) v. 22.12.2011, [BGBl I 2011, 2983](#) verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort ([§ 87b Abs. 1 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird ([§ 87b Abs. 2 Satz 1](#) und 2 SGB V). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten ([§ 87b Abs. 3 SGB V](#)).

Nach dem ab Januar 2012 geltenden Honorarverteilungsmaßstabs aufgrund des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 10. März 2012 (HVM 2012), geändert durch Ergänzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gem. [§ 87b Abs. 1 S. 2 SGB V](#) mit Wirkung zum 01.10.2012 (Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#), Teil E Stützung der Vergütung konservativ tätiger Fachärzte), der sich als Ergänzung zu 87b SGB V und des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschlüsse vom 29. Oktober 2010 (239. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung), vom 24. November 2010 (242. Sitzung), vom 25. Januar 2011 (248. Sitzung) sowie die in der 253. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. 256. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in der 261. Sitzung getroffenen Beschlüsse (nachstehend vereinfachend "Beschluss des Bewertungsausschusses" genannt) definiert (Präambel HVM 2012), erfolgt die Vergütung der Ärzte auf der Basis der gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung (Nr. 1.1. Abs. 1 HVM 2012). Es werden Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) gebildet (Nr. 1.1 bis 1.4, 2.5 HVM 2012), was auch für die Fachgruppe der Klägerin gilt (Nr. 2.1 Abs. 1 i. V. m. Anl. 1 HVM 2012). Für die Quartale I und II/12 gilt der mit Beschlüssen der Vertreterversammlung vom 15. Dezember 2013 verabschiedete HVM 2013, der insoweit der gleichen Systematik folgt (Nr. 1.1 bis 1.4, 2.5 HVM 2013, Nr. 2.1 Abs. 1 i. V. m. Anl. 1 HVM 2013).

Zusätzlich werden auf der Grundlage des Abschnitts I., Nr. 2.3 bzw. 3.1.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses weitere Leistungen als sog. "freie Leistungen" oder "freie Leistungskomplexe" innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der RLV bzw. QZV - ggf. quotiert - vergütet (s. u. Nr. 3.4) (Nr. 1.1 Abs. 5 HVM 2012/Nr. 1.1 Abs. 5 HVM 2013 ohne Bezugnahme auf den Beschluss des Bewertungsausschusses). Nach Abschnitt I., Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung, Teil F, können die Partner der Gesamtverträge gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) vereinbaren, dass besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina vergütet werden.

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nrn. 1.3 und 2.1 im Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 (in seiner 15. Sitzung) (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 39 vom 25. September 2009, Seiten A 1907 bis 1919), geändert in der 208. Sitzung des Bewertungsausschusses am 8./9. Dezember 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 3 vom 22. Januar 2010, Seiten A 101 f.), sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Abschnitt I Nr. 4 des Honorarvertrages ergeben, unterliegen nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Nr. 2.2 HVM 2012). Nr. 2.2. HVM 2013 nimmt Bezug auf Teil A Ziff. 2.2.1 Punkte 1-18 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012, 288. Sitzung, sowie die im Honorarvertrag 2013 unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen mit einer Vergütung außerhalb der MGV. Hierzu gehören nicht die streitbefangenen humangenetischen Leistungen.

Nach Nr. 1.3 im Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 sind neben der Substitutionsbehandlung und bestimmten Kostenerstattungen die Leistungen gem. Beschluss Teil A Nr. 2.3 Ziff. 2 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten. Teil A Nr. 2.3 Ziff. 2 verweist auf die Leistungen gem. Beschlusses Teil A Nr. 1.2 des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008. Danach bleiben von der Gesamtvergütung unberücksichtigt

1. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß [§§ 63, 64 SGB V](#), Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß [§ 73b SGB V](#), Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß [§ 73c SGB V](#), Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß [§ 137f-g SGB V](#) und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß [§§ 140a bis h SGB V](#)),
2. Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
3. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe),
4. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,

6. Früherkennungsuntersuchung U 7a,
7. Hautkrebsscreening,
8. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
9. Strahlentherapie,
10. Phototherapeutische Keratektomie,
11. Leistungen der künstlichen Befruchtung.

