

L 1 KA 21/01

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

1

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 11 KA 280/97

Datum

21.03.2001

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KA 21/01

Datum

26.07.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 21. März 2001 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat auch die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Beklagten für das Berufungsverfahren zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung von Laborleistungen, insbesondere deren Punktwert, in den Quartalen IV/1996 bis I/1998.

Der Kläger ist Fachchemiker der Medizin, Fachrichtung klinische Chemie und Labordiagnostik. Er nahm in den streitigen Quartalen in F. an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV), der ab dem Quartal III/1995 ausdrücklich auch für den Ersatzkassenbereich galt (§ 2 Abs. 1 und 2 HVM vom 13.05.1995), sah ursprünglich leistungsbezogene Teilbudgets vor. Der Honorarfonds der Primärkassen wurde in die Leistungsanteile präventive Leistungen, ambulantes Operieren sowie übrige kurative Leistungen (§ 2 Abs. 6 HVM vom 13.05.1995, so bereits § 2 Abs. 5 HVM vom 15.05.1993) und der Honorarfonds der Ersatzkassen – orientiert an den Empfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) – in die Leistungsanteile präventive Leistungen, ambulantes Operieren, Laborleistungen, übrige kurative Leistungen sowie weitere vereinbarte zweckgebundene Leistungen aufgeteilt (§ 2 Abs. 7 HVM vom 13.05.1995). Für diese Fondsanteile ergab sich jeweils ein eigener Punktwert (§ 2 Abs. 6 und 7 HVM vom 13.05.1995). Zum Quartal I/1996 wurde der Punktwert für die Leistungsanteile – im Primär- und Ersatzkassenbereich nunmehr: hausärztliche Grundvergütung, Gesprächsleistungen, präventive Leistungen, ambulantes Operieren, Laborleistungen sowie übrige kurative Leistungen (§ 2 Abs. 6 HVM vom 24.08.1996) – durch Zuschläge und Abschläge an den kurativen Punktwert gebunden (§ 2 Abs. 7a und 7b HVM vom 24.08.1996). Dabei sollte der Punktwert für Laborleistungen den Punktwert für kurative Leistungen um 0,2 Pf unterschreiten (§ 2 Abs. 7b HVM vom 24.08.1996); dieser Abschlag sollte im Primärkassenbereich erst ab dem 01.07.1996 gelten (§ 10 Abs. 2 HVM vom 24.08.1996). Eine grundlegende Umgestaltung erfuhr der HVM der Beklagten zum Quartal III/1996 durch die Einführung arztgruppenbezogener Honorarkontingente. Die Honorarverteilung erfolgte weiterhin getrennt nach Primär- und Ersatzkassen (§ 2 Satz 1 HVM vom 23.11.1996). Die Gesamtvergütung wurde nach Vornahme bestimmter Abzüge (§ 2 Abs. 1, 2 und 2c HVM vom 23.11.1996) in Facharztfonds aufgeteilt, darunter einen Fonds für "Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Pharmakologie und Toxikologie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, Humangenetik, Biochemie, Immunologie bzw. Fachwissenschaftler der Medizin" (§ 2 Abs. 3 HVM vom 23.11.1996). Die Aufteilung der Mittel erfolgte entsprechend den Durchschnittsanteilen der einzelnen Fachgruppen an der Gesamtvergütung im entsprechenden Quartal des Jahres 1995 (§ 2 Abs. 4 Satz 1 HVM vom 23.11.1996). Zum Quartal III/1997 wurde der Zuschnitt der Facharztfonds modifiziert. Es bestand nunmehr ein Facharztfonds für "Fachärzte für Laboratoriumsmedizin bzw. Biochemie sowie Fachwissenschaftler der Medizin (Klinische Chemie)" und ein Facharztfonds für "Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Immunologie sowie Fachwissenschaftler der Medizin (Technische Arbeitshygiene, Mikrobiologie)" (§ 2 Abs. 3 Satz 2 HVM vom 08.11.1997). Die Aufteilung der Mittel auf die einzelnen Fachgruppen erfolgte nach deren Gesamtvergütungsanteil im gesamten Jahr 1995 (§ 2 Abs. 4 Satz 1 HVM vom 08.11.1997). Eine Stützungsregelung sah vor, dass ab dem Quartal I/1997 die kurativen Punktwerte der einzelnen Fonds den durchschnittlichen kurativen Punktwert über alle Fonds – getrennt nach budgetierten und unbudgetierten Fachgruppen – um nicht mehr als 20 % unterschreiten durften (§ 2 Abs. 5 Satz 2 und 3 HVM vom 08.11.1997 – der HVM vom 31.05.1997, der die Interventionsgrenze noch bei 10 % angesetzt hatte, wurde durch den HVM vom 08.11.1997 ersetzt).

Die kurativen Punktwerte, die für die Laborärzte zu Anwendung kamen, entwickelten sich folgendermaßen:

Quartal Primärkassen (PK) Ersatzkassen (EK) II/1994 7,40 8,00 (O I/II-) / 6,50 (O III-) III/1994 7,20 6,70 (O I/II) / 6,50 (O III) IV/1994 7,00 7,80 (O I/II) / 6,50 (O III) I/1995 6,60 6,75 bzw. 7,50- (O I/II) / 6,50 (O III) II/1995 6,80 6,25 (O I/II) / 6,50 (O III) III/1995 7,10 6,00 (O I/II) / 6,50 (O III) IV/1995 6,75 6,00 (O I/II) / 6,50 (O III) I/1996 5,47 bzw. 4,70- 6,43 bzw. 5,52- II/1996 5,47 bzw. 4,76- 6,42 bzw. 5,60- III/1996 5,72 5,39 IV/1996 5,12 5,48 I/1997 4,61 4,90 II/1997 4,48 4,64 III/1997 5,00 5,39 IV/1997 5,00 5,82 I/1998 4,28 5,13 -) O I/II bzw. O III = Leistungen nach Abschnitt O I/II bzw. O III des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä). -)

Angestelltenersatzkassen: 6,75; Arbeiterersatzkassen: 7,50. -) Budgetiert bzw. unbudgetiert, d.h. mit bzw. ohne Auswirkung der rückwirkend in den EBM-Ä eingeführten Teilbudgetierung.

Die Beklagte berechnete das Honorar des Klägers in den streitigen Quartalen, wie folgt: Quartal Gesamtfallzahl (kurativ) Gesamtpunktzahl (kura-tiv) Gesamthonorar- Honorarbescheid IV/1996 11.359 8.134.409,0 562.303,55 24.04.1997 I/1997 14.278 10.100.844,5 614.771,65 24.07.1997 II/1997 16.939 11.896.110,2 695.379,91 23.10.1997 III/1997 14.929 10.970.237,0 721.383,24 27.01.1998 IV/1997 15.258 10.966.647,3 719.353,83 27.04.1998 I/1998 16.903 11.786.299,4 730.603,49 27.07.1998 -) Jeweils einschl. Nachzahlungen aus Vorquartalen.

Der Kläger legte jeweils Widerspruch ein. Er machte insbesondere geltend, der inzwischen erreichte Punktwert lasse kostendeckendes Arbeiten nicht mehr zu.

Die Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheiden vom 12.11.1997 (Quartal IV/1996), 04.03.1998 (Quartal I/1997), 11.03.1998 (Quartal II/1997), 20.07.1998 (Quartal III/1997), 03.11.1998 (Quartal IV/1997) und 04.01.1999 (Quartal I/1998) zurück.

Der Kläger hat beim Sozialgericht Dresden (SG) gegen die Honorarbescheide am 21.11.1997 (Quartal IV/1996 – Az.: S 11 KA 430/97), 01.04.1998 (Quartal I/1997 – Az.: S 11 KA 113/98), 01.04.1998 (Quartal II/1997 – Az.: S [11 KA 114/98](#)), 19.08.1998 (Quartal III/1997 – Az.: S 11 KA 370/98), 24.11.1998 (Quartal IV/1997 – Az.: S 11 KA 510/98) und 25.01.1999 (Quartal I/1998 – Az.: S 11 KA 22/99) getrennt Klage erhoben. Das SG hat mit Beschluss vom 21.03.2001 diese Verfahren mit dem unter dem Az. [S 11 KA 280/97](#) anhängigen Verfahren gegen den hier nicht mehr streitigen Honorarbescheid für das Quartal I/1996 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Der Kläger hat vorgebracht, die Facharztfonds, die zum Quartal III/1996 eingeführt worden seien, perpetuierten die rechtswidrige Honorarverteilung im Jahr 1995, an das sie anknüpften. In den Quartalen I und II/1995 habe die Beklagte die Honorarverteilung im Ersatzkassenbereich nicht nach Maßgabe ihres HVM vorgenommen. Die mit den Ersatzkassenverbänden geschlossene Vergütungsvereinbarung könne schon aus kompetenzrechtlichen Gründen die Honorarverteilung nicht regeln. Inhaltlich könne sie wegen der darin vorgesehenen Vergütung sämtlicher Laborleistungen mit einem einheitlichen Punktwert keine Geltung beanspruchen. Auch dem für das Quartal III und IV/1995 gültigen HVM lasse sich eine Differenzierung in einen O I/II- und O III-Fonds nicht mit hinreichender Deutlichkeit entnehmen. Ferner könne die Absenkung des Labortopfes im Jahr 1995 um 20 % gegenüber dem Vorjahr keinen Bestand haben. Die Anknüpfung an 1995 sei auch wegen des in diesem Jahr geltenden Überweisungsverbots für O I-Leistungen unzulässig. Darüber hinaus bestehe unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung ein Anspruch auf Festsetzung eines Mindestpunktwertes von 6,25 Pf. Die von der Beklagten ausgezahlten Punktwerte stimmten auch nicht mehr mit den vom Bewertungsausschuss bei dem Beschluss des EBM-Ä 1996 angenommenen Punktwert von 8,82 Pf überein. Schließlich habe die Beklagte für die Jahre 1996 bis 1998 mit den Krankenkassen Vergütungsvereinbarungen geschlossen, die nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprächen.

