

S 18 KA 118/11

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 118/11

Datum

21.01.2015

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

(1.) Die Befugnis des Bewertungsausschusses zur Bewertung vertragsärztlicher Leistungen in Punkten hinderte den Bewertungsausschuss nicht, den Partnern der Gesamtverträge zu gestatten, von den Partnern der Bundesmantelverträge in Euro bewertete Kosten laboranalytischer Leistungen des Kapitels 32 EBM im Rahmen der Honorarverteilung im Quartal I/2010 einer Quotierung zu unterwerfen, deren Auswirkungen den ursprünglichen Zielen der Bewertung in Euro zuwider laufen.

(2.) Die Regelungen über die Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften und die Begrenzung der Kostenerstattungen auf die tatsächlichen Kosten der Laborgemeinschaft (Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM, § 25 Abs. 3 BMV-Ä, § 28 Abs. 3 EKV) stehen einer Quotierung der Kostenerstattungen für laboranalytische Leistungen, die bei Laborgemeinschaften bezogen werden, auf Ebene der Honorarverteilung nicht entgegen

(3.) zu LS (1.): Anschluss an Sozialgericht Hamburg, Urteil vom 25.06.2014, Az. [S 27 KA 151/11](#) (anhängig BSG, Az. [B 6 KA 33/14 R](#)) und Sozialgericht Dresden, Urteil vom 03.09.2014, Az. [S 18 KA 167/11](#) (anhängig BSG, Az. [B 6 KA 44/14 R](#))

(4.) zu LS (2.): entgegen Sozialgericht Hamburg, Urteil vom 15.06.2014, Az. [S 27 KA 152/11](#) (anhängig BSG, Az. [B 6 KA 34/14 R](#))

I. Die Klage wird abgewiesen. II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin. III. Der Streitwert wird auf 8.272,04 EUR festgesetzt. IV. Die Revision ist zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Quotierung der Vergütung laboranalytischer Untersuchungen. Bei der Klägerin handelt es sich um eine vertragsärztliche Laborgemeinschaft gemäß [§ 105 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), § 1a Nr. 14, § 25 Abs. 3 Satz 7 BMV Ä bzw. bis zum 30.09.2013 § 1a, § 28 Abs. 3 Satz 7 EKV in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Mit Honorarbescheid vom 26.07.2010 für das Quartal I/2010 setzte die Beklagte das Honorar für die bei der Klägerin bezogenen Leistungen zu Gunsten gesetzlich krankenversicherter Patienten auf 391.053,27 EUR fest. Hiervon entfielen 385.548,27 EUR auf die Vergütung laboranalytischer Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM. Dieser Betrag ergab sich aus der Summe der Ansätze zu den in Euro ausgewiesenen Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, welche die Beklagte mit dem Faktor 0,9784890 quotiert und auf volle Cent aufgerundet hatte. Aus der Quotierung der Ansätze ergaben sich bei folgenden Gebührenordnungspositionen rechnerische Kürzungen im Vergleich mit der Abrechnung zu den Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes: GOP Ansätze Wert nach EBM Wert quotiert Differenz je GOP Summe je GOP Summe 32030 971 0,50 EUR 485,50 EUR 0,49 EUR 475,79 EUR 9,71 EUR 32092 719 1,15 EUR 826,85 EUR 1,13 EUR 812,47 EUR 14,38 EUR 32094 30.978 4,00 EUR 123.912,00 EUR 3,92 EUR 121.433,76 EUR 2.478,24 EUR 32101 21.750 3,00 EUR 65.250,00 EUR 2,94 EUR 63.945,00 EUR 1.305,00 EUR 32103 5.320 0,60 EUR 3.192,00 EUR 0,59 EUR 3.138,80 EUR 53,20 EUR 32104 5.446 0,60 EUR 3.267,60 EUR 0,59 EUR 3.213,14 EUR 54,46 EUR 32105 5.447 0,60 EUR 3.268,20 EUR 0,59 EUR 3.213,73 EUR 54,47 EUR 32106 5.396 0,60 EUR 3.237,60 EUR 0,59 EUR 3.183,64 EUR 53,96 EUR 32107 7.399 0,75 EUR 5.549,25 EUR 0,74 EUR 5.475,26 EUR 73,99 EUR 32112 4.844 0,60 EUR 2.906,40 EUR 0,59 EUR 2.857,96 EUR 48,44 EUR 32113 23.924 0,60 EUR 14.354,40 EUR 0,59 EUR 14.115,16 EUR 239,24 EUR 32115 52 0,75 EUR 39,00 EUR 0,74 EUR 38,48 EUR 0,52 EUR 32116 32 0,75 EUR 24,00 EUR 0,74 EUR 23,68 EUR 0,32 EUR 32118 2.289 1,55 EUR 3.547,95 EUR 1,52 EUR 3.479,28 EUR 68,67 EUR 32120 47.177 0,50 EUR 23.588,50 EUR 0,49 EUR 23.116,73 EUR 471,77 EUR 32121 16.631 0,60 EUR 9.978,60 EUR 0,59 EUR 9.812,29 EUR 166,31 EUR 32122 24 1,10 EUR 26,40 EUR 1,08 EUR 25,92 EUR 0,48 EUR 32125 259 1,45 EUR 375,55 EUR 1,42 EUR 367,78 EUR 7,77 EUR 32128 5.333 1,15 EUR 6.132,95 EUR 1,13 EUR 6.026,29 EUR 106,66 EUR 32130 2.299 1,15 EUR 2.643,85 EUR 1,13 EUR 2.597,87 EUR 45,98 EUR 32135 772 1,55 EUR 1.196,60 EUR 1,52 EUR 1.173,44 EUR 23,16 EUR 5.276,73 EUR Mit ihrem am 12.08.2010 erhobenen Widerspruch vom 30.07.2010 bat die Klägerin um eine Erklärung der Honorarkürzungen. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid

vom 13.07.2011 zurück. Die Quotierung finde ihre Grundlage in § 8 Abs. 6a des Honorarverteilungsvertrages (HVV). Die Einführung einer Mengenbegrenzung für Leistungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen (RLV) unterliegen, aber Bestandteil der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung (MGV) seien, sei ab dem Quartal III/2009 erforderlich gewesen, um die RLV-Fallwerte zu stabilisieren. Ohne diese Maßnahme wären diese insbesondere im fachärztlichen Bereich in nicht vertretbarem Ausmaß abgesunken. Ursache hierfür sei eine deutliche Ausweitung der außerhalb des RLV mit dem Regionalpunktwerk vergüteten Leistungen in den Quartalen I und II/2009 gewesen. Auch soweit diese Leistungsausweitung begründet sei z. B. durch Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich würden die Krankenkassen keine zusätzlichen Zahlungen leisten. Da nach derzeitiger Beschlusslage die MGV auf Basis der abgerechneten Leistungsmenge des Jahres 2008 gebildet werde, fänden darin zusätzliche Leistungen derzeit keine Berücksichtigung. Da ab dem Quartal III/2009 auf Grund der Beschlüsse des Bewertungsausschusses weitere Leistungen von den RLV ausgenommen worden seien, sei eine Mengenbegrenzung unumgänglich gewesen. Aus dem gleichen Grund habe der Bewertungsausschuss ab III/2010 freie Leistungen über qualifikationsabhängige Zusatzvolumina wieder in die RLV einbezogen. Die Quote ermittle sich gemäß § 8 Abs. 6a Buchst. c HVV aus dem pro Leistung bzw. Fachgruppe im entsprechenden Quartal des Jahres 2008 (hier: I/2008) gezahlten Honorar, angepasst um die Morbiditätsveränderungsrate von 5,1 % für 2009 und 1,6616 % für 2010 sowie um die Erhöhung gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses aus dessen 15. Sitzung vom 02.09.2009 Teil B Nr. 3.3 (abzüglich der Erhöhung gemäß Teil H Nr. 1 zur Deckung von Mehrausgaben bei psychotherapeutischen Leistungen) von 0,1625 %. Überschreite das angeforderte Honorar im Quartal diesen Betrag, werde quotiert. Die Interventionsquote von 50 % sei nicht zu Tragen gekommen. Die Einbeziehung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM in die Quotierung sei zulässig, da es sich hierbei um Pauschalen handle. Hiergegen richtet sich die am 29.07.2011 eingegangene Klage. Die Klägerin macht geltend, eine Quotierung der Kostenerstattungen sei unzulässig. Der Beschluss des Bewertungsausschusses über eine Abrechnungsmengensteuerung aus der 180. Sitzung am 20.04.2009 könne nicht herangezogen werde. Die Quotierung sei keine Maßnahme zur Mengensteuerung, denn sie steuere nichts. Sie bewirke nur einen Preisverfall, der zudem erst nachträglich bestimmbar und nicht vorhersehbar sei und unabhängig von der Mengenentwicklung des betreffenden Leistungserbringers erfolge. Die Bildung der Quote sei intransparent und gehe auch nicht aus dem Widerspruchsbescheid hervor. Die Laborkosten seien über einen Vorwegabzug zu vergüten und unterlägen nicht den RLV. Die Quotierung der Kostenerstattungen für laboranalytische Leistungen von Laborgemeinschaften widerspreche § 25 Abs. 3 BMV Ä sowie der Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM, wonach die Abrechnung der Leistungen der Mitglieder der Laborgemeinschaft über die Laborgemeinschaft auf Basis der bei der Abrechnung nachzuweisenden Kosten der Laborgemeinschaft, höchstens jedoch "nach den Kostensätzen des Anhangs zum Kapitel 32.2 EBM" erfolge. Der Bundesmantelvertrag sehe damit eine echte Kostenerstattung mit Höchstgrenze vor. Eine Quotierung widerspreche der Erstattung nachgewiesener Kosten. Der geforderte Kostennachweis hätte keinen Sinn, wenn nicht die abgerechneten Kosten auch voll vergütet würden. Anderenfalls träte eine Unterdeckung ein. Die Klägerin macht sich darüber hinaus die Gründe des Urteils des Sozialgerichts Hamburg vom 15.06.2014, Az. [S 27 KA 152/11](#), zu eigen.