Die Änderung in der 208. Sitzung des Bewertungsausschusses am 8./9. Dezember 2009 brachte keine Erweiterung des Leistungskatalogs. Auch nach dem HVM 2013 unterliegen die streitbefangenen humangenetischen Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gem. Nr. 3.1.2, 8. Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 EUR sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 des Honorarvertrages multiplizierter Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung (Nr. 2.4.3 HVM 2012). Nr. 2.4.3 HVM 2013 nennt in Satz 2 Anpassungsfaktoren gem. [§ 87a SGB V](#), die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben. Nach dem neu eingefügten Satz 3 gilt, sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, dass eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche erfolgt. Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet u. a. unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kap. 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen (Nr. 3.1.2 8. Spiegelstrich HVM 2012/HVM 2013).

Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 5 zum Beschluss des Bewertungsausschusses (in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010) jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gem. Anlage 1 zum vorliegenden HVM und Beschluss des Bewertungsausschusses Teil F, Abschnitt I., Nr. 4.1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (Nr. 3.1.3 HVM 2012). Ab dem Quartal I/13 wird das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gemäß Anhang B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gem. Anlage 1 zum vorliegenden HVM verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (Nr. 3.1.3 HVM 2013).

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 6 (in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010) zum Beschluss des Bewertungsausschusses jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.
- Vergütungsbereich für "freie Leistungen" (Nr. 1.1, 5. Absatz,) (Nr. 3.1.4 HVM 2012).

Nr. 3.1.4 HVM 2013 regelt dies gleichlautend, nimmt aber Bezug auf die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. [§ 87b Abs. 4 SGB V](#).

Das für die Finanzierung der "freien Leistungen" (Nr. 1.2, 5. Absatz) erforderliche Honorarvolumen wird arztgruppenbezogen gemäß Nr. 1 der Anlage 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses (in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010) gebildet. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der "freien Leistungen" (Nr. 3.4 HVM 2012). Entsprechend bestimmt Nr. 3.4 HVM 2013, dass das für die Finanzierung der "freien Leistungen" (Nr. 1.2, 5. Absatz) erforderliche Honorarvolumen arztgruppenbezogen gemäß Teil A Nr. 6 der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) gebildet wird. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der "freien Leistungen". Nach Teil A Nr. 6 der im Zeitraum 01.01. bis 30.06.2013 gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#), zit. nach http://www.kbv.de/media_gilt: Sofern die Kassenärztliche Vereinigung keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, der

- den gesetzlichen Vorgaben in [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (GKV-VStG),
- den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5. Und
- den Vorgaben in Teil B bis D, einschließlich Anhang entspricht,

werden die im folgenden gelisteten Regelungen aus Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V (GKV-WSG), geändert durch Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248. und 256. Sitzung des Bewertungsausschusses analog durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt: Regelung nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.3.1 unter Berücksichtigung der sich ggf. aus der Umsetzung der Vorgaben gemäß Teil D ergebenden Aufschläge für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, 1.3.2, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 ohne die Regelungen, die in Teil C Nr. 1 bereits vorgegeben sind, 2.5., 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.

Durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 23. Februar 2013/25. Mai 2013 (veröffentlicht in: Auf den Punkt – info.2 service I Nr.2a-2013, S. 3 ff.) wurde mit Geltung ab 01.01.2013 Nr. 2.4.6 eingefügt. Danach erfolgt, soweit eine Quotierung der Leistungen nach Ziffer 2.4.1. bis 2.4.5 die Quote von 60 % unterschreitet, eine Stützung auf diese Quote von 60 % zu Lasten der nach Ziffer 3.1.2 zweiter Spiegelstrich gebildeten Rückstellung.

Ziffer 3.1.2 Satz 1, zweiter Spiegelstrich wurde wie folgt gefasst:

- unter Abzug der Rückstellungen gem. Teil G Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach [§ 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V](#).

Soweit [§ 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) durch Art. 1 Nr. 24 GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) v. 22.12.2011, [BGBl. I S. 2983](#) vor Erlass der Änderung aufgehoben wurde, bleibt es bei der Finanzierung der Stützung durch die Rückstellungen. Soweit die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erstmals mit Wirkung ab 01.10.2013 Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) als Teil G ihrer Vorgaben gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) verabschiedete, berührt dies nicht die Quotierungsuntergrenze.