Die Beklagte hat erwidert, der Zuschnitt der Facharztfonds auf der Grundlage der Anteile der Honorargruppen im Jahr 1995 sei nicht zu beanstanden. Der Zuschnitt könne nur auf der Grundlage der tatsächlich abgerechneten und vergüteten Leistungen erfolgen. Der mit Wirkung vom 01.01.1993 verabschiedete HVM habe die Honorarverteilung im Ersatzkassenbereich nicht erfasst. Die Ersatzkassen seien bis 1996 nicht in der Lage gewesen, ihre Versicherten den KÄV-Bezirken zuzuordnen. Deshalb sei der Abrechnungsweg über die KÄBV beibehalten und die KÄBV auf informellem Wege von den KÄVen mit der Abrechnung beauftragt worden. Die Vergütungsfestsetzungen für 1995 seien aber auch in der Sache nicht zu beanstanden. Ab dem Quartal II/1994 sei im Ersatzkassenbereich zwischen einem Fonds für O I/II-Leistungen und einem Fonds für O III-Leistungen differenziert worden. Das Vergütungsvolumen sei aufgrund der auch vom Gesetzgeber erwähnten Rationalisierungstendenzen um 20 % abgesenkt worden. Im HVM für die Quartale III und IV/1995 sei zwar lediglich von einem Fonds für Laborleistungen die Rede gewesen. Mit dem Verweis auf die Empfehlungen der KÄBV sei jedoch hinreichend klargestellt, dass die Punktwertberechnung im Laborbereich weiterhin auf der Grundlage von zwei Fonds erfolgen sollte.

Mit Urteil vom 21.03.2001 hat das SG die Klage abgewiesen. Bildung und Zuschnitt der ab dem Quartal III/1996 gebildeten Facharztfonds seien nicht zu beanstanden. Auch für die Gruppe der Laborärzte habe ein Honorarfonds gebildet werden dürfen. Ebenso wenig sei die Anknüpfung der Honorarkontingente der Laborärzte an den Gesamtvergütungsanteil 1995 zu beanstanden. Diese sei nicht wegen des 1995 geltenden Überweisungsverbots für die Leistungen des Basislabors rechtswidrig. Soweit nach dem Urteil des BSG zur Rechtswidrigkeit des Überweisungsverbots von der Beklagten Leistungen nachvergütet worden seien, betreffe dies ausschließlich eine einzelne Praxis und könne aufgrund dieser Einzelfallbezogenheit und auch mit Blick darauf, dass nicht ermittelt werden könne, wie viele Leistungen von Laborärzten ohne Geltung des Überweisungsverbots erbracht worden wären, eine typisierende Betrachtung nicht in Frage stellen. Die Honorarverteilung sei im Jahr 1995 im Ersatzkassenbereich zwar formell fehlerhaft, aber inhaltlich nicht zu beanstanden gewesen. Der bis 30.06.1995 gültige HVM habe nur die Honorarverteilung im Primärkassenbereich, nicht jedoch diejenige im Ersatzkassenbereich geregelt. Als Rechtsgrundlage für die Honorarverteilung könnten die mit den Ersatzkassenverbänden geschlossenen Vergütungsvereinbarungen nicht herangezogen werden. Damit habe bis zum Quartal II/1995 den von der Beklagten vorgenommenen Honorarfestsetzungen im Ersatzkassenbereich eine tragfähige Rechtsgrundlage gefehlt. Dies gelte auch für die Quartale III und IV/1995, wenngleich in ihnen die Anwendbarkeit des HVM nicht mehr zweifelhaft sei. Denn für diese Quartale sei die Honorarverteilungsregelung im Ersatzkassenbereich rechtswidrig, weil mit ihr der Verteilungsmodus nicht hinreichend bestimmt genug gefasst sei. Die Bezugnahme des HVM vom 13.05.1995 auf Empfehlungen der KÄBV sei ungenügend. Inhaltlich seien die Verteilungsmodalitäten für die Quartale II/1994 bis IV/1995 jedoch nicht zu beanstanden. Dies gelte insbesondere unter dem Blickwinkel der in dem Labortopf-Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) herausgestellten Grundsätze. Die Reduzierung der Labortöpfe um 20 % sei ebenfalls nicht zu beanstanden. Dadurch sei auf Honorarverteilungsebene der Neubewertung der Laborleistungen zum 01.04.1994 Rechnung getragen worden, mit der der Bewertungsausschuss dem gesetzlichen Auftrag in [§ 87 Abs. 2b Satz 1](#) und 2 SGB V in der Fassung des GSG nachgekommen sei. Mit Einführung von Praxisbudgets für Basislaborleistungen ab dem Quartal II/1994 könne für die O III-Leistungen ein höherer Punktwert als für die O I/II-Leistungen ohnehin nicht mehr verlangt werden. Ein Anspruch auf höheres Honorar lasse sich auch nicht mit dem Vorbringen begründen, die Gesamtvergütungen für die Jahre 1996 bis 1997 seien

rechtswidrig zu niedrig vereinbart. Im Rahmen eines Honorarstreits scheide eine inzidente Kontrolle der Gesamtvergütungsvereinbarungen aus. Schließlich könne ein Anspruch auf eine bestimmte Mindestvergütung vom Kläger weder aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit noch aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) hergeleitet werden. Eine generelle Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung auf laborärztlichem Gebiet sei nicht ersichtlich. Zudem sei von einem ausreichenden Angebot von laborärztlichen Leistungserbringern im Bundesgebiet auszugehen. Eine Verpflichtung der Beklagten, laborärztliche Leistungen, für deren Erbringung kein Patientenkontakt notwendig sei, im eigenen Bezirk vorzuhalten, sei nicht zu erkennen.

