

L 5 KA 748/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 5687/14

Datum
18.10.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 748/17

Datum
14.11.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Vergütung pathologischer und zytologischer Leistungen nach Kapitel 19 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unter dem Regime leistungsspezifischer Volumina in den Quartalen 3/2012 und 4/2012 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Soweit hierbei ein Honorartopf gebildet worden ist, liegt hierin kein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Eine Reaktions- und Korrekturverpflichtung der KV besteht zwar insoweit, als ein gravierender Punktwertverfall von 15 % eintritt (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 31/03 R](#) -), bei dem anzustellenden Vergleich ist jedoch die Trennung des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs zu wahren, weswegen die Vergütungsquote im hausärztlichen Versorgungsbereich nicht heranzuziehen ist. Auch Leistungsbereiche, die vor der Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgezogen werden, vorliegend die Bereiche Labor und organisierter Notfalldienst, sind nicht in die vergleichende Betrachtung einzubeziehen. Aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich sind schließlich die Pathologen herauszurechnen, sodass der Vergleich anhand der Vergütungsquote der Pathologen mit der der (sonstigen) Fachärzte zu erfolgen hat. Der Umstand, dass im Honorarverteilungsmaßstab keine Mindestquote verankert ist, ist rechtlich gleichfalls nicht zu beanstanden; das Gebot der Kalkulationssicherheit stellt insofern nur ein relatives Ziel dar (BSG, Urteil vom 08.08.2018 - [B 6 KA 26/17 R](#) -).

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18.10.2016 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Der Streitwert des Verfahrens wird endgültig auf 10.000,- EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Vergütung pathologischer Leistungen, die der Kläger in den Quartalen 3/2012 – 4/2012 erbracht hat.

Der Kläger nimmt als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Vertragsarztsitz in F. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er betreibt ein dermato-histologisches Labor und ist abrechnungstechnisch den Pathologen zugeordnet.

Mit Bescheiden vom 15.01.2013 und vom 15.04.2013 setzte die beklagte K. V. das vertragsärztliche Honorar des Klägers für die Quartale 3/2012 und 4/2012 fest. Hierbei vergütete sie erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) Nrn. 19310 und 19311 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) jeweils in vollem Umfang, während sie sonstige Leistungen nach Kapitel 19 des EBM im Umfang von 51,84 % (Quartal 3/2012) bzw. 43,09 % (Quartal 4/2012) quotiert vergütete. Bezogen auf die gesamten pathologischen GOP führte dies dazu, dass die abgerechneten Leistungen im Umfang von 74,48 % (Quartal 3/2012) bzw. 67,59 % (Quartal 4/2012) vergütet worden sind.

Hiergegen erhob der Kläger am 11.02.2013 und am 07.05.2013 jeweils Widerspruch. Zu deren Begründung brachte der Kläger unter Bezugnahme auf vorherigen Schriftverkehr im Wesentlichen vor, für die Vergütung pathologischer Leistungen sei auf Basis des im ersten Halbjahr 2011 ausbezahlten Honorars ein leistungsspezifisches Volumen gebildet worden. Dieses Volumen sei sodann in verschiedenen Rechenschritten quotiert worden, wobei keine Mindestquote vorgesehen gewesen sei. Dies habe im Quartal 3/2012 dazu geführt, dass der angeforderte Leistungsbedarf um (richtigerweise auf) 74,48 EUR, im Quartal 4/2012 um 27,6 % quotiert worden sei. Er werde jedoch nur auf Überweisung tätig, so dass ihm eine Mengensteuerung nicht möglich sei, weswegen eine Mindestquote, wie sie vielfach im Umfang von 80 % vorgesehen sei, geboten sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.10.2014 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass Grundlage der Vergütung von pathologischen und zytologischen Leistungen das leistungsspezifische Honorarvolumen (LHV) sei. Dieses errechne sich aus dem persönlichen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals und werde mit der leistungsspezifischen Quote multipliziert. Diese wiederum errechne sich aus dem gesamten angeforderten und abgerechneten Leistungsbedarf des Vorjahresquartals und dem zur Verfügung stehenden Honorar. Innerhalb des LHV der Praxis erfolge eine Abrechnung der im Abrechnungsquartal erbrachten Leistungen zum Wert der Euro-Gebührenordnung. Sofern das Volumen überschritten werde, würden die überschreitenden Leistungen abgestaffelt vergütet. Hierbei werde noch zwischen den GOP Nrn. 19310 und 19311 EBM einerseits und den übrigen Leistungen nach Kapitel 19 EBM unterschieden. Bezüglich der GOP Nrn. 19310 und 19311 EBM werde der gesamte Leistungsbedarf des Vorjahresquartals bei der Budgetberechnung berücksichtigt, da es sich um eine pathologische Kernleistung handle. Für die übrigen Leistungen habe die Quote des anerkannten Leistungsbedarfs im Quartal 3/2012 74,48 % und im Quartal 4/2012 67,59 % betragen. Die Honorierung des Klägers stehe daher in Einklang mit den entsprechenden Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM). Ein subjektives Recht des Klägers auf höheres Honorar komme, so die Beklagte, erst dann in Betracht, wenn das vertragsärztliche Versorgungssystem zumindest in Teilbereichen gefährdet sei. Dies sei, insb. da die pathologischen Kernleistungen zu 100% vergütet worden seien, nicht der Fall. Auch der Umstand, dass der Kläger die erbrachten pathologischen Leistungen auf Überweisungen anderer Ärzte hin erbringe, rechtfertige keine andere Beurteilung.