Die hier im Wesentlichen strittige Quotierung der Leistungen des Kapitels 11.3 und 11.4 EBM beruht auf Nr. 2.4.3 HVM 2012/Nr. 2.4.3 HVM 2013. Sie baut auf den Vorläuferregelungen mit dem Unterschied auf, dass faktisch ein eigener Honorartopf bzw. eigenes Honorarkontingent für Leistungen des Kapitels 11.3 und 11.4 gebildet wird, dessen Volumen auf dem Vorjahresquartal und nicht davor liegenden Zeiträumen aufbaut. Damit hängt im Unterschied zu den früheren Regelungen die Frage der Überschreitung des zur Verfügung

stehenden Verteilungsbetrags ausschließlich von der Leistungsentwicklung der Leistungen des Kapitels 11.3 und 11.4 EBM und nicht der übrigen freien Leistungen ab.

Die Bildung fester Honorarkontingente schließt eine Quotierung von Leistungen nicht aus. Das Bundessozialgericht hat in der Vergangenheit wiederholt die Quotierung von ärztlichen Leistungen, auch soweit sie auf Überweisung erfolgen, gebilligt. Da eine "Nachschusspflicht" der Krankenkassen und damit eine Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorgesehen ist, können Leistungen bei Überschreitung des Vergütungsvolumens nur quotiert vergütet werden, wenn sich diese Überschreitung nicht zum Nachteil anderer Arztgruppen bzw. Leistungsbereiche auswirken soll (BSG, Urt. v. 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 8, juris Rdnr. 13). Insofern gilt der Grundsatz, dass angesichts begrenzter Gesamtvergütungen kein Leistungsbereich generell von Steuerungsmaßnahmen ausgenommen werden kann (vgl. BSG, Urt. v. 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) - a.a.O. Rdnr. 18; BSG, Urt. v. 19.08.2015 - [B 6 KA 34/14 R](#) - [BSGE 119, 231](#) = SozR 4-2500 § 87b Nr. 7, juris Rdnr. 28). Dieser Grundsatz gilt selbst für Kostenerstattungen und Kostenpauschalen (vgl. BSG, Urt. v. 19.08.2015 - [B 6 KA 34/14 R](#) - a.a.O. Rdnr. 42 ff.). Eine feste, begrenzte Gesamtvergütung schließt die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus. Mengenbegrenzungen oder Quotierungen sind unvermeidlich, und jeder Garantiepreis für bestimmte, mengenmäßig nicht begrenzte Leistungen führt bei entsprechender Mengenentwicklung zwangsläufig zu einer Absenkung der Vergütung anderer Leistungen. Die umfassende Festlegung von "absolut" festen Punktwerten ist auch in dem seit 2009 geltenden Vergütungssystem von vornherein ausgeschlossen, weil bei gedeckelter Gesamtvergütung die Vorgabe fester Punktwerte nur dadurch ermöglicht werden kann, dass entweder die RLV so (niedrig) bemessen werden, dass die gezahlten Gesamtvergütungen ausreichen, um alle erfassten Leistungen mit dem vorgesehenen Punktwert zu vergüten oder dass dies zu Lasten der "freien Leistungen" geht (vgl. BSG, Urt. v. 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) - a.a.O. Rdnr. 19 m.w.N.). Auch humangenetische Leistungen können grundsätzlich quotiert vergütet (vgl. BSG, Urt. v. 19.08.2015 - [B 6 KA 44/14 R](#) - juris Rdnr. 63) oder Honorarbegrenzungsmaßnahmen unterworfen werden (vgl. SG Marburg, Gerichtsbes. v. 04.02.2015 - [S 12 KA 208/13](#) - juris Rdnr. 33). So hat das Bundessozialgericht die Vorgängerregelungen im HVV der Beklagten nicht beanstandet (vgl. BSG, Urt. v. 30.11.2016 - [B 6 KA 4/16 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 10, juris Rdnr. 19 ff.). Das Bundessozialgericht hat ferner gerade für humangenetische Leistungen entschieden, dass angesichts begrenzter Gesamtvergütungen grundsätzlich kein Leistungsbereich von entsprechenden Steuerungsmaßnahmen ausgenommen werden kann und kein Anspruch auf eine unquotierte Vergütung besteht (BSG, Urt. v. 03.08.2016 - [B 6 KA 42/15 R](#) - SozR 4-2500 § 87 Nr. 33, juris Rdnr. 23).

Die Zuweisung eines eigenen Honorarkontingents mit der Folge einer Quotierung der Leistungen ist nicht zu beanstanden. Es besteht dann allerdings auch angesichts der Größe der Fachgruppe und ihrer Überweisungsgebundenheit eine besondere Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung.