Der Kläger macht mit seiner am 09.08.2001 beim Sächsischen Landessozialgericht eingelegten Berufung geltend, die Laborärzte seien durch die Bemessung der Vergütungsanteile der Fachgruppentöpfe entsprechend den Vergütungsanteilen des Jahres 1995 in unzulässiger Weise benachteiligt. Der Fachgruppentopf, der den Laborärzten ab dem Quartal III/1996 zur Verfügung gestanden habe, berücksichtige nicht die nachträgliche Vergütung der von Laborärzten trotz des Überweisungsverbots erbrachten O I-Leistungen. Der Umfang der ab dem Quartal III/1996 erbrachten O I-Leistungen habe ziemlich genau dem Umfang der vor dem Überweisungsverbot durch Laborärzte erbrachten O I-Leistungen entsprochen. In entsprechendem Umfang hätte die Beklagte dem Honorartopf der Laborärzte zusätzlich zu deren Honoraranteil aus dem Jahr 1995 Mittel zur Verfügung stellen müssen. Des Weiteren habe die Beklagte in den Quartalen I und II/1995 die von den Laborärzten erbrachten Leistungen im Ersatzkassenbereich nicht entsprechend dem HVM vergütet. Selbst wenn der HVM nur für den Primärkassenbereich gegolten habe und die Honorarverteilung im Ersatzkassenbereich ohne Rechtsgrundlage erfolgt sein sollte, so dürfe ein rechtloser Zustand nicht als Grundlage für die Honorarverteilung in späteren Zeiträumen herangezogen werden. Ferner sei die pauschale Absenkung des Honorartopfs für Laborleistungen ab dem Quartal II/1994 um 20 % bereits deshalb rechtswidrig, weil es dafür keine Rechtsgrundlage im HVM der Beklagten gegeben habe. Zudem hätte die Beklagte nach Ablauf einer angemessenen Beobachtungs- und Reaktionszeit von maximal einem Jahr die Differenz zwischen der ursprünglich pauschalen Absenkung und der tatsächlich durch die Umgestaltung des Abschnitts O III EBM-Ä erfolgten Reduzierung des Punktzahlvolumens ausgleichen müssen. Auch habe das von der Beklagten in den streitigen Quartalen gezahlte Honorar gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung verstoßen. Die Punktwerte hätten nicht einmal ausgereicht, um die Kosten zu decken, und nicht einmal die Höhe des analytischen Honoraranteils nach dem ab 01.07.1999 gültigen EBM-Ä erreicht. Hierfür wäre unter Geltung des alten EBM-Ä ein Punktwert von mehr als 5 Pf notwendig gewesen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 21. März 2001 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Honorarbescheides für das Quartal IV/1996 vom 24. April 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. November 1997, des Honorarbescheides für das Quartal I/1997 vom 24. Juli 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04. März 1998, des Honorarbescheides für das Quartal II/1997 vom 23. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. März 1998, des Honorarbescheides für das Quartal III/1997 vom 27. Januar 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Juli 1998, des Honorarbescheides für das Quartal IV/1997 vom 27. April 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03. November 1997 und des Honorarbescheides für das Quartal I/1998 vom 27. Juli 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04. Januar 1999 zu verpflichten, über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale IV/1996 bis I/1998 erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Es sei völlig offen, wie viele Basislaborleistungen von Laborärzten ohne Geltung des Überweisungsverbots erbracht worden wären. Es gebe daher keinerlei Anhaltspunkte für die Höhe einer etwaigen Aufstockung des Honorartopfes. Der HVM vom 15.05.1993 habe die Verteilung der Ersatzkassenvergütungen nicht geregelt. Für die hier streitigen Quartale liege jedoch im jeweiligen HVM eine gültige Rechtsgrundlage vor. Die Reduzierung der Honorartöpfe für die O II- und O III-Leistungen um 20 % sei rechtmäßig gewesen. Die vom Bewertungsausschuss befolgten Vorgaben des [§ 87 Abs. 2b SGB V](#) hätten eine Verminderung des Honorarvolumens für diese Leistungen erlaubt.

Dem Senat haben die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die auf die Quartale IV/1996 bis I/1998 beschränkte Berufung des Klägers ist unbegründet.

Zu Recht hat das SG insoweit die Klage abgewiesen. Denn der Kläger ist durch die Honorarbescheide für die Quartale IV/1996 bis I/1998 nicht in rechtswidriger Weise beschwert.

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21.12.1992 ([BGBl. I S. 2266](#)). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im HVM zu. Bei der Ausformung des HVM räumt das Gesetz den Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) einen Gestaltungsspielraum ein (siehe nur Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 9; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 30, 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 10). Bei der Ausfüllung dieses Spielraums sind allerdings insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars (vgl. BSG, Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 13/00 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#) S. 311; Urteil vom 03.12.1997 - [6 RKA 21/97 - BSGE 81, 213](#), 217 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#); Urteil vom 29.09.1993 - [6 RKA 65/91 - BSGE 73, 131](#), 136 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#)) sowie der aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. BSG, Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408; Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 13/00 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#) S. 310 f.; Urteil vom 03.03.1999 - [B 6 KA 8/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#) S. 227) zu beachten. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen. Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf (BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 11; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50 f.; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 10).

Die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten und deren Anwendung in den streitigen Quartalen sind – soweit sie für den Anspruch des Klägers auf höheres Honorar relevant sind – rechtlich nicht zu beanstanden. Die Beklagte war berechtigt, in ihrem HVM einen Fonds für die Fachgruppe der Laborärzte vorzusehen (1.). Es bestehen keine durchgreifenden Bedenken dagegen, dass beim Zuschuss des Fonds der Laborärzte auf den Durchschnittsanteil dieser Fachgruppe an der Gesamtvergütung im entsprechenden Quartal des Jahres 1995 (so der ab 01.07.1996 geltende § 2 Abs. 4 Satz 1 HVM vom 23.11.1996) bzw. im gesamten Jahr 1995 (so der ab 01.07.1997 geltende § 2 Abs. 4 Satz 1 HVM vom 08.11.1997) abgestellt wurde (2.). Der Kläger hat auch unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung keinen höheren Honoraranspruch (3.). Ebenso wenig greifen die übrigen Einwendungen des Klägers durch (4.).

1. Die Bildung eines Honorartopfes für die Laborärzte – wie ab dem 01.07.1996 im HVM der Beklagten vorgesehen – ist nicht zu beanstanden.

Honorartöpfe können nach Arztgruppen, Versorgungsgebieten oder Leistungsbereichen gebildet werden; auch Mischsysteme sind zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408 f.; Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1, 2](#) f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#); Urteil vom 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) S. 237). Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die in [§ 85 Abs. 3 bis 3c SGB V](#) normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 15). Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind. Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 15; Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408). Die Zuordnung zu einem Honorarkontingent wird auch nicht ohne Weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge – im Gefolge medizinisch-technischer Fortschritte mit der Entwicklung aussagekräftigerer und schonenderer Diagnose- und Behandlungsverfahren – ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 30).

Gemessen an diesen Maßstäben bestehen gegen die Bildung eines Honorartopfes für die Fachgruppe der Laborärzte, wie sie im Bezirk der beklagten KÄV ab dem Quartal III/1996 erfolgte, keine Bedenken (zur grundsätzlichen Berechtigung, für Laborärzte eigene Honorarkontingente vorzusehen: BSG, Urteil vom 28.01.1998 - [B 6 KA 96/96 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) S. 163 ff.). Dem stehen die vom BSG in dem Urteil vom 29.09.1993 ([6 RKA 65/91 - BSGE 73, 131](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#)) entwickelten Maßstäbe nicht entgegen. Das BSG hat darin zwar entschieden, dass die Vergütung sämtlicher Laborleistungen mit einem einheitlichen, von der Höhe des zur Verfügung stehenden Budgets und der Leistungsmenge abhängigen Punktwert rechtswidrig ist. Doch bezog sich dies auf leistungsbezogene Teilbudgets. Tragender Grund dafür war, dass die tatsächlich bestehenden Unterschiede vernachlässigt werden, wenn für alle Laborleistungen ein einheitlicher Vergütungstopf gebildet wird, aus dem sowohl die von den Laborärzten auf Überweisung erbrachten Leistungen wie auch alle übrigen Laborleistungen aller Arztgruppen – insbesondere nach den Abschnitten O I und O II EBM-Ä – mit einem einheitlichen Punktwert vergütet werden. Wird jedoch kein leistungsbezogenes Teilbudget für Laborleistungen, sondern ein arztgruppenspezifisches Honorarkontingent für die Laborärzte gebildet, können diese Bedenken nicht durchgreifen. Denn in diesem Fall können die Angehörigen anderer Arztgruppen durch ihr Behandlungsverhalten und insbesondere durch die Erbringung von Laborleistungen keinen Einfluss auf die Höhe der Vergütung der Laborärzte nehmen (BSG, Urteil vom 28.01.1998 - [B 6 KA 96/96 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) S. 167).

2. Gegen die Bildung eines Honorartopfes für seine Fachgruppe wendet sich der Kläger nicht. Seine Einwendungen richten sich vielmehr dagegen, dass beim Zuschuss dieses Honorartopfes an das Jahr 1995 angeknüpft wurde; hierdurch seien die Laborärzte in unzulässiger Weise benachteiligt worden. Dabei rügt der Kläger, dass die Honorarverteilung im Ersatzkassenbereich im Jahr 1995 auf fehlerhafter Rechtsgrundlage erfolgt (a), sie aber auch in der Sache rechtswidrig gewesen sei (b) und dass sich im Primär- und Ersatzkassenbereich die Rechtswidrigkeit des im Jahr 1995 noch beachteten Überweisungsverbotes für O I/II-Leistungen fortwirke (c).

a) Die Verteilung der von den Ersatzkassen geleisteten Gesamtvergütungen erfolgte in den ersten beiden Quartalen des Jahres 1995, ohne dass diese im HVM geregelt worden wäre (1). Erst für die letzten beiden Quartale des Jahres 1995 gab es eine Rechtsgrundlage im HVM, die allerdings – soweit es um Laborleistungen geht – den Erfordernissen des Bestimmtheitsgebotes nicht genügt (2). Trotz der formellen Mängel, die die Honorarverteilung im Ersatzkassenbereich im Jahr 1995 aufwies, war die Beklagte nicht allein deswegen daran gehindert, an den sich im Referenzjahr ergebenden Zuschuss des Honorartopfes der Laborärzte anzuknüpfen (3).