Die Klägerin beantragt, den Honorarbescheid für das Quartal I/2010 vom 26.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.07.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die nachgewiesenen Kosten der laboranalytischen Leistungen nach Kapitel 32 EBM unquotiert zu vergüten, hilfsweise über die Vergütung der streitgegenständlichen Leistungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. § 25 BMV Ä regle nur die Art und Weise der Abrechnung, nicht die Höhe der Vergütung der Laborleistungen. Eine Steuerung bewirke die Quotierung insoweit, als sich Leistungsausweitungen bei den durch § 8 Abs. 6a HVV begrenzten Leistungen nicht mehr zu Lasten der Gesamtvergütungsanteile, die für RLV-Leistungen zur Verfügung stehen, auswirkten. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet. Die Klägerin ist klagebefugt und für die Geltendmachung der den angeschlossenen Ärzten zustehenden Honoraransprüche aktivlegitimiert. Die Klagebefugnis und die Aktivlegitimation ergeben sich aus der durch § 25 Abs. 3 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 EKV den Laborgemeinschaften zugewiesenen Abrechnungsbefugnis. Es handelt sich um eine Form der Prozessstandschaft, welche die Laborgemeinschaften berechtigt, die Honoraransprüche der ihr angeschlossenen Ärzte im eigenen Namen zu verfolgen. Diese sind daneben, soweit nicht ausnahmsweise eine Klage auf Verpflichtung der oder auf Leistung an die Laborgemeinschaft pro socio im weiteren Sinne in Frage kommt nur zur Geltendmachung des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus gegenüber der Beklagten befugt, nicht aber der laboranalytischen Leistungen. Wegen der Ausschließlichkeit der Sachlegitimation der Klägerin konnte die Kammer auf eine persönliche Beiladung der Ärzte der Klägerin, deren Ansprüche von der streitgegenständlichen Quotierung betroffen sind, verzichten. Die Anerkennung der Rechtspersönlichkeit und Klagebefugnis von Personengesellschaften zwingt nicht dazu, die bereits durch die Gesellschaft im Rechtsstreit repräsentierten Gesellschafter daneben zusätzlich individuell am Rechtsstreit zu beteiligen. Der angefochtene Honorarbescheid ist rechtmäßig. Die Klägerin kann keine Vergütung der laboranalytischen Leistungen zu den von den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten und in Kapitel 32 EBM ausgewiesenen Euro-Beträgen beanspruchen. Die Beklagte durfte die Vergütung der Kosten laboranalytischer Leistungen im Rahmen der Honorarverteilung der von den Partnern der Gesamtverträge beschlossenen Quotierung unterwerfen. Dies gilt auch für laboranalytische Leistungen, die Vertragsärzte bei Laborgemeinschaften beziehen. Der Quotierung stehen nicht die Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM sowie § 25 Abs. 3 Satz 1 bis 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV entgegen. Die Präambel Nr. 1 Satz 2 und 3 zu Abschnitt 32.2 EBM lautet: "2 Bei Erbringung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften haben diese Anspruch auf die Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten höchstens bis zum Betrag der im Abschnitt 32.2 hinter den Gebührenordnungspositionen aufgeführten EURO-Beträge (Höchstpreise). 3 Das Nähere zur Abrechnung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften ist in § 25 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen und in den Richtlinien nach [§ 106 a SGB V](#) geregelt." § 25 Abs. 3 Satz 1 bis 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV lauten in der im streitgegenständlichen Quartal I/2010 geltenden Fassung: "1 Der Teil 3 der Befunderhebung [Laboratoriumsmedizinische Analyse unter den Bedingungen der Qualitätssicherung] kann nach Maßgabe von Abs. 2 aus Laborgemeinschaften bezogen werden, deren Mitglied der Arzt ist. 2 Der den Teil 3 der Befunderhebung beziehende Vertragsarzt rechnet die Analysekosten gemäß dem Anhang zum Kapitel 32.2 durch seine Laborgemeinschaft gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung an deren Sitz ab. 3 Der Arzt, der die Befunderhebung anweist, ist durch Angabe der Arztnummer und der (Neben-) Betriebsstättennummer der veranlassenden Arztpraxis kenntlich zu machen. 4 Die Abrechnung erfolgt auf der Basis der bei der Abrechnung nachzuweisenden Kosten der Laborgemeinschaft, höchstens jedoch nach den Kostensätzen des Anhangs zum Kapitel 32.2." Das Sozialgericht Hamburg hat daraus in