Hiergegen erhob der Kläger am 21.10.2014 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Zu deren Begründung brachte er vor, die von ihm erbrachten pathologischen Leistungen seien in den streitgegenständlichen Quartalen lediglich mit einer Quote von 74,48 % bzw. 69,36 % (richtig: 67,59 %) ausbezahlt worden. Die Vergütung der pathologischen Leistungen sei insoweit rechtswidrig geregelt, als, anders als noch im Jahr 2011 und im 1. Halbjahr 2012, im HVM keine Mindestquote vorgesehen sei. Die Leistungen, die er, der Kläger, erbringe, könnten nur auf Überweisung erbracht werden. Eine Leistungssteuerung sei ihm, anders als den überweisenden Ärzten, daher nicht möglich, weswegen eine Mindestquotenregelung zu Lasten der restlichen, d.h. die Leistungen veranlassenden Ärzte, rechtlich geboten sei. Seit dem Quartal 3/2012 sei nur einmalig, im Quartal 2/2015, eine Quote von mehr als 80 % gewährt worden. Die gewährten Quoten lägen weit unterhalb der 15 %-Grenze, die das Bundessozialgericht (BSG) als grundsätzliche Voraussetzung für eine Reaktionsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen angenommen habe. Die dem Wertverfall zu Grunde liegende Mengenausweitung sei i.d.S. nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten. Sie beruhe zu einem großen Teil auf Vorschriften der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Beklagte berücksichtige insb. auch nicht, dass sich die Tätigkeit der Pathologen durch die gestiegene Anzahl an Untersuchungen pro Fall verändert habe. Auch die zunehmende Anzahl ambulanter Operationen mit einer vermehrten Anzahl von Untersuchungsaufträgen bedinge ein verändertes Tätigkeitsbild. Dem sei hinreichend Rechnung zu tragen. Die Honorarverteilung der Beklagten müsse hierfür einen Ausgleich mit dem Honorar der diese Leistungen veranlassenden Arztgruppen schaffen. Im Gegensatz zu den Pathologen erhielten Ärzte, denen ein Regelleistungsvolumen (RLV) zugewiesen werde, neben den budgetierten Leistungen auch freie Leistungen. Dort seien immerhin für einzelne, besonders gekennzeichnete Leistungen Mindestquoten festgelegt.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie brachte vor, dass, soweit für die freien Leistungen in § 5 Abs. 4 HVM eine Mindestquote von 80 % vorgesehen sei, dies von der Systematik her nicht mit der Regelung eines LHV vergleichbar sei. Freie Leistungen würden komplett quotiert vergütet. Die Systematik des LHV sei jedoch mit der RLV-Systematik vergleichbar. Dem Vertragsarzt werde individuell ein LHV zugewiesen, das sich anhand der eigenen Abrechnungsergebnisse aus der Vergangenheit, multipliziert mit einem leistungsspezifischen Fachgruppenfaktor ergebe. Die Vergütung der Honoraranforderung innerhalb dieses Budgets erfolge zu 100 % nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Lediglich die überschreitende Honoraranforderung werde quotiert vergütet. Bei den vom Kläger genannten Quoten handle es sich um rein individuelle Quoten der klägerischen Praxis, die vom individuell zugewiesenen LHV sowie dem konkret in der Praxis im Bereich der pathologischen Leistungen angeforderten Leistungsbedarf abhängig seien. Überdies habe sie, die Beklagte, im HVM mit § 5 B c Ziff. 2 HVM eine Regelung verankert, die die Kernleistungen der Pathologen stütze. Leistungen nach den GOP Nrn. 19310 und 19311 EBM würden hiernach zu 100 % vergütet. Die Beklagte brachte ferner vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigung zwar unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit eine gesteigerte Beobachtungspflicht treffe, wonach, wenn sich ein dauerhafter Punktwertabfall bis deutlich unter andere vergleichbare Durchschnittswerte zeige, diesem durch eine angemessene Erhöhung des Honorarkontingents zu begegnen sei. Das vorliegend in Streit stehende LHV für pathologische und zytologische Leistungen sei jedoch erstmals im Quartal 3/2012 eingeführt und bereits zum Quartal 1/2013 durch eine andere Regelung abgelöst worden, weswegen von einem dauerhaften Punktwertabfall nicht gesprochen werden könne. Auch könne, wie die Honorare des Klägers zeigten, von einer Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung im Ganzen oder in einem wesentlichen Teilbereich nicht die Rede sein. Die Beklagte legte schließlich eine tabellarische Übersicht betreffend die Vergütungsquote im fachärztlichen Bereich mit der Vergütungsquote im Bereich Pathologie vor.