(1) Der HVM vom 15.05.1993, der vom Quartal I/1993 bis zum Quartal II/1995 galt, regelte für den Ersatzkassenbereich die Honorarverteilung nicht. Dies ergibt sich aus der Zusammenschau von § 1 und § 2 Abs. 1 HVM vom 15.05.1993 und wird durch den Regelungskontext bestätigt.

§ 1 HVM vom 15.05.1993 bestimmte zum Anwendungsbereich, dass der Honorarverteilung die nach [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) an die Beklagte geleisteten Gesamtvergütungszahlungen unterliegen (Satz 1); eingeschlossen waren die Zahlungen, die von anderen KÄVen für Leistungen der im Bereich der Beklagten tätigen Ärzte und Einrichtungen entrichtet werden (Satz 2); dies galt, soweit keine anderslautenden vertraglichen Regelungen entgegenstehen (Satz 3). Diese Bestimmung ist im Zusammenhang mit § 2 Abs. 1 HVM vom 15.05.1993 zu sehen. Danach wurden die von den sächsischen Krankenkassen pauschal gezahlten Gesamtvergütungsanteile sowie die Gesamtvergütungsanteile der außersächsischen Krankenkassen und der Bundesgesamtvertragskassen auf Landesebene in einem Honorarfonds zusammengeführt. Bei isolierter Betrachtung des § 1 Satz 1 mag einiges dafür sprechen, dass der HVM vom 15.05.1993 auch für die Gesamtvergütungen der Ersatzkassen gegolten hat, da diese gemäß [§ 85 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des GSG seit dem 01.01.1993 unmittelbar an die KÄVen und damit auch an die Beklagte zu zahlen waren. Eine Anwendung des HVM vom 15.05.1993 auf die Ersatzkassen lässt sich jedoch mit dessen § 2 Abs. 1 nicht vereinbaren. Die darin verwandten Begriffe der "sächsischen Krankenkassen", der "außersächsischen Krankenkassen" und der "Bundesgesamtvertragskassen" passen auf die Ersatzkassen nicht. Während sich die "sächsischen" von den "außersächsischen" Krankenkassen nach ihrem Sitz unterscheiden, sind unter den "Bundesgesamtvertragskassen"

die Primärkassen mit einem bundesweiten Versichertenbestand zu verstehen, für die mit der KÄBV Gesamtverträge geschlossen worden waren (Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherung, [§ 83 SGB V](#) Rn. 7 f. – Stand September 2005). Bundesgesamtvertragskassen gab es im eigentlichen Sinne ab dem 01.01.1993 nicht mehr, weil die Rechtsgrundlage für Abschluss von Gesamtverträgen auf Bundesebene ([§ 83 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) i.d.F. des Gesundheits-Reformgesetzes [GRG] vom 20.12.1988, [BGBl. I S. 2477](#)) mit Inkrafttreten des GSG entfallen ist. Gleichwohl umschrieb § 2 Abs. 1 HVM vom 15.05.1993 mit den Gesamtvergütungsanteilen der "sächsischen Krankenkassen" und den Gesamtvergütungsanteilen der "außersächsischen Krankenkassen und der Bundesgesamtvertragskassen" zwei Fallkonstellationen, die sich auch in § 1 HVM vom 15.05.1993 wiederfinden. Mit den Gesamtvergütungsanteilen der "sächsischen Krankenkassen" waren die Gesamtvergütungen gemeint, die Krankenkassen mit Sitz im Bezirk der Beklagten unmittelbar an diese aufgrund der mit dieser geschlossenen Gesamtverträge zahlten; hierbei handelt es sich um die Fallkonstellation des § 1 Satz 1 HVM vom 15.05.1993. Dagegen bezeichneten die Gesamtvergütungsanteile der "außersächsischen Krankenkassen und der Bundesgesamtvertragskassen" die Gesamtvergütungen, die Krankenkassen mit Sitz außerhalb des Bezirks der Beklagten an die für sie zuständige KÄV aufgrund der mit dieser geschlossenen Gesamtverträge zahlten; in diesen Fällen erhielt die Beklagte über den Fremdkassenausgleich von den jeweiligen KÄVen die Zahlungen, auf die sich § 1 Satz 2 HVM vom 15.05.1993 bezieht. Hiermit wurden die damals im Primärkassenbereich möglichen Fallkonstellationen abgedeckt. Die Ersatzkassen wurden hiervon jedoch nicht erfasst. Die Ersatzkassen waren keine "sächsischen Krankenkassen", da sie durchweg im alten Bundesgebiet ihren Sitz hatten. Obwohl sie "außersächsische Krankenkassen" waren, hatten sie seit dem 01.01.1993 Gesamtvergütungen unmittelbar an die Beklagte zu zahlen, mit der sie – anders als zuvor ([§ 83 Abs. 3 SGB V](#) i.d.F. des GRG) – Gesamtverträge zu schließen hatten ([§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des GSG). "Bundesgesamtvertragskassen" i.S. des [§ 83 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) i.d.F. des GRG waren die Ersatzkassen ohnehin nie gewesen; im Übrigen steht einer Subsumtion unter diesen im HVM vom 15.05.1993 verwandten Begriff entgegen, dass ab dem 01.01.1993 die Gesamtvergütungen der Ersatzkassen die Beklagte nicht über den Fremdkassenausgleich erreichten. Angesichts des wechselseitigen Zusammenhangs zwischen § 1 und § 2 Abs. 1 HVM vom 15.05.1993 fallen damit die Ersatzkassen aus dem Anwendungsbereich des vom 01.01.1993 bis zum 30.06.1995 gültigen HVM heraus.

Der Blick auf den HVM vom 15.06.1991, der vom 01.01.1991 bis zum 31.12.1992 gegolten hatte, bestätigt dieses Ergebnis. Der Anwendungsbereich war in § 1 Abs. 1 HVM vom 15.06.1991 ganz ähnlich definiert wie in § 1 Satz 1 und 2 HVM vom 15.05.1993: Auch in § 1 Abs. 1 HVM vom 15.06.1991 war die Rede davon, dass der Honorarverteilung die nach [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) an die Beklagte geleisteten Gesamtvergütungszahlungen einschließlich der Zahlungen unterliegen, die von anderen KÄVen für Leistungen der im Bereich der Beklagten an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen an die Beklagte entrichtet werden. Der HVM vom 15.06.1991 und derjenige vom 15.05.1993 unterscheiden sich insoweit nur redaktionell. Der HVM vom 15.06.1991 erfasste jedoch nur den Primärkassenbereich. Denn vor Inkrafttreten des GSG handelte es sich bei den nach [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) an die Beklagte geleisteten Gesamtvergütungszahlungen ausschließlich um solche der Primärkassen.

Ebenso wenig außer Acht gelassen werden kann der Umstand, dass bei Schaffung des HVM vom 15.05.1993 noch der Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV-Ä) vom 13.09.1990 gegolten hatte, der selbst in § 14 Regelungen über die Honorarverteilung enthalten und im Übrigen auf die Honorarverträge verwiesen hatte. Erst zum 01.07.1994 wurde der EKV-Ä an das GSG angepasst (vgl. § 53, § 54 Abs. 1 und 2 EKV-Ä vom 07.06.1994). Dies vermochte zwar den Verzicht auf eine eigene Regelung der Honorarverteilung im Ersatzkassenbereich nicht zu rechtfertigen. Denn Art. 26 Satz 1 GSG bestimmte, dass vertragliche Vereinbarungen in den Teilen unwirksam sind, in denen sie mit den Regelungen dieses Gesetzes nicht vereinbar sind. Doch standen der durch das GSG zum 01.01.1993 angeordneten Regionalisierung der zuvor bundeseinheitlich ausgestalteten Beziehungen im Ersatzkassenbereich erhebliche praktische Probleme entgegen, weil eine einwandfreie Zuordnung der Ersatzkassenmitglieder zu den KÄV-Bezirken so kurzfristig nicht möglich war. Aus diesem Grunde entschieden sich die Beteiligten, bundesweit inhaltsgleiche Gesamtverträge abzuschließen und die KÄBV mit der Aufteilung der je Mitglied einheitlich berechneten Gesamtvergütungen auf die einzelnen KÄVen zu beauftragen (Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherung, [§ 83 SGB V](#) Rn. 12 – Stand September 2005). Vor diesem Hintergrund wird es verständlich, dass die Beklagte zunächst kein Bedürfnis gesehen hatte, in ihrem HVM die Verteilung der Gesamtvergütungen der Ersatzkassen zu regeln.