Steuerungsmaßnahmen können im Ergebnis eine Veränderung der EBM-Bewertung herbeiführen. Eine solche Veränderung geht z. B. mit der Bildung von Honorartöpfen mit unterschiedlichen Punktwerten einher, die bisher von der Rechtsprechung als zulässig angesehen worden sind (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.1996 - [6 RKA 68/94](#) - [BSGE 77, 288](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#), juris Rdnr. 18 ff.; BSG, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 51/97 R](#) - USK 99101, juris Rdnr. 14 m.w.N.). Folge einer arztgruppenbezogenen Honorarverteilung ist, dass dies zu unterschiedlichen Punktwerten für dieselbe Leistung bei verschiedenen Arztgruppen führen kann, was grundsätzlich hinzunehmen ist (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.1996 - [6 RKA 61/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 10](#) = [BSGE 77, 279](#), juris Rdnr. 22 m.w.N.). Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gehalten, korrigierend einzugreifen, wenn bei festen Honorarkontingenten, die für verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden, die Punktwerte einer Arztgruppe für eine längere Zeit um 15 % oder mehr hinter dem Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen zurückbleiben. Dies gilt aber nur, wenn die Ärzte dafür nicht verantwortlich sind, vielmehr z.B. eine Mengenausweitung auf Grund vermehrter Überweisungen durch andere Vertragsärzte vorliegt. Dabei darf die Kassenärztliche Vereinigung eine gewisse Zeit abwarten und beobachten und muss nur reagieren, wenn vom Umsatz her wesentliche Leistungsbereiche einer Arztgruppe betroffen sind (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.2004 - [B 6 KA 52/03 R](#) - [BSGE 92, 87](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#), juris Rdnr. 47). Die Bildung von Teilbudgets löst eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung dahin aus, dass sie Verteilungsregelungen, mit denen sie in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abweicht, regelmäßig zu überprüfen hat. Sie hat sie zu ändern bzw. weiterzuentwickeln, wenn sich herausstellt, dass der Zweck der Regelung ganz oder teilweise nicht erreicht oder gar verfehlt wird, oder wenn die vorgenommene Einteilung in Teilbudgets dazu führt, dass der Punktwert in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfällt als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen und als Grund dafür keine von den jeweiligen Leistungserbringern selbst verursachten Mengenausweitungen erkennbar sind. Eine Korrekturverpflichtung setzt weiter voraus, dass es sich um eine dauerhafte, also nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt. Außerdem muss ein vom Umsatz her wesentlicher Leistungsbereich einer Arztgruppe betroffen sein. Der Punktwertabfall muss erheblich sein; nicht jede Punktwertdifferenz zwischen verschiedenen Honorartöpfen gibt Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung. Die Kassenärztliche Vereinigung kann zudem berücksichtigen, dass auch bei von den Leistungserbringern nicht mit zu verantwortenden Mengenausweitungen typischerweise Rationalisierungseffekte entstehen, die einen gewissen Ausgleich für den Punktwertabfall darstellen können. Werden Honorartöpfe für Leistungen gebildet, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können und bei denen ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit ein Punktwertabfall nicht zugerechnet werden kann, sieht der Senat im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen (vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [BSGE 83, 1](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#), juris Rdnr. 17; BSG, Urt. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 61, juris Rdnr. 21 f., jeweils m. w. N.). Diese Rechtsprechung hat das Bundessozialgericht dahingehend fortentwickelt, dass generell eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht gilt, die eine Verpflichtung zum Eingreifen begründet, wenn sich bei einer Arztgruppe ein honorarmindernd wirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertabfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertabfall zugrunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden (vgl. neben den bereits genannten Entscheidungen BSG, Urt. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 40](#), juris Rdnr. 20; BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - [B 6 KA 62/07 B](#) -, juris Rdnr. 10).