Mit Urteil vom 18.10.2016 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung seiner Entscheidung führte es aus, die angegriffenen Honorarbescheide der Beklagten seien rechtmäßig, die Beklagte sei insb. berechtigt gewesen, die angeforderten Leistungen nur (teilweise) quotiert zu vergüten. Die entsprechenden Regelungen des HVM, § 5 Abs. 3 B Buchst. c Nr. 2, genügen den gesetzlichen Vorgaben des [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. Nach dieser Regelung seien Begrenzungsregelungen grundsätzlich zulässig. Deren Ausformung liege im Gestaltungsmerkmale des normgebenden Körpers, wobei die Bildung von Honorartöpfen an früheren Quartale anknüpfen könne. Die klägerseits geltend gemachte Stärkung der pathologischen Leistungen aus dem Gesamtvolumen heraus könne nur dann beansprucht werden, wenn ein dauerhafter gravierender Punktwertverfall vorliege. Dies sei in den Quartalen 3/2012 und 4/2012 jedoch nicht anzunehmen. Das bei der Honorierung zu Grunde gelegte LHV für pathologische und zytologische Leistungen sei erst zum Quartal 3/2012 eingeführt und bereits zum Quartal 1/2013 wieder abgeschafft worden, weswegen der klägerseits angeführten Überschreitung der 15 %-Grenze keine Relevanz zukomme. Auch werde dem Kläger durch die Regelungen im HVM das erforderliche Maß an Kalkulationssicherheit gewährt.

Gegen das ihm am 07.02.2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 27.02.2017 Berufung eingelegt. Zu deren Begründung bringt er vor, der HVM der Beklagten hätte eine Mindestquotenregelung zulasten der Ärzte vorsehen müssen, die die pathologischen Leistungen veranlassen. Der Beklagten sei die Entwicklung der Honorare für pathologische Leistungen lange bekannt gewesen, weswegen der dauerhafte Punktwertverfall, anders als das SG angenommen habe, beachtlich sei. In die hiernach anzustellende vergleichende Betrachtung seien alle Bereiche, d.h. auch der hausärztliche Versorgungsbereich sowie die Bereiche Labor und Notfallmedizin, einzubeziehen. Insb. die Hausärzte trügen durch ihre Überweisungen maßgeblich zum Punktwertverfall bei den Pathologen bei. Unter Berücksichtigung dieser Gruppen liege ein Punktwertverfall von mehr als 15 % vor. Es sei überdies nicht nachvollziehbar, warum die Beklagte bis einschließlich dem Quartal 2/2012 für pathologische Leistungen eine Mindestquote berücksichtigt habe, diese indes im weiteren Fortgang nur für zahlreiche freie Leistungen aufrechterhalten habe, bei Leistungen der Pathologen des Kapitels 19 EBM indes nicht. Hierin sei eine Ungleichbehandlung zu erblicken.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18.10.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Honorarbescheide vom 15.01.2013 und vom 15.04.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.10.2014 zu verurteilen, über das Honorar des Klägers für die Quartale 3/2012 und 4/2012 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden,