Dies ändert allerdings nichts daran, dass sich diese Vorgehensweise mit dem Gesetz nicht vereinbaren ließ. Auch die Verträge über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen, die die Beklagte mit den Ersatzkassenverbänden geschlossen hatte, waren nach Inkrafttreten des GSG als Rechtsgrundlage für die Verteilung der Gesamtvergütung ungeeignet. Denn deren Regelung stand damals allein der beklagten KÄV zu. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) i.d.F. des GRG war es Sache der KÄV, den Verteilungsmaßstab festzusetzen; die KÄV hatte dabei lediglich das Benehmen mit den Krankenkassen herzustellen. Erst seit dem 01.07.2004 ist der Verteilungsmaßstab mit den Verbänden der Krankenkassen zu vereinbaren ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) i.d.F. des GKV-Modernisierungsgesetzes [GMG] vom 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#)). Regelungen in einem Gesamtvertrag waren daher – auch angesichts von Art. 26 Satz 2 GSG – ab 01.01.1993 keine tragfähige Rechtsgrundlage für die Verteilung der Gesamtvergütungen der Ersatzkassen.

Aus diesem Grunde hat das SG in einem Parallelverfahren die Beklagte unter Aufhebung der entsprechenden Honorarbescheide zur erneuten Entscheidung über die Honoraransprüche der dortigen Klägerinnen in den Quartalen II/1994 bis II/1995 verurteilt, in denen der HVM der Beklagten für den Ersatzkassenbereich die Verteilung der Gesamtvergütung nicht geregelt hat (Urteil vom 21.03.2001 - [S 11 KA 58/95](#)). Dieses Urteil ist insoweit nicht mit der Berufung angefochten worden.

(2) Das SG hat in diesem Urteil die Beklagte auch für die Quartale III und IV/1995 zur Neuverbescheidung verurteilt, weil auch in dieser Zeit im HVM der Beklagten für die Honoraransprüche der Laborärzte keine ausreichende Verteilungsregelung vorhanden war. Auch insoweit ist das Urteil mangels Berufung rechtskräftig geworden.

Der vom 01.07.1995 bis zum 31.12.1995 gültige HVM vom 13.05.1995 regelte ausdrücklich auch die Verteilung der Gesamtvergütungszahlungen der Ersatzkassen (§ 1 Satz 1 HVM vom 13.05.1995). Die von den Ersatzkassen bezahlten Gesamtvergütungsanteile wurden – wie diejenigen der Primärkassen – in einem separaten Honorarfonds zusammengeführt (§ 2 Abs. 2 HVM vom 13.05.1995). Der Honorarfonds der Ersatzkassen wurde – orientiert an den Empfehlungen der KÄBV – in mehrere Leistungsanteile, insbesondere in einen für Laborleistungen aufgeteilt; für jeden dieser Fondsanteile ergab sich ein eigener Punktwert (§ 2 Abs. 7 HVM vom 13.05.1995).

Dem ersten Anschein nach war damit im Ersatzkassenbereich ein einheitliches leistungsbezogenes Teilbudget für alle Laborleistungen gebildet. In der Praxis wurde aber auch ab dem Quartal III/1995 für die Leistungen des Basislabors nach Abschnitt O I/II EBM-Ä und für die

Leistungen des Speziallabors nach Abschnitt O III EBM-Ä je ein eigener Punktwert gebildet. Hierfür hatte es bis zum Quartal II/1995 – wie bereits ausgeführt wurde – eine Rechtsgrundlage in einem HVM der Beklagten nicht gegeben. Vielmehr hatte die KÄBV, derer sich die Beklagte für die Durchführung der Honorarverteilung im Ersatzkassenbereich bedient hatte, diese Aufteilung vorgenommen. An dieser Praxis änderte sich ab dem Quartal III/1995 nichts. Soweit für diese Zeit in § 2 Abs. 7 HVM vom 13.05.1995 von einer Orientierung an den Empfehlungen der KÄBV die Rede ist, genügt dies nach Auffassung des SG in dem erwähnten Urteil vom 21.03.2001 ([S 11 KA 58/95](#)) nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit von Rechtsnormen. Vor dem Hintergrund des Urteils des BSG vom 29.09.1993 ([6 RKA 65/91](#) - [BSGE 73, 131](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#)), auf das die erwähnte Praxis der KÄBV reagierte, erscheint dies nur folgerichtig. Nach diesem Urteil ist zwar die Bildung von leistungsbezogenen Teilbudgets für Laborleistungen zulässig; doch ist die Vergütung sämtlicher Laborleistungen mit einem einheitlichen, von der Höhe des zur Verfügung stehenden Budgets und der Leistungsmenge abhängigen Punktwert rechtswidrig, weil damit die Unterschiede zwischen den Leistungen des Basis- und denjenigen des Speziallabors vernachlässigt werden (BSG, Urteil vom 29.09.1993 - [6 RKA 65/91](#) - [BSGE 73, 131](#), 139 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#); s.a. Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#) S. 314).

(3) Damit beruhte die Honorarverteilung im Ersatzkassenbereich im gesamten Jahr 1995 auf ungenügenden Rechtsgrundlagen, soweit es um Laborleistungen geht. Daraus folgt indessen nicht, dass die Beklagte beim Zuschuss des Facharztfonds der Laborärzte nicht an den Durchschnittsanteil dieser Fachgruppe an der Gesamtvergütung im Jahr 1995 anknüpfen durfte. Denn die bloß formelle Rechtswidrigkeit einer Vergütungsregelung führt nicht dazu, dass die auf ihrer Grundlage gewonnenen Abrechnungsergebnisse einer späteren Vergütungsregelung nicht zugrunde gelegt werden dürfen. Aus diesem Grunde hat das BSG die Berechnung der regionalisierten Praxisbudgets unter Heranziehung der teilbudgetierten Abrechnungswerte des ersten Halbjahres 1996 nicht beanstandet (Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 80/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#) Rn. 15), obwohl es die rückwirkend für die ersten beiden Quartale des Jahres 1996 eingeführte Teilbudgetierung von bestimmten Gesprächs- und Untersuchungsleistungen als verfassungswidrig erachtet hatte (dazu BSG, Urteil vom 17.09.1997 - [6 RKA 36/97](#) - [BSGE 81, 86](#), 88 = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 18](#)).

b) Auch die in der Sache gegen die im Jahr 1995 im Ersatzkassenbereich praktizierte Honorarverteilung erhobenen Einwendungen greifen nicht durch. Weder wurde in dem Referenzzeitraum für den Zuschuss des Honorarfonds der Laborärzte unzulässigerweise nicht zwischen Basis- und Speziallabor differenziert (1) noch ist die Absenkung des Budgets für Laborleistungen um 20 % zu beanstanden (2).

(1) Anders als im Primärkassenbereich, in dem 1995 die Laborleistungen mit dem für das Gros der Leistungen geltenden Punktwert vergütet wurden, erfolgte die Punktwertberechnung im Ersatzkassenbereich in der Praxis – wenn auch ohne gültige Rechtsgrundlage – ausgehend von einem Teilbudget für Laborleistungen. Dieses Teilbudget wurde ab dem Quartal II/1994 um 20 % abgesenkt und die betreffenden Mittel dem Teilbudget der übrigen Leistungen zugeführt. Dies hat einen Niederschlag im Vertrag zwischen der Beklagten und den Verbänden der Ersatzkassen über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 1994 gefunden, in dessen Nr. 2.7 bestimmt war, dass beginnend mit dem Quartal II/1994 die Teilsumme der Gesamtvergütung für Laboratoriumsleistungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal um 20 % abgesenkt und die Teilsumme für die vertragsärztliche Behandlung allgemein entsprechend erhöht wird. Des Weiteren wurde das Teilbudget für Laborleistungen in einen Fonds für O I/II-Leistungen und einen Fonds für O III-Leistungen unterteilt. Hierauf bezieht sich Nr. 2.7 der Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 1995, in der für das Budget O I und O II ein Interventionspunktwert von 6,0 Pf sowie für das Budget O III ein solcher von 6,5 Pf festgelegt wurde.

Mit der Aufspaltung des Teilbudgets für Laborleistungen in einen Fonds für Basislaborleistungen nach dem Abschnitt O I/II EBM-Ä und in einen Fonds für Speziallaborleistungen nach dem Abschnitt O III EBM-Ä ist den Maßstäben entsprochen worden, die das BSG in dem bereits erwähnten Urteil vom 29.09.1993 ([6 RKA 65/91](#) - [BSGE 73, 131](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#)) entwickelt hat. Danach muss bei Bildung von leistungsbezogenen Teilbudgets für Laborleistungen den Unterschieden Rechnung getragen werden, die zwischen den Leistungen des Basis- und denjenigen des Speziallabors bestehen (BSG, Urteil vom 29.09.1993 - [6 RKA 65/91](#) - [BSGE 73, 131](#), 139 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#)). Dies kann insbesondere – wie hier – durch Bildung getrennter Fonds für O I/II- und für O III-Leistungen geschehen (vgl. BSG Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#) S. 312). Denn dadurch wird wirksam verhindert, dass durch Mengenausweitungen im Bereich des Basislabors nicht nur der Punktwert für diese Leistungen, sondern mittelbar auch der Punktwert für Leistungen des Speziallabors absinkt.