Wie lange Kassenärztliche Vereinigungen eine Entwicklung beobachten dürfen, ohne tätig zu werden, bzw. unter welchen Voraussetzungen und ab welchem Zeitpunkt genau eine Kassenärztliche Vereinigung auf eine bestimmte Honorarverteilungsentwicklung reagieren muss, ist angesichts der unvermeidlicherweise relativ unbestimmten Rechtsfolgen der Reaktions- bzw. Anpassungspflicht einer allgemein gültigen Feststellung nicht zugänglich (vgl. BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - [B 6 KA 62/07 B](#) - juris Rdnr. 10). Soweit ein dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau eine Reaktionspflicht begründet, setzt dies eine dauerhafte Entwicklung voraus. Dies kann im Regelfall frühestens nach Vorliegen von Daten aus mindestens zwei Quartalen angenommen werden. Eine Korrektur kann

regelmäßig nur für die Zukunft gefordert werden (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#), juris Rdnr. 32; BSG, Urt. v. 11.12.2013 - [B 6 KA 6/13 R](#) - SozR 4-2500 § 87 Nr. 29, juris Rdnr. 43; BSG, Urt. v. 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) - a.a.O. Rdnr. 26 m.w.N.). Generell kommt ein Eingreifen einer Reaktionspflicht frühestens dann in Betracht, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung die entsprechenden Daten vorliegen (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), juris Rdnr. 34; BSG, Urt. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - a.a.O. Rdnr. 32).

Die Beklagte ist ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht im Wesentlichen nachgekommen. Ein Vergleich der Vergütung der Leistungen der Fachgruppe der Humangenetiker mit denen aller Fachärzte mit RLV zeigt nicht nur ein Absinken der Auszahlungsquote für humangenetische Leistungen, sondern auch einen deutlichen Abstand dieser Leistungen zu den übrigen Leistungen. Die Kammer hält einen Vergleich dieser Vergütungskontingente für hinreichend aussagekräftig (vgl. Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB, 10/16, § 85 SGB V, Rdnr. 165b zum Vergleichsmaßstab). Die Beklagte hat die jeweiligen Auszahlungsquoten in der Weise berechnet, dass sie den Honoraranforderungen das jeweils zur Verfügung stehende Honorarkontingent gegenübergestellt hat. Insofern kann auch der Beklagten gefolgt werden, dass ein Vergleich bei den Auszahlungsquoten und nicht mehr Punktwerten ansetzen kann. Die Auszahlungsquoten wiederum sind ins Verhältnis zu setzen, um die Relation der Geringervergütung zu ermitteln. Im Einzelnen ergeben sich für die strittigen Quartale folgende Relationen (Angaben jeweils in %):

Quartal II/12 III/12 IV/12 I/13 II/13

Auszahlungsquote MGv FG Humangenetiker 62,7 51,8 57,6 73,8 71,8

Auszahlungsquote MGv Fachärzte mit RLV 86,1 82,3 81,4 81,2 85,8

Relative Abweichung 72,8 72,8 70,8 90,9 83,8

Angesichts des in den Quartalen II und III/12 eingetretenen Falls der Auszahlungsquote um mehr als 27 % gegenüber der hier angenommenen Referenz-Auszahlungsquote war die Beklagte gehalten, nach Vorliegen der Abrechnungsdaten einzugreifen. Die Abrechnungsdaten lagen ihr aber frühestens zum Ende des Quartals IV/12 vor, so dass Maßnahmen erst zum Quartal I/13 erfolgen konnten. Mit der Einführung der Quotierungsuntergrenze von 60 % hat die Beklagte dann auch entsprechend mit Erfolg reagiert. Im Quartal I/13 erreichte die Auszahlungsquote für die humangenetischen Leistungen wieder 90,9 % der Referenz-Auszahlungsquote und lag damit mit 9,1 % unterhalb des Eingriffswerts von 15 %. Soweit im Quartal II/13 die Auszahlungsquote wiederum mit 16,2 % außerhalb des Eingriffswerts von 15 % bestand, war die Beklagte zur weiteren Beobachtung und ggf. Reaktion gehalten. Ein Anspruch auf Höhervergütung folgt daraus aber nicht. Für die Folge quartale haben sich im Übrigen nach den Angaben der Beklagten die Auszahlungsquoten wieder erhöht. Von daher kann zwar von einem dauerhaften Punktwertverfall ausgegangen werden, ist die Beklagte aber ihrer Reaktionspflicht hinreichend nachgekommen. Für die Klägerin zeigt dies auch das in den Quartalen I und II/13 mit 254.825,73 EUR und 253.451,98 EUR deutlich über allen Quartalsumsätzen im Jahr 2012 liegende Honorar sowie der von der Kammer errechnete durchschnittliche Fallwerterlös, der mit 393,85 EUR und 340,66 EUR über denen der Quartale im Jahr 2012 liegt.