hilfsweise,

die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrages betont sie, dass die in Rede stehende Regelung des LHV mit der Honorierung freier Leistungen, für die tatsächlich eine Mindestquote von 80 % vorgesehen sei, nicht vergleichbar sei. Dem Arzt werde ein individuelles LHV zugewiesen, das sich anhand der eigenen Abrechnungsergebnisse aus der Vergangenheit und einem leistungsspezifischen Fachgruppenfaktor ergebe. Lediglich die dieses Volumen überschreitende Honoraranforderung würde quotiert vergütet. Eine Mindestquote würde dem diesem System zu Grunde liegenden Zweck, der Verhinderung einer übermäßigen Leistungsausweitung, diametral entgegen stehen. Auch sei zu berücksichtigen, dass der HVM für die GOP Nrn. 19310 und 19311 EBM quasi ein "Sonderbudget" geschaffen habe, mit dem dafür Sorge getragen werde, dass die Kernleistungen der Pathologie zu 100% vergütet würden. Die Rspr. des BSG zum dauerhaften Punktwertverfall sei vorliegend bereits dem Grunde nach nicht einschlägig, da das System des LHV nur für zwei Quartale Gültigkeit beansprucht habe. Überdies habe die Abweichung der Vergütungsquote für Pathologen gegenüber dem Durchschnittsniveau der sonstigen Fachärzte mit 12,56 % (Quartal 3/2012) und 14,95 % (Quartal 4/2012) unterhalb der 15%-Grenze gelegen. Anders als der Kläger vorbringe, sei hierbei nur auf den fachärztlichen Versorgungsbereich abzustellen. Hausärzte seien bei der Ermittlung des sonstigen Durchschnittsniveaus nicht zu berücksichtigen, da die Vergütungsbereiche der Haus- und der Fachärzte strikt getrennt seien. Hierzu hat die Beklagte die Vergütungsquoten tabellarisch wie folgt beziffert:

Fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Fachärzte für Pathologie, Leistungsbereiche: MGV ohne Labor und org. Notfalldienst:

Quartal 3/2012 4/2012 FA-Quote 89,30 % 90,04 % Pathologie 76,48 % 74,75 % Abweichung 12,82 % 15,29 %

Fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Fachärzte für Pathologie, Leistungsbereiche: MGV inkl. Labor und org. Notfalldienst:

Quartal 3/2012 4/2012 FA-Quote 91,01 % 91,23 % Pathologie 76,48 % 74,75 % Abweichung 14,53 % 16,48 %

Haus-/Fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Fachärzte für Pathologie, Leistungsbereiche: MGV inkl. Labor und org. Notfalldienst:

Quartal 3/2012 4/2012 FA-Quote 92,67 % 93,10 % Pathologie 76,48 % 74,75 % Abweichung 16,19 % 18,35 %

Hieran zeige sich, dass sich lediglich bei einer Bildung der Vergleichsgruppen aus dem haus- und dem fachärztlichen Versorgungsbereich für die streitgegenständlichen Quartale eine Überschreitung der 15%-Marke errechne. Indes setze die Rechtsprechung des BSG, wie vom SG zutreffend ausgeführt, eine dauerhafte Entwicklung voraus, die frühestens nach Vorliegen von Daten aus minds. zwei Quartalen angenommen werden könne. Da die Ergebnisse aus den Quartalen 3/2012 und 4/2012 logischerweise in diesen beiden Quartalen noch nicht hätten vorliegen können, fehle es auch an der Voraussetzung einer dauerhaften Entwicklung. Überdies könne eine Reaktionspflicht ohnehin nur für die Zukunft bestehen. Auch bedinge die klägerseits angeführte Notwendigkeit der Kalkulationssicherheit keine Mindestquote. Schließlich verletze der Umstand, dass keine Mindestquote vorgesehen sei, den Gleichbehandlungsgrundsatz nicht.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten geführte Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 14.11.2018 geworden sind, und das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 14.11.2018 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat in der Besetzung mit ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Die form- und fristgerecht (vgl. [§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegte Berufung des Klägers ist in Ansehung des 750,- EUR übersteigenden Wertes des Beschwerdegegenstandes (vgl. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)) statthaft und auch im Übrigen zulässig.

Die Berufung führt jedoch für den Kläger inhaltlich nicht zum Erfolg; das SG hat die Klage in nicht zu beanstandender Weise abgewiesen. Die streitbefangenen Honorarbescheide vom 15.01.2013 und vom 15.04.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.10.2014 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seiner Honorarabrechnungen für die Quartale 3/2012 und 4/2012.

Der Kläger ist als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er betreibt zwar ein dermato-histologisches Labor, er ist jedoch ausschließlich pathologisch tätig. Im Hinblick darauf behandelt ihn die Beklagte (mit seinem Einverständnis) hinsichtlich der Leistungsabrechnung als Pathologen. Rechtliche Bedenken bestehen insoweit nicht. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, hinsichtlich des "Honorarstatus" des Vertragsarztes zwingend auf dessen Zulassung abzustellen, da für die Honorierung in erster Linie die (konkrete) Leistungserbringung und nicht der (abstrakte) Zulassungsstatus maßgeblich ist. Ist die Leistungserbringung des

Arztes (ohne Verstoß gegen das Zulassungsrecht) deckungsgleich mit dem Leistungsspektrum einer anderen Arztgruppe, darf der Arzt für die Leistungserbringung bzw. -abrechnung dieser Arztgruppe zugeordnet werden (Urteil des erkennenden Senats vom 26.09.2012 - [L 5 KA 2743/11](#) -, n.v.).