seinem Urteil vom 15.06.2014, Az. [S 27 KA 152/11](#), juris Rn. 15, den Schluss gezogen, dass eine Steuerung der abrechenbare Leistungsmenge bzw. eine Quotierung unzulässig sei, weil es sich hierbei um eine ausdrücklich als Kostenerstattungsregelung mit einer Obergrenze konzipierte Sonderregelung für Laborgemeinschaften handele. Dem vermag sich die Kammer nicht anschließen. Die auf der Bewertungsebene vereinbarten Euro-Beträge zur Vergütung der Kosten laboranalytischer Leistungen des Kapitels 32 EBM schließen eine Quotierung auf der Ebene der Honorarverteilung nicht aus. Die Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM sowie § 25 Abs. 3 Satz 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV beinhalten für Laborgemeinschaften keine dem entgegenstehende spezielle Regelung. Schon nach dem Wortlaut beider Normen stellen die in Kapitel 32 EBM ausgewiesenen Euro-Beträge für die Kosten laboranalytischer Leistungen lediglich Obergrenzen dar. Sie statuieren keine selbständige Anspruchsgrundlage für eine Vergütung der Laboranalysen in Höhe der vertraglichen Euro-Bewertungen mit einer konstitutiven Wirkung, die über die der analytischen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 EBM hinausginge und diese damit, soweit von Laborgemeinschaften abgerechnet, einer Begrenzung auf der Ebene der Honorarverteilung entziehen würde. Freilich erklärt sich die Bezeichnung als "Höchstpreise" im Kontext beider Regelungen zunächst nur aus der Begrenzung der Laborvergütungen auf die der Laborgemeinschaft tatsächlich entstandenen Kosten. Ein Differenz zwischen den betriebswirtschaftlich kalkulierten tatsächlichen Kosten der Laborgemeinschaft und den für den Arzt abgerechneten gemachten Euro-Vergütungen des Kapitels 32 EBM kann die Kassenärztliche Vereinigung nach Überprüfung der Kalkulation durch Rückforderungen gegenüber den Mitgliedern der Laborgemeinschaft nach Maßgabe der Verfahrensrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß [§ 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V](#) zur Umsetzung des Kostennachweises von Laborgemeinschaften nach § 28 Abs. 3 EKV und § 25 Abs. 3 BMV Ä, hier einschlägig in der vom 01.10.2008 bis zum 30.06.2010 geltenden Fassung (DÄBl. 105 [2008] Nr. 41 S. A-2178; im Folgenden: Verfahrensrichtlinie Direktabrechnung), geltend machen. Aus dem Zusammenspiel dieser Regelungen ergibt sich, dass die Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM sowie § 25 Abs. 3 Satz 1 bis 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV zunächst das Verfahren der Direktabrechnung regeln. Eine Regelung zur Vergütungshöhe beinhalten die Normen nur im Sinne der Begrenzung der vergütungsfähigen Kosten, nämlich kumulativ zum einen auf maximal die Euro-Beträge des Kapitels 32 EBM und zum Anderen auf die tatsächlichen Kosten, deren Höhe gegebenenfalls nach der Verfahrensrichtlinie Direktabrechnung festzustellen ist. Die Regelungen garantieren den Mitgliedern der Laborgemeinschaft dagegen nicht, dass die bezogenen Basislaborleistungen in Höhe der Euro-Bewertungen des Kapitels 32 EBM, allein begrenzt durch die Höhe der tatsächlichen Kosten als Mindestbetrag vergütet werden. In der Tat gehen die Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM sowie § 25 Abs. 3 Satz 1 bis 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV davon aus, dass Vergütungen der laboranalytischen Kosten ausschließlich entweder durch die Euro-Beträge des Kapitels 32 EBM oder die ggf. nach der Verfahrensrichtlinie Direktabrechnung zu ermittelnden tatsächlichen Kosten der Laborgemeinschaft begrenzt werden. Eine zusätzliche Herabbemessung durch Begrenzungen der Bewertung auf der Honorarverteilungsebene sehen die Regelungen weder vor noch knüpfen sie an eine solche an. Hieraus kann indessen nicht der Schluss gezogen werden, dass eine Quotierung im Rahmen der Honorarverteilung rechtswidrig wäre und die Laborleistungen deshalb vorbehaltlich evtl. Rückforderungen nach der Verfahrensrichtlinie Direktabrechnung ungekürzt in Höhe der Euro-Bewertungen zu vergüten seien. Aus dem Umstand, dass die Partner der Bundesmantelverträge bzw. der Bewertungsausschuss im normativen Kontext der Vorschriften über die Direktabrechnung eine zusätzliche Quotierung auf Grund des Honorarverteilungsvertrages nicht berücksichtigt haben, könnte allenfalls die Lückenhaftigkeit dieser Regelungen im weitesten Sinne gefolgert werden. Wegen des begrenzten Regelungsgehalts der Vorschriften über die Direktabrechnung liegt jedoch insoweit weder eine Normenkollision vor, im Sinne des Vorrangs der mantelvertraglichen Vorschriften bzw. der Einweisungsvorschriften des Abschnitts 32.2 EBM aufzulösen wäre, noch besteht ein Regelungsdefizit, das dadurch auszugleichen