Zu keiner anderen Beurteilung führt, dass der Punktwert für die O I/II-Leistungen bis zum Quartal I/1995 höher war als derjenige für die O III-Leistungen. Denn die relativ hohen Punktwerte, die die O I/II-Leistungen zunächst erzielt hatten, war der Budgetierung geschuldet, die zum 01.04.1994 bei den O I-Leistungen in den EBM-Ä eingeführt worden war. Danach waren kurativ-ambulante Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschnitt O I des EBM-Ä – von bestimmten Ausnahmen abgesehen – je Arztpraxis und Abrechnungsquartal (nur) bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl berechnungs- und damit vergütungsfähig, deren Höhe sich aus dem Produkt der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Behandlungsfälle je Arztpraxis ergab (zur Rechtmäßigkeit des Praxisbudgets für Basislaborleistungen siehe BSG, Urteil vom 20.03.1996 - [6 RKA 51/95](#) - [BSGE 78, 98](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 12](#) sowie Urteile vom 29.01.1997 - [6 RKA 3/96](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 15](#) und - [6 RKA 18/96](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 16](#)). Diese Budgetierung führte zu einer Verringerung der Punktmengenanforderungen und in der Folge zu einer Erhöhung der Punktwerte im Basislabor. Aus den Punktwertdifferenzen, zu denen die Budgetierung geführt hat, kann aber nicht auf eine unzulässige Benachteiligung der – nicht budgetierten – Speziallaborleistungen geschlossen werden.

(2) Auch die Absenkung des Teilbudgets für Laborleistungen und damit sowohl des Fonds für O I/II-Leistungen als auch desjenigen für O III-Leistungen um 20 % ist Folge der rechtmäßigen Umstrukturierung des Laborkapitels im EBM-Ä zum 01.04.1994.

Das GSG hatte dem Bewertungsausschuss aufgegeben, im EBM-Ä die Laborleistungen dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung anzupassen und dabei die Möglichkeit struktureller Veränderungen der Versorgung mit einzubeziehen ([§ 87 Abs. 2b SGB V](#)). Die vom Bewertungsausschuss daraufhin beschlossene Neuordnung ist zum 01.04.1994 in Kraft getreten (Deutsches Ärzteblatt [DÄ] 1994, A-767). Bei dieser Umgestaltung des Laborkapitels wurden im Bereich des Basislabors eine Reduzierung des Punktzahlvolumens um 20 % und im Bereich des Speziallabors um etwa 15 % angestrebt (vgl. BSG, Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#) S. 315 mit Nachweisen). Wird im EBM-Ä in einem solchen Umfang das Punktzahlvolumen reduziert, ist es nur folgerichtig, auf Honorarverteilungsebene die Punktwerte entsprechend abzusenken, da andernfalls die Punktwerte steigen würden und die von der Umstrukturierung erwarteten Verteilungswirkungen unterlaufen werden könnten. Das BSG hat es daher gebilligt, dass die

Teilbudgets für Laborleistungen in dem gleichen Verhältnis abgesenkt werden dürfen, in dem die punktzahlmäßigen Bewertungen im EBM-Ä reduziert werden. Es hat es dabei sogar für rechtens erachtet, dass der Topf für O III-Leistungen um 20 % abgesenkt wird, obwohl der Bewertungsausschuss im Bereich des Speziallabors das Punktzahlvolumen nur um etwa 15 % reduzieren wollte, jedenfalls so-lange dies mit einem Interventionspunkt看wert abgestützt war und sofern nach Abrechnung mehrerer Quartale überprüft wurde, ob dies zu unerträglichen Verwerfungen zulasten der Laborärzte geführt hat (BSG, Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#) S. 315 f.). Da diese Überprüfung der Punktwertabsenkung ihre Rechtfertigung als Anfangs- und Erprobungsregelung nicht nachträglich entzieht, kann sie nur zu einer Pflicht zur Anpassung für die Zukunft führen.

Im Jahr 1995 war der Zeitraum, den das BSG den KÄVen für die Überprüfung zugesteht, noch nicht abgeschlossen. Daher war die Beklagte nicht gehindert, den Anteil der Labor-ärzte an der Gesamtvergütung im Jahr 1995 beim Zuschnitt ihres Honorarfonds zugrunde zu legen. Demgegenüber hat – entgegen der Auffassung des Klägers – eine Pflicht der Be-klagten, den Laborärzten im Nachhinein die Differenz zu der tatsächlich durch die Um-gestaltung des Abschnitts O III EBM-Ä erfolgten Reduzierung des Punktzahlvolumens gutzuschreiben, nicht bestanden.

Zu einem anderen Ergebnis führt es auch nicht, dass bei der Beklagten – anders als in dem vom BSG beurteilten Fall – weder die Punktwertabsenkung noch der Interventionspunkt看wert im HVM geregelt waren. Entscheidend ist vielmehr allein, dass die Bestimmung des Punktwertes für die O III-Leistungen, wie sie bei der Beklagten 1995 im Ersatzkassenbe-reich gehandhabt wurde, in der Sache rechtlich nicht zu beanstanden ist.

c) Keine durchgreifenden Bedenken bestehen dagegen, dass die Beklagte sowohl im Er-satzkassen- als auch im Primärkassenbereich beim Zuschnitt des Fonds der Laborärzte an deren Gesamtvergütungsanteil im Jahr 1995 angeknüpft hat, obwohl in diesem Jahr das zum 01.04.1994 in § 25 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 28 Abs. 2 EKV-Ä eingeführte Verbot, Basislaboruntersuchungen nach Abschnitt O I EBM-Ä auf Überweisung erbringen zu lassen, noch befolgt worden war. Erst in einem Urteil vom 20.03.1996 ([6 RKA 21/95](#) - [BSGE 78, 91](#) = [SozR 3-5540 § 25 Nr. 2](#)) hat das BSG dieses Überweisungsverbot für unwirksam erklärt, weil die Parteien der Bundesmantelverträge für die damit verbundene Beschränkung des Zulassungsstatus der Laborärzte einer speziel-len gesetzlichen Ermächtigung bedurft hätten.

Dieses Überweisungsverbot ist auch im Bezirk der Beklagten weitgehend befolgt worden. Nur eine Laborarztpraxis hatte auf Überweisung erbrachte Basislaborleistungen nach Abschnitt O I EBM-Ä abgerechnet. Diese Leistungen sind von der Beklagten nach Bekannt-werden des BSG-Urteils vom 20.03.1996 mit dem Honorarbescheid für das Quartal II/1996 nachvergütet worden; dabei erfolgte für die Quartale I/1995 bis IV/1995 eine Nachzahlung von 128.008,24 DM.

(1) Die Beklagte war berechtigt, diese erst im Jahr 1996 geleisteten Nachzahlungen bei der Bestimmung des Gesamtvergütungsanteils der Laborärzte im Jahr 1995 außer acht zu las-sen. Es ist nicht zu beanstanden, bei der Bestimmung der Gesamtvergütungsanteile eines Referenzzeitraums nur die Gesamthonorare zu berücksichtigen, die aufgrund der Honorar-bescheide für diesen Zeitraum ausgezahlt wurden. Eine KÄV ist nicht verpflichtet, bei Nachvergütungen die bereits durchgeführte Honorarverteilung neu aufzurollen (BSG, Ur-teil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 84/03 R](#) - veröffentlicht in juris). Damit fallen Nachvergü-tungen für Quartale des Referenzzeitraums, die erst aufgrund späterer Honorarbescheide erfolgen, aus der Berechnung des Gesamtvergütungsanteils heraus. Dies ist schon aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität zwingend erforderlich, da andernfalls eine verläss-liche Datengrundlage für die Bestimmung der Gesamtvergütungsanteile der Honorargrup-pen kurzfristig gar nicht und auch auf lange Sicht nur schwer zu erreichen wäre.

Dies kann zwar – wie hier – nicht nur dazu führen, dass nachträglich abgerechnete Leistungen einem anderen Quartal zugerechnet werden, sondern auch, dass Leistungen, die zunächst rechtswidrig nicht vergütet wurden, erst in dem Auszahlungsquartal zu Buche schlagen. Gleichwohl kann daraus schon wegen der geringen Höhe des hier in Rede ste-henden Betrages nicht abgeleitet werden, dass der Facharztfonds der Laborärzte deshalb rechtswidrig zugeschnitten wäre. Denn auf das Jahr 1995 bezogen beliefen sich die im Hinblick auf das Überweisungsverbot geleisteten Nachzahlungen auf lediglich 128.008,24 DM. Bei einem durchschnittlichen Umsatz der Laborärzte von 2.219.086 DM im Jahr 1995 und 34 Laborärzten in diesem Jahr hätte eine Berücksichtigung der erwähnten Nachzahlungen nur marginale Auswirkungen auf die Höhe des Gesamtvergütungsanteils der La-borärzte gehabt. Derart marginale Auswirkungen durfte die Beklagte, die als HVM-Normgeber auch zu Typisierungen, Generalisierungen und Pauschalierungen berechtigt ist, außer Acht lassen.