Gemäß [§ 87b Abs. 1](#) Satz SGB V in der ab dem 01.01.2012 (bis zum 22.07.2015) geltenden Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 ([BGBl. I S. 2983](#); a.F.) verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die (gemäß [§ 87a SGB V](#) a.F. zwischen ihr und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen) 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. Sie wendet hierbei bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkasse und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist ([§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) a.F.).

Die in den streitbefangenen Quartalen 3/2012 und 4/2012 geltenden HVM der Beklagten (Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 09.05.2012/04.07.2012 betr. die Zeit ab dem 01.07.2012 und in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 17.10.2012 betr. die Zeit ab dem 01.10.2012) sahen vor, dass die morbiditätsbedigte Gesamtvergütung (MGV) zunächst auf den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich zu verteilen war (§ 5 Abs. 2 HVM). Aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen waren sodann Vorwegabzüge zu bilden. Für den fachärztlichen Versorgungsbereich (§ 5 Abs. 3 B HVM) war vorgesehen, dass für die Vergütung von pathologischen und zytologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2011 eine Rückstellung zu bilden war (§ 5 Abs. 3 B Buchst. c Nr. 1 HVM). Für diese Leistungen wurde nach § 5 Abs. 3 B Buchst. c Nr. 2 HVM zur Gewährleistung einer ausreichenden Kalkulationssicherheit ein "leistungsspezifisches Volumen" auf der Basis der arztindividuellen Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal gebildet, in dem zunächst aus dem aus dem Vergütungsvolumen des Vorwegabzuges ein Volumen für abgestaffelt zu vergütende Leistungen i.H.v. 2 % reserviert worden ist. Sodann wurde aus dem verbleibenden Vergütungsvolumen für die GOP Nrn. 19310 und 19311 EBM ein Volumen in voller Höhe der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal separiert. Das verbleibende Vergütungsvolumen wurde sodann durch die entsprechenden abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen im entsprechenden Vorjahresquartal geteilt, woraus sich die durchschnittliche leistungsspezifische Quote ergab. Parallel hierzu wurde für jeden Arzt, der im Vorjahresquartal entsprechende Leistungen abgerechnet hatte, ein "leistungsspezifisches Volumen" je Abrechnungsquartal ermittelt. Dieses Volumen wurde aus der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderung im Vorjahresquartal, für die Leistungen gem. GOP Nrn. 19310 und 19311 EBM in voller Höhe und für die übrigen Leistungen gem. Kapitel 19 EBM multipliziert mit der durchschnittlichen leistungsspezifischen Quote gebildet. Die im Abrechnungsquartal innerhalb des zugewiesenen leistungsspezifischen Volumens abgerechnete und anerkannte Honoraranforderung wurden zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Die im Abrechnungsquartal über das insgesamt zur Verfügung stehende leistungsspezifische Volumen hinausgehenden Vergütungen wurden festgestellt. Das für abgestaffelt zu vergütende Leistungen reservierte Honorarvolumen wurde durch die überschreitenden Vergütungen dividiert. Dies ergab die Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen (§ 5 Abs. 3 B Buchst. c Nr. 4 HVM).

In Einklang mit diesen Regelungen des HVM für das 2. Halbjahr 2012 hat die Beklagte die Honoraransprüche des Klägers zutreffend berechnet. Einwendungen gegen die konkreten Honorarabrechnungen wurden klägerseits nicht geltend gemacht und sind dem Senat auch anderweitig nicht ersichtlich.

Die Regelungen des § 5 HVM und die dortige Bildung eines Honorartopfes für die Vergütung pathologischer und zytologischer Leistungen nach dem Kapitel 19 EBM auf Basis der im 1. Halbjahr 2011 ausbezahlten Honorare und die Verteilung der Mittel anhand eines leistungsspezifischen Volumens auf der Basis der arztindividuellen Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal betreffend die GOP Nrn. 19310 und 19311 EBM bzw. unter Berücksichtigung der (Fachgruppen-)spezifischen Quote betr. die übrigen GOP des 19. Kapitels EBM steht zur Überzeugung des Senats in Einklang mit der gesetzlichen Grundlage des [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) a.F. sowie mit höherrangigem Recht.

[§ 87b Abs. 2 Satz 1](#) 2. Halbsatz SGB V a.F. bestimmte hierzu, dass der HVM Regelungen vorzusehen hat, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 SGB V oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.