wäre, dass man das Schweigen der Direktabrechnungsregelungen im Sinne eines Verbotes von Quotierungen auf der Honorarverteilungsebene interpretiert. Zwar greift die am 01.07.2014 in Kraft getretene Neufassung der Präambel Nr. 1 zu Abschnitt 32.2 EBM in Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der 330. Sitzung (DÄBl. 111 [2014] Nr. 31-32 S. A 1382) zeitgleich mit der Aussetzung des Verfahrens über die Kostennachweise nunmehr auch die inzwischen bundeseinheitliche Quotierung der Laborvergütungen mit der Abstufungsquote gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarverteilung ("Quote Q") auf. Dieser Neuregelung kommt indessen nur deskriptive bzw. klarstellende Bedeutung zu. In Ermangelung einer bundeseinheitlichen Quotierung im streitgegenständlichen Quartal wäre eine Erwähnung der nur einzelne Länder betreffenden Quotierungsmöglichkeit in den bundesweit geltenden Regelungen über die Direktabrechnung weder veranlasst noch zweckmäßig gewesen. Ein Umkehrschluss aus der späteren Neufassung auf den Regelungsgehalt der Norm in der früheren Fassung im Quartal I/2010 ist deshalb nicht statthaft. Mit der Einführung der Direktabrechnung der Laborgemeinschaften und der gleichzeitigen Begrenzung der Vergütungen auf die tatsächlichen Kosten verfolgte die Laborreform zum 01.10.2008 zum einen das Anliegen, Kostenvorteile, die mit dem Bezug der Basislaborleistungen bei Laborgemeinschaften verbunden waren, abzuschöpfen und dadurch zugleich Anreize für eine Leistungsausweitung im Bereich des Basislabors einschließlich unerwünschter "Quersubventionierungen" und unlauterer Auftragsverknüpfungen mit den für die Laborgemeinschaft tätigen Laborärzten (vgl. Bundesgerichtshof, Urteil vom 21.04.2005, Az. [I ZR 201/02](#), juris Rn. 18) vorzubeugen. Von diesem Anliegen wäre es nicht gedeckt, wenn die Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM sowie § 25 Abs. 3 Satz 1 bis 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV so ausgelegt würden, dass sie eine Quotierung der vergütungsfähigen Laborkosten auf der Honorarverteilungsebene ausschließlich beim Bezug der Leistungen bei einer Laborgemeinschaft verbieten, jedoch bei der Erbringung der Leistung im Präsenzlabor gestatten würden. Eine Privilegierung des Leistungsbezugs bei der Laborgemeinschaft gegenüber der Eigenleistung des Vertragsarztes war nicht gewollt. Als bloße Regelung des Verfahrens und Modifizierung der Vergütungsregelungen ausschließlich auf der Ebene der Bewertung der laboranalytischen Kostenstellen verhalten sich die Direktabrechnungsregelungen gegenüber einer Quotierung auf der Honorarverteilungsebene regelungstechnisch neutral. Dem kann die Klägerin auch nicht entgegen halten, dass es sich nach dem Wortlaut des Satzes 2 der Präambel Nr. 1 zu Abschnitt 32.2 EBM und auf Grund der Begrenzung der für die Mitglieder der Klägerin abgerechneten Gebührenordnungspositionen auf die tatsächlichen Kosten der Laborgemeinschaft bei den laboranalytischen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 EBM um "echte" Kostenerstattungen im Sinne eines Aufwendungsersatzanspruchs handele, die einer Leistungsmengenbegrenzung nicht zugänglich seien. Die Qualifizierung als Aufwendungsersatz ist unzutreffend. Richtig an der Argumentation der Klägerin ist im Ausgangspunkt, dass die Vergütung der bei der Laborgemeinschaft bezogenen Basislaboranalysen rechtlich (tatsächlich nur in äußerst pauschalisierter Weise und seit dem 01.07.2014 praktisch gar nicht mehr) auf die tatsächlichen Kosten begrenzt ist wie ein Aufwendungsersatzanspruch. Allein diese Gemeinsamkeit macht aus der Vergütung der jeweiligen Laborleistung indessen noch keinen solchen. Schon formal besteht kein Rechtsverhältnis, das einem Auftrag gleichzusetzen wäre, der einen Aufwendungsersatzanspruch des Arztes auslösen würde. Die von der Laborgemeinschaft bezogene Laboranalyse ist dem beziehenden Vertragsarzt als vertragsärztliche Leistung zuzurechnen, die Laborgemeinschaft wird als sein Erfüllungsgehilfe tätig und rechnet gegenüber der Beklagten die erbrachten Leistungen nur als Sachwalter bzw. in Prozessstandschaft im eigenen Namen ab. Im Verhältnis zur Beklagten stellen die Aufwendungen, die dem Arzt für den Bezug der Leistung durch die Laborgemeinschaft entstehen, keine Auslagen im Sinne eines "durchlaufenden Postens" dar, die er im Interesse der Beklagten trifft und die ihm deshalb wie einem Beauftragten nach [§ 670 BGB](#) zu erstatten wären. Durch die Rechtsprechung ist bereits geklärt, dass die Annahme, bei den DM- bzw. Euro-Beträgen für die einzelnen Laborparameter handele es sich um echte Kostenerstattungsregelungen im Sinne eines Ersatzes von Aufwendungen (wie z.B. in [§§ 670, 683 BGB](#)) schon im Ausgangspunkt