(2) Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, bei der Bestimmung des Gesamtvergütungs-anteils der Laborärzte über die diesen tatsächlich für das Jahr 1995 vergüteten Leistungen hinaus auch noch – hypothetisch – die Leistungen zu berücksichtigen, die die Laborärzte ohne das Überweisungsverbot für Basislaborleistungen nach Abschnitt O I EBM-Ä er-bracht und abgerechnet hätten. Auch wenn – wie der Kläger vorgebracht hat – der Umfang der ab dem Quartal III/1996 durch die Laborärzte erbrachten O I-Leistungen ziemlich genau dem Umfang der vor dem Quartal II/1994 durch diese erbrachten O I-Leistungen ent-sprochen haben sollte, so besteht doch jedenfalls keine Pflicht des HVM-Normgebers, beim Zuschnitt von Facharzttopfen statt an die tatsächliche Situation in einem Referenzzeitraum auf hypothetische Geschehensverläufe abzustellen. Etwas anderes kann auch in einem Fall, wie dem vorliegenden, in dem eine rechtswidrige Vergütungsregelung die tat-sächliche Situation beeinflusst hat, nicht gelten.

(3) Zu einer anderen Beurteilung führt auch nicht der Umstand, dass der Beklagten bei Schaffung der Honorarverteilungsregelungen, die ab dem 01.07.1996 galten (HVM vom 23.11.1996), das Urteil des BSG zum Überweisungsverbot bekannt gewesen sein musste und diese hätte erkennen können, dass es infolge dieses Urteils bei den Laborärzten gegen-über dem Referenzzeitraum – damals noch die entsprechenden Quartale des Jahres 1995 (§ 2 Abs. 4 Satz 1 HVM vom 23.11.1996) – zu einer Ausweitung der Leistungsmenge kom-men würde. Welchen Umfang diese Leistungsentwicklung haben würde, war damals nicht absehbar. Ein Rückgriff auf Erfahrungswerte aus der Zeit vor dem 01.04.1994 lag nicht unbedingt nahe, weil zu diesem Zeitpunkt nicht nur das Verbot, Basislaboruntersuchungen nach Abschnitt O I EBM-Ä auf Überweisung erbringen zu lassen, in § 25 Abs. 2 BMV-Ä und § 28 Abs. 2 EKV-Ä eingeführt, sondern auch das gesamte Laborkapitel im EBM-Ä umstrukturiert worden war. Eine retrospektive Betrachtungsweise, wie sie vom Kläger nunmehr angestellt wird, schied bei Erlass der Honorarverteilungsregelungen aus.

Doch selbst bei Zugrundelegung der vom Kläger vorgebrachten Werte, wäre die Beklagte berechtigt gewesen, den Honorarfonds der Laborärzte nach deren tatsächlichem Anteil an der Gesamtvergütung des Jahres 1995 zu berechnen. Denn die Anknüpfung an das Jahr 1995

war bei der Einführung der arztgruppenbezogenen Honorarkontingente zum Quartal III/1996 als Anfangs- und Erprobungsregelung hinzunehmen.

Das BSG billigt Normgebern im Vertragsarztrecht seit jeher bei der Neuregelung komplexer Materien erweiterte Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräume zu, 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 (siehe nur BSG, Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) - [BSGE 88, 126](#), 137 = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#) betreffend den Bewertungsausschuss; vgl. auch BSG, Urteil vom 13.11.1996 - [6 RKA 15/96](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 16](#) S. 107 betreffend einen HVM). Mit dieser relativ weiten Gestaltungsfreiheit korrespondiert allerdings eine Beobachtungs- und gegebenenfalls Nachbesserungspflicht des Normgebers, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne betroffene Normadressaten unzumutbar geworden sind. 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 (BSG, Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) - [BSGE 88, 126](#), 138 = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#); Urteil vom 13.11.1996 - [6 RKA 15/96](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 16](#) S. 107).

Der Beklagten stand als HVM-Normgeber bei der bei Einführung der arztgruppenbezogenen Honorarkontingente zum Quartal III/1996 ein Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielraum hinsichtlich des Zuschnitts des Honorarfonds der Laborärzte zu. Dieser Spielraum bestand auch hinsichtlich der Auswirkungen des bei Erlass des HVM vom 23.11.1996 bekannten Urteils des BSG vom 20.03.1996 ([6 RKA 21/95](#) - [BSGE 78, 91](#) = [SozR 3-5540 § 25 Nr. 2](#)) zur Rechtswidrigkeit des Überweisungsverbots für Basislaborleistungen. Zwar war aufgrund dieses Urteils damit zu rechnen, dass die Laborärzte in weitem Umfang Leistungen erbringen und abrechnen würden, als dies in dem Referenzzeitraum der Fall war, in dem das Überweisungsverbot noch beachtet worden war. Doch ließen sich die Auswirkungen dieses Urteils nicht in allen Einzelheiten übersehen. Insbesondere stand nicht fest, dass von den Laborärzten Basislaborleistungen nach Wegfall des Überweisungsverbots wieder in dem Umfang erbracht würden, wie vor dessen Einführung zum 01.04.1994. Einer Anknüpfung an verschiedene Referenzzeiträume - für Speziallaborleistungen an die entsprechenden Quartale des Jahres 1995, für Basislaborleistungen an die entsprechenden letzten Quartale vor Einführung des Überweisungsverbots (d.h. II/1993 bis I/1994) - hätte Schwierigkeiten bereitet, weil diese Zeiträume nicht unbedingt vergleichbar sein mussten. Aus diesem Grunde war die Beklagte - auch angesichts des prozentual geringen Umfangs der betroffenen Leistungen (nach Angaben des Klägers bei retrospektiver Betrachtung 1,7 bis 2 % der Honorarsumme der Laborärzte) - berechtigt, die Auswirkungen des Wegfalls des Überweisungsverbots für Basislaborleistungen bei Einführung arztgruppenbezogener Honorarkontingente unberücksichtigt zu lassen. Sie war allerdings zur Beobachtung und gegebenenfalls zur Nachbesserung des Zuschnitts des Honorarstopfes der Laborärzte verpflichtet. Damit sich aus der Beobachtungs- auch eine Reaktionspflicht ergeben konnte, mussten erst die Abrechnungsergebnisse mehrerer Quartale vorliegen, um beurteilen zu können, welche Auswirkungen der Wegfall des Überweisungsverbots für Basislaborleistungen auf Dauer hat. Angesichts der Schwankungen, denen die Erbringung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gewöhnlich innerhalb eines Kalenderjahres unterliegen, durfte die Beklagte auf jeden Fall abwarten, bis die Abrechnungsergebnisse der ersten vier Quartale nach Einführung arztgruppenbezogener Honorarkontingente vorlagen. Diese Frist war bis zu dem letzten hier streitigen Quartal (I/1998) nicht verstrichen. Hierbei ist der Beklagten nach Kenntnis der Ergebnisse eine kurze, aber gleichwohl angemessene Prüfungs- und Überlegungsfrist einzuräumen. Schon aus diesem Grunde war die Beklagten nicht verpflichtet gewesen, in den Zuschnitt der Honorarstopfe zugunsten der Laborärzte korrigierend einzugreifen.

3. Auch im Hinblick auf das Gebot der Angemessenheit der Vergütung kann der Kläger ein höheres Honorar nicht beanspruchen.

Das BSG hat in Urteilen vom 09.12.2004 (u.a. [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 116 ff.) im Einzelnen ausgeführt, nach welchen gesetzlichen und verfassungsrechtlichen Grundsätzen die Angemessenheit der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen zu beurteilen ist. Das BSG hat dabei zunächst an seiner Rechtsprechung festgehalten, dass aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar erst dann in Betracht kommt, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zu mindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 117 ff. m.w.N.). Auch unmittelbar aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) ergibt sich kein wesentlich weitergehender Vergütungsanspruch. Denn in diesem Zusammenhang ist ein Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen der Vertragsärzte und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten vorzunehmen. Dieser Ausgleich ist erst dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert (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, überhaupt vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 126 ff.; so bereits BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 21 f.). Bezugspunkt des Gebotes einer angemessenen Vergütung ist immer die vertragsärztliche Tätigkeit als Ganzes; aus ihm kann ein Anspruch auf eine bestimmte Vergütung einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe regelmäßig nicht hergeleitet werden (so bereits BSG, 7.2.1996 - [6 RKA 6/95](#) - [SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1 S. 5 f.](#)).