Dem normgebenden Gremium des HVM kommt bei dessen Ausformung ein Gestaltungsspielraum zu (BSG, u.a. Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -; vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) - und vom 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) -, jew. in juris), wie er typischerweise mit Rechtssetzungsakten einhergeht. Diese Gestaltungsfreiheit gilt nicht allein für die Honorarverteilung im engeren Sinne, sondern umfasst insb. auch die Art und Weise der Ausformung von Honorarbegrenzungsregelungen. Die Ausarbeitung des HVM erfordert Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Dieser Gestaltungsspielraum ist von den Gerichten grds. zu respektieren; die richterliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Demgemäß ist der Gestaltungsspielraum durch die gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung, insb. die Grundsätze der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Verteilung begrenzt (vgl. BSG, Urteil vom 30.11.2016 - [B 6 KA 4/16 R](#) -, in juris m.w.N.).

Hierbei ist vorliegend einzustellen, dass die Regelungen des HVM und die Normierung eines LHV erst mit dem streitbefangenen Quartal 3/2012 geschaffen und mit dem Ende des Quartals 4/2012 wieder gestrichen worden sind. Nach der Rechtsprechung des BSG kann es im Fall komplexer Sachverhalte vertretbar sein, dem Normgeber zunächst eine angemessene Zeit zur Sammlung von Erfahrungen einzuräumen und ihm in diesem Anfangsstadium zu gestatten, sich mit gröberen Typisierungen und Generalisierungen zu begnügen, die unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität gerechtfertigt werden können (sog. Anfangs- und Erprobungsregelung vgl. BSG, Urteil vom 13.11.1996 - [6 RKA 15/96](#) -, in juris). Es bestehen erweiterte Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräume, die bewirken, dass für einen Übergangszeitraum auch an sich rechtlich problematische Regelungen hingenommen werden müssen; gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen sind in derartigen Fällen vorübergehend unbedenklich, weil sich häufig bei Erlass der Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen. Nur wenn von vornherein feststeht, dass ein vom Normgeber für die Regelung der konkreten Materie gewähltes Differenzierungskriterium systemfremd ist und ihm keine sachliche Rechtfertigung innewohnt, kann auch

der Gesichtspunkt der Erprobungsregelung nicht zur Rechtmäßigkeit der Normgebung führen (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) -, in juris).

Vor diesem Rahmen ist die Bildung eines Honorartopfes für die Vergütung pathologischer und zytologischer Leistungen nach dem Kapitel 19 EBM auf Basis der im 1. Halbjahr 2011 ausbezahlten Honorare und die Verteilung der Mittel anhand eines leistungsspezifischen Volumens auf der Basis der arztindividuellen Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal für pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM (mit Ausnahme der GOP Nrn. 19310 und 19311 EBM, die zu 100% vergütet worden sind) nicht zu beanstanden. Sog. Honorartöpfe begrenzen die Auswirkungen der Leistungsdynamik auf einzelne Arztgruppen und bestimmte Leistungen. Sie setzen über ein absinkendes Vergütungsniveau prinzipiell Anreize zu zurückhaltender Leistungserbringung, schützen aber vor allem Ärzte oder Arztgruppen vor einem Absinken der für die Honorierung ihrer Leistungen zur Verfügung stehenden Anteile der Gesamtvergütung. Derartige Steuerungsinstrumente hat das BSG sowohl für einzelne Fachgruppen und Leistungsbereiche als auch für Mischsysteme als rechtmäßig angesehen (st. Rspr. des BSG, vgl. Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) -; Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R](#) -; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 31/03 R](#) -, Urteil vom 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) -, alle in juris). Dies ist sachlich in dem Bestreben gerechtfertigt, zu verhindern, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert wird (vgl. BSG, Urteil vom 09.09.1998 und vom 20.10.2004, jew. a.a.O.).

Auch der Umstand, dass vorliegend nicht nur einzelne Leistungsbereiche sondern (mit Ausnahme der GOP Nrn. 19310 und 19311 EBM) das gesamte pathologische Leistungskapitel 19 EBM insgesamt einer Kontingentierung unterworfen worden ist, rechtfertigt keine andere Beurteilung (BSG, Urteil vom 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) -, a.a.O.). Die Leistungskontingentierung wird im Übrigen weder dadurch rechtswidrig, dass, wie klägerseits geltend gemacht, die pathologischen Leistungen überweisungsgebunden sind und daher einer Mengensteuerung durch die Ärzte, an die überwiesen wird, nicht zugänglich sind (vgl. BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 31/03 R](#) -, in juris m.w.N.) noch dadurch, dass durch eine Veränderung der Behandlungspraxis die Leistungsmenge ausgeweitet wird (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2004, [a.a.O.](#)).