unzutreffend ist; ein solches Verständnis von Kostenerstattungen liegt den Bewertungen der analytischen Laborleistungen ersichtlich nicht zu Grunde. Vielmehr haben die Vertragspartner auf Bundesebene Festpreise für alle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechnungsfähigen Laborleistungen festgesetzt. Selbst wenn diese auf der Grundlage von betriebswirtschaftlichen Untersuchungen über die Kostenstrukturen einzelner Praxen vereinbart worden sind, ändert sich dadurch nichts an dem Charakter einer von der Höhe der tatsächlichen "Kosten" des Arztes unabhängigen Festpreisregelung (Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 31). Die verbreitete Bezeichnung der laboranalytischen Leistungen des Kapitels 32 EBM als "Kosten" weist lediglich darauf hin, dass es sich bei den Gebührenordnungspositionen für die laboranalytischen Leistungen des Kapitels 32 EBM um den separat kalkulierten Praxiskostenanteil der einzelnen Laborleistungen nichtärztliche und technische Leistungen (näher zur Rechtsnatur dieser sogenannten Kostenerstattungen: Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 31) handelt. Der Bewertungsausschuss hat im Zuge der Laborreform zum 01.01.1999 aus der Gesamtbewertung der Laborleistungen den Praxiskostenanteil einerseits und den ärztlichen Leistungsanteil (Laborgrundpauschale) andererseits ausgegliedert und in gesonderten Abrechnungspositionen abgebildet. Aus ihrer Qualifikation als komplementäre Elemente einer Bewertung der ärztlichen sowie nichtärztlichen und technischen Leistungs- bzw. Kostenanteile folgt zugleich deren strukturelle Vergleichbarkeit mit den übrigen, in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, die einer Mengengrenzung durch Regelleistungsvolumina wie auch durch ergänzende Honorarbegrenzungen für nicht RLV-gesteuerte Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterworfen werden dürfen (Bundessozialgericht, Urteil vom 05.06.2013, Az. [B 6 KA 32/12 R](#), juris Rn. 41 f.; Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 14 ff. und 19). Allein die bewertungstechnische Aufspaltung der Kalkulation auf separate Kostenstellen begründet keinen wesentlichen Unterschied, der im Rahmen der Honorarverteilung eine Privilegierung des laborärztlichen Leistungsbereichs zu Lasten anderer Arzt- bzw. Leistungsgruppen rechtfertigen würde. Ob der Vertragsarzt die Laborleistungen im Präsenzlabor selbst erbringt, durch eine Laborgemeinschaft bezieht oder als Auftragsleistung eines Facharztes für Laboratoriumsmedizin veranlasst, macht für die Rechtsnatur der Vergütung für die laboranalytischen Leistungen ("Kostenerstattungen") keinen Unterschied und rechtfertigt deshalb auch keine unterschiedliche Behandlung in Abhängigkeit vom Beschaffungsweg hinsichtlich der Unterwerfung unter Abrechnungsmengenbegrenzungen auf der Ebene der Honorarverteilung. Die einzige Besonderheit beim Bezug durch eine Laborgemeinschaft besteht darin, dass die sich die ebenso wie bei selbst erbrachten und veranlassten Laborleistungen aus dem Zusammenspiel der Regelungen auf der Bewertungs- und der Honorarverteilungsebene ergebenden Vergütungen zusätzlich durch die Höhe des betriebswirtschaftlich ermittelten tatsächlichen Aufwandes der Laborgemeinschaft begrenzt werden. Auch im Übrigen ist die Quotierung der laboranalytischen Leistungen nicht zu beanstanden. Insoweit führt die Kammer die bisherige Rechtsprechung des Sozialgerichts Dresden aus den Urteilen vom 03.09.2014, Az. [S 18 KA 163/11](#) (nachgehend Sächsisches Landessozialgericht, Az. L 8 KA 26/14), Az. S 18 KA 133/11 (nachgehend Sächsisches Landessozialgericht, Az. L 8 KA 27/14), Az. S 18 KA 17/12 (nachgehend Sächsisches Landessozialgericht, Az. L 8 KA 28/14) und Az. [S 18 KA 167/11](#) (nachgehend Bundessozialgericht, Az. [B 6 KA 44/14 R](#)) sowie aus den Urteilen vom 27.11.2014, Az. S [11 KA 148/11](#) und Az. [S 11 KA 166/11](#) (Revision zugelassen) fort. Wie sich die unter Ansatz der Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und im Ergebnis der Honorarverteilung zu entrichtenden Vergütungen ermitteln, haben die Partner der Gesamtverträge in der Vereinbarung zur Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen und der Sächsischen Gebührenordnung (SGO), zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen, zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs, zur Festlegung