Der Fremdkassenzahlungsausgleich wird innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Teil des versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumens berücksichtigt (vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010 Teil F Ziff. 3.1.2 1. Spiegelstrich). Es handelt sich um einen Teil der Gesamtvergütung. Wie die einzelne Kassenärztliche Vereinigung den Fremdkassenausgleich innerhalb ihres als Satzung erlassenen HVM berücksichtigt, unterliegt einem gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbareren Rechtsetzungsermessen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.08.2011 - [L 7 KA 108/07](#) - juris Rdnr. 30 f.). Die Beklagte ist daher nicht verpflichtet, bestimmte Teile des Fremdkassenzahlungsausgleichs bestimmten Honorarkontingenten zuzuführen. Im Übrigen hat die mündliche Verhandlung ergeben, dass der von der Beklagten für humangenetische Leistungen zu zahlende Fremdkassenzahlungsausgleich die Einnahmen aus dem Ausgleich weit überwiegen, so dass im Ergebnis eine Subventionierung dieses Honorarbereichs zu Lasten der übrigen Honorarbereiche erfolgt, wodurch die Klägerin und ihre Fachgruppe begünstigt werden.

Bei der Handhabung der Nr. 2.4.3 HVM knüpft die Beklagte, wie in der mündlichen Verhandlung geklärt werden konnte, an die gezahlte Vergütung des Vorjahresquartals an. Für die Anwendung der im HVM 2012 und HVM 2013 gleichlautenden Bestimmung wird seitens der Klägerin die Frage aufgeworfen, ob diese Praxis nicht von der Satzungsformulierung abweicht, da danach abweichend auf den anerkannten Leistungsbedarf abzustellen ist. Insoweit bestand in der mündlichen Verhandlung Einigkeit zwischen den Beteiligten, dass für das Jahr 2012 kein Unterschied besteht, da im Vorjahr 2011 die Auszahlungsquote 100 % betrug und damit Leistungsbedarf und tatsächliche Vergütung identisch waren.

Nr. 2.4.3 Satz 1 HVM 2013 verweist auf das Vergütungsvolumen gem. Nr. 3.1.2, 8. Spiegelstrich. Danach wird für den jeweiligen Versorgungsbereich als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kap. 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen gebildet. Nr. 2.4.3 Satz 2 HVM 2013 knüpft hieran als dem tatsächlichen Leistungsvolumen an und sieht die Steigerung durch den Anpassungsfaktor vor. Die auch anders verstehbare Formulierung dürfte dem Umstand geschuldet sein, dass die Formulierung aus dem HVM 2012 mit der 100 %-Quote im Referenzjahr 2011 stammt. Schon aus diesem Grund kann die Formulierung nicht als bewusste Stützungsmaßnahme für das Jahr 2013 angesichts der sinkenden Auszahlungsquoten im Jahr 2012 verstanden werden, da als solche Maßnahme die Quotierungsuntergrenze von 60 % in dem neu eingefügten Satz 3 der Nr. 2.4.3 HVM 2013 eingeführt wurde. Diese Stützungsmaßnahme basiert gerade auf dem Verfall der Auszahlungsquote, zu der es im Jahr 2013 nicht weiterhin kommen würde, würde an wesentlich höheren Leistungsanforderungsvolumen angeknüpft werden. Von daher liegt es nahe, dass zunächst ausschließlich an das tatsächlich zur Verfügung stehende Honorarvolumen angeknüpft wird, da jede andere Form der Zuweisung von Vergütungsvolumina zu Veränderungen zwischen den Honorargruppen führt, was im Regelfall vermieden werden soll. In der Einfügung des Satzes 3 muss daher eine Bestätigung der von der Beklagten praktizierten Vorgehensweise durch den Satzungsgeber gesehen werden. Für eine Abkehr von dieser Praxis sind aber keine Anzeichen ersichtlich, so dass Bedarf i. S. d. Nr. 2.4.3 Satz 2 HVM 2013 als tatsächlich zur Verfügung stehendes Honorarvolumen zu verstehen ist. Von daher liegt aus Sicht der Kammer auch kein Verstoß gegen Nr. 2.4.3 HVM 2013 vor.

Nach allem waren die Klagen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Rechtskraft

Aus
Login
HES
Saved
2018-05-08