Es ist vorliegend auch nicht zu beanstanden, dass die Höhe der Rückstellung für die Vorwegabzüge an die Höhe des im 1. Halbjahr 2011 ausbezahlten Honorars angeknüpft worden ist, da bei der Bildung von Honorarkontingenten grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden kann (st. Rspr. des BSG, vgl. Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) -, Urteil vom 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) -, in juris). Dem liegt die berechtigte Annahme zu Grunde, dass die in der Vergangenheit ausbezahlten Honorare bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang der im aktuellen Quartal abzurechnenden Honorarforderungen sind. Auch wird durch die Anknüpfung an einen zeitnahen Bezugszeitraum die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit gestärkt. Der Umstand, dass die Beklagte als Bezugszeitraum für das 2. Halbjahr 2012 durchgängig an das 1. Halbjahr 2011 angeknüpft hat, ist vom Gestaltungsermessen der Beklagten umfasst. Dass hierdurch keine dauerhafte Anknüpfung beabsichtigt oder manifestiert worden ist, zeigt sich bereits daran, dass in dem HVM für das Jahr 2013 an das 1. Halbjahr 2012 und im weiteren Fortgang an das jeweilige Vorjahresquartal angeknüpft worden ist. Eine Statik i.S. einer dauerhaften Festschreibung der Höhe der Vorwegabzüge ist daher, anders als klägerseits geltend gemacht, nicht gegeben.

Die Beklagte hat mit der Regelung des § 5 Abs. 3 HVM ihren Gestaltungspielraum auch unter Beachtung der Grundsätze der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Verteilung gewahrt.

Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden (Gebot einer leistungsproportionalen Verteilung des Honorars). Der hierzu erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG (u.a. BSG, Urteil vom 14.03.2001 - [B 6 KA 54/00 R](#) -, in juris) - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (st. Rspr. des BSG, vgl. BSG, Urteil vom 11.12.2013, - [B 6 KA 6/13 R](#) -, in juris m.w.N.). Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die vom Kläger angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Pathologie gefährdet haben könnten, bestehen für den Senat nicht.

Der aus den [Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist - im Sinne einer unzulässigen Gleichbehandlung - verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten oder Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist (vgl. BSG, Urteil vom 23.03.2011 - [B 6 KA 6/10 R](#) - a.a.O.). Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit garantiert zwar dem Grunde nach weder ein gleichmäßiges Einkommen aller vertragsärztlich tätigen Ärzte, noch kann die Stärkung der Honorierung einzelner Arztgruppen aus der Gesamtvergütung zu Lasten anderer Arztgruppen auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gestützt werden, indes begründet der Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung bei der Bildung von Honorarkontingenten bzw. Honorartöpfen eine dahin gehende Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen, 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. Eine Korrekturverpflichtung setzt hierbei voraus, dass es sich um eine dauerhafte, also nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt, wovon i.d.R. frühestens nach Vorliegen von Daten aus mindestens zwei Quartalen auszugehen ist (BSG, Urteil vom 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) -, a.a.O.). Ein Verstoß hiergegen ist jedoch bereits dem Grunde nach ausgeschlossen, da die in Streit stehende HVM-Regelung nur für die vorliegend streitgegenständlichen zwei Quartale Gültigkeit beansprucht hat und denotwendigerweise daher bereits keine Abrechnungsdaten aus zwei Quartalen für den vorliegend streitbefangenen Zeitraum vorliegen konnten. Ungeachtet hiervon ist ferner erforderlich, dass ein vom Umsatz her wesentlicher Leistungsbereich einer Arztgruppe betroffen ist. 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 mitzuverantwortenden Mengenausweitungen typischerweise Rationalisierungseffekte entstehen, die einen gewissen Ausgleich für den Punktwertabfall darstellen können. Werden, wie vorliegend, 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, besteht 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 (BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) -, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 31/03 R](#), in juris m.w.N.). Die Anwendung dieser Grundsätze vermag für den Kläger keinen Anspruch auf höheres Honorar zu begründen. Eine Abweichung von Durchschnittsniveau von 15 % ist vorliegend nicht anzunehmen. Die (rechnerische) Vergütungsquote der Pathologen lag im Quartal 3/2012 bei 76,48 %, im Quartal 4/2012 bei 74,75 %. Im Vergleich zum sonstigen fachärztlichen Versorgungsbereich und den dortigen Vergütungsquoten (ohne Pathologen und ohne die Leistungsbereiche Labor und organisierter Notfalldienst) von 89,30 % (Quartal 3/2012) und 90,04 % (Quartal 4/2012) überschreitet die Differenz von 12,82 % (Quartal 3/2012) bzw. 15,29 % (Quartal 4/2012) die 15%-Grenze nur in einem Quartal.