Zutreffend hat das SG darauf hingewiesen, dass eine generelle Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung auf laborärztlichem Gebiet nicht ersichtlich ist. Dagegen spricht schon, dass im Bezirk der Beklagten die Anzahl der Laborärzte von 34 im Jahr 1995 auf 37 im Jahr 1997 gestiegen ist. Der durchschnittliche Umsatz der Laborärzte bewegte sich in dieser Zeit im Bezirk der Beklagten je Arzt um 2.000.000 DM (1995: 2.219.086 DM; 1996: 2.033.283 DM; 1997: 1.961.516 DM; 1998: 2.117.888 DM); erst infolge der Reform des Laborkapitels im EBM-Ä zum 01.07.1999 brach er ein (1999: 1.612.330 DM). Diese Durchschnittswerte überstieg der Umsatz des Klägers in den streitigen Quartalen. Dass er gleichwohl seine Praxis als gefährdet ansah, reicht nicht aus. Denn aus dem Gebot angemessener Vergütung folgt nicht die Pflicht, die Existenz jeder einzelnen vertragsärztlichen Praxis zu gewährleisten. Gegen die allein maßgebliche Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung spricht aber, dass in den streitigen Quartalen nicht nur in Sachsen, sondern auch im Bundesgebiet ein insgesamt ausreichendes Angebot laborärztlicher Leistungserbringer bestand. Dies kann nicht außer Betracht bleiben, da für die Durchführung von Laboruntersuchungen ein unmittelbarer Patientenkontakt nicht erforderlich ist.

Auch der vom Kläger angestellte Vergleich mit der Vergütung nach der Laborreform zum 01.07.1999 führt zu keinem anderen Ergebnis. Bei dieser umfassenden Neuordnung des Laborkapitels des EBM-Ä sind für die analytischen Leistungen, d.h. die Laboruntersuchungen im technischen Sinne, bundesweit einheitliche Kostensätze festgelegt worden (vgl. die Anhänge zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä). Für die ärztlichen Leistungen, d.h. die Indikation, Veranlassung, Befundung und Interpretation, sind eine Laborgrundgebühr (Nr. 3450 EBM-Ä), eine Gebühr für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Laborleistungen (Nr. 3452 EBM-Ä) und Grundpauschalen für Auftragsleistungen (Nr. 3454 und 3456 EBM-Ä) eingeführt worden. Entgegen der Auffassung des Klägers lassen sich aus den in den Anhängen zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä festgelegten Kostensätzen keine Rückschlüsse auf die zur Kostendeckung erforderliche Höhe der Punktwerte vor dem 01.07.1999 ziehen. Dem steht bereits die umfassende Umgestaltung des Laborkapitels entgegen, die eine einfache Umrechnung der einzelnen Kostensätze in einen für deren Erreichung allgemein erforderlichen Punktwert nicht zulässt. Bei der Laborreform zum 01.07.1999 sind nicht einfach EBM-Ä-Punkte in DM-Beträge umgewandelt worden, vielmehr ist auch die Bewertung der Leistungen selbst abgeändert worden. Aus diesem Grunde haben die Klägerinnen in dem Parallelverfahren [L 1 KA 20/01](#) zum Beleg für einen kostendeckenden Mindestpunktwert von 5 Pf nicht eine einzelne Laborleistung, sondern alle von ihnen im Jahr 1998 erbrachten Leistungen herangezogen und für diese Leistungen eine Vergleichsberechnung auf der Basis der Laborreform zum 01.07.1999 angestellt. Damit hängt das Ergebnis dieser Vergleichsberechnung entscheidend vom Leistungsprofil einer einzelnen Praxis ab. Eine solche Vergleichsberechnung lässt Rückschlüsse auf den Punktwert der Laborärzte nicht zu. Denn nach dem HVM der Beklagten wurde in der streitigen Zeit der Punktwert nicht individuell für die einzelne Praxis, sondern für alle Praxen einer Facharztgruppe ermittelt.

Auch grundsätzliche Erwägungen stehen einem Rückschluss von den ab dem 01.07.1999 in den Anhängen zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä festgelegten Kostensätzen auf die vor dem 01.07.1999 zur Kostendeckung erforderliche Höhe des Punktwerts entgegen. Im Zuge der Laborreform erfolgte die Neubewertung der Kosten auf DM-Basis an-hand betriebswirtschaftlicher Erhebungen; hierfür wurden 6 Laborgemeinschaften und 20 Laborarztpraxen herangezogen; die kostengünstigere Hälfte diente als Basis für die Kalkulation der Herstellungskosten (vgl. Maus, DÄ 1998, A-1356 f.). Die so berechneten Herstellungskosten wurden mit einem Aufschlag für das unternehmerische Risiko versehen (vgl. Der neue Labor-EBM, Sonderdruck der Ärzte Zeitung, S. 16). Grund für die ungewöhnliche und nach [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) im EBM-Ä selbst nicht mögliche bundesweite Festlegung von Geldbeträgen für die Vergütung einzelner vertragsärztlicher Leistungen waren auch die Punktwertunterschiede, die zwischen den einzelnen KÄVen bestanden (zu den Folgen siehe: Der neue Labor-EBM, Sonderdruck der Ärzte Zeitung, S. 13). Die Kostensätze stellen im Gegensatz zu anderen Kostenerstattungen keinen bloßen Durchlaufposten dar; vielmehr muss der Laborarzt aus ihnen angesichts der relativ niedrigen Grundpauschalen für Auftragsleistungen (Nr. 3454 und 3456 EBM-Ä) auch seinen Gewinn erwirtschaften. Dafür, dass dies durchaus beabsichtigt war, spricht der Aufschlag mit dem die in der betriebswirtschaftlichen Erhebung ermittelten Herstellungskosten versehen wurden. Vor diesem Hintergrund ist es nicht möglich, aus den ab 01.07.1999 in den Anhängen zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä festgelegten Kostensätzen auf eine in den hier streitigen Quartalen III/1996 bis IV/1997 zur Kostendeckung zwingend erforderliche Vergütungshöhe zu schließen. Der von Klägerseite insoweit begehrte Mindestpunktwert von 5,0 Pf, der ohnehin nur in den Quartalen I und II/1997 sowie I/1998 unterschritten wurde, lässt sich auch deshalb aus dem Gebot der Angemessenheit der Vergütung nicht ableiten.

4. Schließlich lässt sich – wie das SG zu Recht erkannt hat – ein Anspruch auf höheres Honorar auch nicht mit dem Vorbringen begründen, die Gesamtvergütungen seien für die Jahre 1996 bis 1997 zu niedrig vereinbart worden. Wie das BSG entschieden hat, sind im Honorarrechtsstreit zwischen Vertragsarzt und KÄV Vereinbarungen über die Höhe der Gesamtvergütung nicht zu überprüfen (BSG, Urteil vom 31.08.2005 – [B 6 KA 6/04 R](#) – [BSGE 95, 86](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 21](#) – unter Bestätigung des Urteils des erkennenden Senats vom 12.02.2003 – [L 1 KA 12/00](#) – veröffentlicht in juris).

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 01.01.2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl. BSG, Urteil vom 30.01.2002 – [B 6 KA 12/01 R](#) – [SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#) S. 115 ff.).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) bestehen nicht. Insbesondere hat die von Klägerseite aufgeworfene Frage, ob eine KÄV für den Zuschnitt von Honorartöpfen einen Referenzzeitraum wählen darf, in dem die Honorarverteilung nicht in rechtlich einwandfreier Weise geregelt war, keine grundsätzliche Bedeutung im Sinne des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#). Soweit sich diese Frage auf das Fehlen wirksamer Honorarverteilungsregelungen bezieht, ist in der Rechtsprechung des BSG geklärt, dass Abrechnungsergebnisse nicht allein deshalb einer späteren Vergütungsregelung nicht zugrunde gelegt werden dürfen, weil ihre Rechtsgrundlage unter formellen Mängeln litt (BSG, Urteil vom 22.06.2005 – [B 6 KA 80/03 R](#) – [SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#) Rn. 15). Aber auch soweit sich die Frage auf das im Jahr 1995 noch beachtete Überweisungsverbot für O I-Leistungen bezieht, ist deren Klärungsbedürftigkeit nicht zu erkennen. Denn die Beklagte war – wie oben ausgeführt wurde – bei typisierender und generalisierender Betrachtungsweise berechtigt, diese Leistungen beim Zuschnitt des Honorarfonds der Laborärzte außer Betracht zu lassen. Dass auch eine KÄV beim Erlass eines HVM zu Typisierungen, Generalisierungen und Pauschalisierungen befugt ist, bedarf keiner revisionsgerichtlichen Klärung.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2007-02-15