Anders als klägerseits geltend gemacht, ist bei der Ermittlung des Durchschnittsniveaus der hausärztliche Bereich nicht einzustellen, da der fach- und der hausärztliche Versorgungsbereich streng getrennt sind. Eine Einbeziehung des hausärztlichen Versorgungsbereichs ist daher nicht gerechtfertigt (vgl. hierzu BSG, Beschluss vom 06.09.2006 - [B 6 KA 22/06 B](#) - zum Vergleich des Punktwetrückgangs bei budgetierten und nicht budgetierten Arztgruppen, in juris). Vielmehr ist der dauerhafte Punktwertabfall von mehr als 15 % in Bezug auf die Versorgungsbereiche zu prüfen, die ebenfalls einer Quotierung unterworfen sind. Ein Vergleich mit dem zu 100 % vergüteten hausärztlichen Versorgungsbereich bietet keinen geeigneten Vergleichsmaßstab.

Da für die Bereiche Labor und Notfalldienst vor der Trennung der MGW in den haus- und den fachärztlichen Bereich gesonderte Vorwegabzüge erfolgen (vgl. § 5 Abs. 2 Satz 2 Buchst. a und b HVM), die nicht ausschließlich einem der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen zugeordnet werden können, ist auch eine Einbeziehung der Leistungsbereiche Labor und organisierter Notfalldienst nicht sachgerecht.

Schließlich sind bei der Ermittlung der Vergleichsgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs die vorliegend zu beurteilenden Pathologen nicht einzustellen. Die Berücksichtigung auf beiden Seiten der Vergleichsbetrachtung, einerseits als eigene Vergleichsgruppe, andererseits als Teil der hiermit zu vergleichenden Gruppe würde dazu führen, dass der Abgleich der Vergütungsquoten auf beiden Seiten des Vergleichs durch die (quotierte) Vergütung der Pathologen beeinflusst würde und der dem Vergleich zu Grunde liegende Gedanke der gleichmäßigen Honorarverteilung nicht voll zum Tragen käme, da der Vergleich den Punktwertverfall infolge der Quotierung nicht exakt wiedergeben würde.

Auch der Umstand, dass im HVM keine Mindestquote vorgesehen ist, verstößt nicht gegen das aus [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. folgende Gebot der Kalkulationssicherheit. Selbiges stellt unter der Geltung einer begrenzten Gesamtvergütung nur ein "relatives" Ziel dar, das im Übrigen nicht "isoliert" und zu Lasten anderer Arztgruppen verwirklicht werden kann (BSG, Urteil vom 19.08.2015 - [B 6 KA 34714 R](#) -, Urteil vom 08.08.2018 - [B 6 KA 26/17 R](#), in juris). Kalkulationssicherheit i.S.d. [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. bedeutet daher nur, dass den Leistungserbringern die inhaltliche Ausgestaltung der Mengenbegrenzung bekannt ist und sie sich bei der Praxisführung hierauf einstellen können müssen. Da der Umstand der Quotierung des Verhütungsvolumens im Bereich der Pathologie bekannt war, bestand die Möglichkeit, dies in die Honorarkalkulation miteinzubeziehen. Die Honorierungsquoten und Ergebnisse des Klägers zeigen überdies eine Stetigkeit, die es dem Kläger ermöglicht hat, seine Kalkulation hierauf einzustellen.

Auch bedingt der Einwand einer Ungleichbehandlung im Hinblick darauf, dass die Beklagte bis einschließlich dem Quartal 2/2012 für pathologische Leistungen eine Mindestquote berücksichtigt habe, diese im weiteren Fortgang für pathologische Leistungen, anders als für zahlreiche freie Leistungen, nicht aufrechterhalten worden sei, vorliegend keinen Anspruch auf ein höheres vertragsärztliches Honorar, da Korrekturen der Honorarverteilung auf der Normebene, nach dem oben angeführten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit oder dem Gebot einer leistungsproportionalen Verteilung des Honorars keinen Anspruch auf Beibehaltung einer abgelösten (rechtmäßigen) Regelung begründen können (vgl. BSG, Urteil vom 11.10.2006 - [B 6 KA 46/05 R](#) - in juris, dort Rn. 42).

Mithin verstößt die Regelung des § 5 HVM, auf die die quotierte Vergütung der pathologischen Leistungen gründet, zur Überzeugung des Senats nicht gegen höherrangiges Recht.

Die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale 3/2012 und 4/2012 vom 15.01.2013 und vom 15.04.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.10.2014 sind daher nicht zu beanstanden.

Die Berufung des Klägers gegen das klagabweisende Urteil des SG ist zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 GKG](#); pro streitbefangenen Quartal ist der Regelstreitwert von 5.000,- EUR anzusetzen.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor. Der Sache kommt im Besonderen die klägerseits geltend gemachte grundsätzliche Bedeutung nicht zu.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-11-27