der Honorarverteilung mit Wirkung für das 1. bis 4. Quartal 2010 in der Fassung des 1. Nachtrags vom 04.08.2010, geregelt. Nach § 1 des Teils 2 der Vereinbarung Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der Sächsischen Gebührenordnung (SGO) ist als Punktwert im Regelfall der regionale Punktwert von 3,5048 Cent festgelegt. § 2 des Teils 2 bestimmt den Preis der vertragsärztlichen Leistungen in der Sächsischen Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) als Produkt aus der Bewertung einer Leistung in Punkten nach dem Einheitliche Bewertungsmaßstab in seiner jeweils gültigen Fassung multipliziert mit dem regionalen Punktwert im Regelfall, kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet. Teil 5 der Vereinbarung enthält die hier einschlägige Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (Honorarverteilungsvereinbarung - HVV). Grundlage für die Quotierung ist § 8 Abs. 6a HVV, der lautet: "(6a) Von der Bildung des RLV ausgenommene Leistungen, die einer Leistungssteuerung unterliegen a) Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, unterliegen auf Grundlage der Beschlüsse innerhalb der Konvergenzphase einer Leistungssteuerung. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. b) Folgende Leistungen/Fachgruppen sind unter Berücksichtigung der angegebenen Interventionsquoten von der Leistungssteuerung betroffen: Nr. Leistung/Fachgruppe Interventionsquote 6 laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32, 50% c) Leistungssteuerung der Leistungen nach Punkt b), gegebenenfalls getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich: (1) Ermittlung des Honorars pro Leistung bzw. pro Fachgruppe im Quartal des Aufsatzjahres; das Honorar pro Leistung ergibt sich aus dem mittleren GKV-Auszahlungspunktwert der bis 2008 außerbudgetären Leistungen sowie aus dem Ansatz des mittleren RLV-Punktwertes für die bis 2008 budgetären Leistungen. Dieses Honorar wird um den durchschnittliche EBM-Effekt 2008 in Höhe von 9,7% (mit Ausnahme der analytischen Laborleistungen), um die bundesdurchschnittliche Mobilitätsveränderungsrate 2009 in Höhe von 5,1 % und 2010 in Höhe von 1,6616 % und um einen Anteil der Erhöhung gemäß Teil B 3.3 in Höhe von 0,1635 % angepasst. (2) Ermittlung des angeforderten Honorars pro Leistung bzw. pro Fachgruppe gemäß SGO 2010 pro Quartal, (3) das Verhältnis des Honorars aus dem Quartal des Aufsatzjahres pro Leistung und des angeforderten Honorars pro Leistung bzw. pro Fachgruppe pro Quartal 2010 wird auf das individuelle Arzthonorar pro Leistung angewandt. Obergrenze für das Honorar ist das abgerechnete Honorar nach sachlich-rechnerischer Prüfung pro Leistung 2010 gemäß SGO. Untergrenze der anzuwendenden Verhältniszahlen bilden die in der Tabelle angeführten Interventionsquoten. d) Für die Absicherung der Interventionsquoten sind entsprechende Rückstellungen (Anlage 4) zu bilden. e) Die KV Sachsen verpflichtet sich, die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen von der Haftung von der Haftung für die auf Grundlage der in § 8 Abs. 6a vereinbarten Vertragsergänzungen ergangenen Honorarbescheide für das Jahr 2010 freizustellen. Für die Kostenpauschalen der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kapitels 32 EBM ergab sich aus dem so gebildeten Verteilungsvolumen nach § 8 Abs. 6a Buchst. b Nr. 6 HVV im streitgegenständlichen Quartal entsprechend dem Verhältnis zwischen dem auf Basis der Vergütungsanteile im Jahr 2008 gebildeten und angepassten Vergütungsvolumen (25.358.322,79 EUR) und dem abgerechneten Leistungsbedarf (25.915.725,55 EUR) die mit der Klage beanstandete Quote von 97,85 % (vgl. Übersicht "Quoten der Leistungen, die gemäß HVM der Leistungssteuerung unterliegen - Quartal I/2010" unter www.kvs-sach-sen.de/fileadmin/img/Mitglieder/Honorar/Honorar-ergebnis-se/Mi-cro-soft-Word-2010-07-23-20101-Quoten.pdf). Ihre Legitimation findet diese Regelung in Teil F Abschnitt II Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 199. Sitzung am 22.09.2009 zur Berechnung und Anpassung von Arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2010 (DÄBl. 106 [2009] Nr. 42, Seite A 2103 [A 2106]). Nach dessen zweitem Absatz können Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, soweit dies nicht gemäß Abschnitt I dieses Beschlusses erfolgt einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B.

durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. Die Quotierung ist zulässig. § 8 Abs. 6a HVV ist mit höherrangigem Recht, insbesondere mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbar. Die Beklagte hat die Regelung ordnungsgemäß umgesetzt. Die Regelung ist zunächst mit dem Grundsatz der Normenklarheit und Normenwahrheit vereinbar und hinreichend bestimmt. § 8 HVV regelt zwar ausweislich seiner Überschrift die "Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)". Ungeachtet der Verankerung in den Vorschriften über die Leistungssteuerung durch RLV ergibt sich jedoch aus dem Wortlaut der Überschrift und des Eingangssatzes des § 8 Abs. 6a HVV für den objektiven Leser ohne Weiteres, dass die in § 8 Abs. 6a Buchst. a und b sowie die in § 8 Abs. 8 HVV in der Fassung der zulässigerweise rückwirkend in Kraft getretenen Klarstellung durch den 1. Nachtrag vom 04.08.2010 in Verbindung mit Anlage 2c ausgewiesenen Arzt- bzw. Leistungsgruppen, obwohl nicht der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina unterworfen, der Abrechnungsmengenbegrenzung nach Maßgabe des § 8 Abs. 6a Buchst. c HVV unterliegen. Anlass für die Regelungen war das Anliegen, die Fallwerte der Regelleistungsvolumina vor dem Hintergrund erheblicher Leistungsausweitungen bei dem sogenannten freien Leistungen nach Einführung der Regelleistungsvolumina ab dem 01.01.2009 zu stabilisieren. Die Eignung der streitgegenständlichen Regelung, die der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina unterliegenden Anteile an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vor einer Aushöhlung durch Vorwegabzüge für sog. freie Leistungen zu schützen, in dem Letzteren ebenfalls Honorarkontingente auf Basis von Referenzmengen aus früheren Abrechnungszeiträumen zugewiesen werden, steht außer Frage. Für die Rechtmäßigkeit der Maßnahme ist es nicht Voraussetzung, dass es zuvor tatsächlich in Folge einer Ausweitung konkret der nunmehr quotierten Leistungen zur Minderung der RLV-Verteilungsvolumina gekommen ist. Die Vorgabe in Teil F Abschnitt II Nr. 1 2. Absatz des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 199. Sitzung am 22.09.2009, wonach eine Steuerung der freien Leistungen zulässig ist, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen entgegenzuwirken, beschreibt lediglich das generelle Ziel der auf dieser Grundlage zulässigen Mengenbegrenzungen, nicht aber eine tatbestandliche Voraussetzung für deren Einführung. Es bedarf deshalb auch keiner Nachweise für vorangegangene Leistungsausweitungen speziell bei den hier streitgegenständlichen Leistungen. Eine Quotierung sogenannter freier d.h. nicht der Steuerung der Regelleistungsvolumina unterliegender Leistungen im Rahmen und nach Maßgabe der Honorarverteilung ist grundsätzlich zulässig. Entsprechende Vorgaben des Bewertungsausschusses halten sich im Rahmen des [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#), hier einschlägig in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007. Sie sind mit Rücksicht auf den begrenzten Umfang der Gesamtvergütung insbesondere durch das Anliegen gerechtfertigt, eine Ausweitung der nicht durch Regelleistungsvolumina gesteuerten Anteile der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung zu Lasten des gesteuerten Vergütungsvolumens zu verhindern, wie sie sich nach Einführung der Regelleistungsvolumina ab dem ersten Halbjahr 2009 abgezeichnet hatte (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 14 ff. und insbesondere Rn. 19). Darüber hinaus ergibt sich die Regelungskompetenz der Gesamtvertragspartner aus [§ 85 Abs. 4 Satz 7 und Abs. 4a Satz 1 SGB V](#), hier einschlägig in der Fassung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.07.2009, wo durch das Wort "insbesondere" klargestellt ist, dass die Gesamtvertragspartner nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses auch weitere Steuerungsinstrumente neben Regelleistungsvolumina einrichten können, soweit diese nicht dem Grundsatz der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina und den dazu getroffenen Maßgaben zuwider laufen. Dabei beschränkt sich die Regelungsbefugnis nicht auf das Ziel, eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu unterbinden, sondern es ist ebenso legitim, da dem Gesetz systemimmanent, durch eine Quotierung der Vergütung das je Leistung erzielbare Honorar dem zur Verteilung stehenden Honorarvolumen anzupassen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 05.06.2013, Az. [B 6 KA 32/12 R](#), juris Rn. 41 f.). Der Quotierung steht nicht entgegen, dass jedenfalls bei den von Laborgemeinschaften bezogenen Leistungen des Basislabors mit Einführung der Direktabrechnung und der Begrenzung auf die tatsächlichen Kosten keine besonderen Anreize mehr zu einer Leistungsausweitung bestanden. Die Gefahr einer Leistungs- und Mengenausweitung ist deshalb nicht ausgeschlossen. Im Vordergrund der Regelung steht aber vor diesem Hintergrund weniger die steuernde Wirkung zur Verhinderung einer Leistungsausweitung, sondern die Verteilung der begrenzten Gesamtvergütung in Relation zu den erbrachten Leistungsmengen, das heißt, das Herunterbrechen des kalkulatorischen Leistungsbedarfs auf die deutlich geringere verteilbare Honorarsumme. Hierfür kommt es nicht darauf an, ob die beziehenden Ärzte eine eventuelle Leistungsausweitung zu "verantworten" haben. Selbst wenn die Verschiebungen der Vergütungsvolumina nicht in ihren Verantwortungsbereich fallen oder sogar systembedingt unvermeidbar sind, ist es nicht zu beanstanden, wenn die Gesamtvertragspartner die Honorierung freier Leistungen arztgruppenübergreifend auf einen Referenzmengenbezug umstellen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 50 ff., in Abgrenzung zu Bundessozialgericht, Urteil vom 29.09.1993, Az. [6 RKA 65/91](#); Bundessozialgericht, Urteil vom 28.01.1998, Az. [B 6 KA 96/96 R](#), juris Rn. 18 ff.). Das mit diesem System verfolgte Anliegen, Honorarverschiebungen bei ausweitbaren freien Leistungen zu Lasten der Vergütung für andere, nicht ohne weiteres ausweitbare Leistungen zu verhindern, kommt letztlich auch den Mitgliedern der Klägerin bei der Erbringung von Leistungen, die den RLV unterliegen, zu Gute. Im Ausgangspunkt trifft allerdings zu, dass die Bewertung der analytischen Laborleistungen in festen DM- bzw. Euro-Beträgen Ausdruck der Grundentscheidung der Mantelvertragspartner war, durch bundeseinheitliche Festpreise die Laborärzte bereits bei Eingang einer Laboranforderung bzw. Einsendung einer Probe wissen zu lassen, welche Vergütung ihnen insoweit zusteht, und Versendeströme von Präparaten entgegenzuwirken, die allein auf das Bestreben zurückzuführen waren, die Leistungen dort abzurechnen, wo die höchsten Punktwerte zu erwarten waren (Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 29; Beschluss vom 23.05.2007, Az. [B 6 KA 91/06 B](#), juris Rn. 6). Von beiden Anliegen ist der Bewertungsausschuss mit der Freigabe (auch) der Laborvergütungen für zusätzliche Begrenzungen auf der Honorarverteilungsebene abgerückt. Denn im Ergebnis der Quotierung stellen die in Euro ausgewiesenen Bewertungen des Kapitels 32 EBM keine taxmäßige Vergütung mehr dar, sondern nur noch unselbständige Berechnungsgrößen zur Honorarermittlung. Die Vergütung bestimmt sich erst im Nachhinein an Hand des Verhältnisses aus dem auf Basis des Referenzzeitraums ermittelten und ggf. angepassten Verteilungsvolumen und der tatsächlich abgerechneten Leistungsmenge und kann je nach Ausgestaltung der regionalen Honorarverteilungsregelungen und der jeweiligen Referenzmengen regional unterschiedlich ausfallen, was durchaus (Fehl-)anreize zu einer erneuten, an der Vergütungshöhe orientierten räumlichen Verschiebung des Leistungsaufkommens auslösen kann. Die Zulassung einer zudem regional unterschiedlichen Quotierung der Vergütungen widerspricht somit nicht nur regelungstechnisch der Bewertung in Euro anstatt in Punkten, sondern beruht auch auf einem Paradigmenwechsel in Bezug auf wesentliche Elemente der Laborreform mit Wirkung ab dem 01.07.1999. Zudem hat das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 11.12.2013, Az. [B 6 KA 6/13 R](#), juris Rn. 40, die Zulässigkeit der Begrenzung auf der Honorarverteilungsebene unter anderem damit begründet, dass die Leistungsbewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach wie vor nicht in Euro-Beträgen, sondern in Punktzahlen erfolge, was den Umkehrschluss aus einer Bewertung in Euro auf die Unzulässigkeit von Abstufungen im Rahmen der Honorarverteilung nahelegen scheint. Das macht die Neuregelung indessen nicht rechtswidrig. Das Festhalten an einer Bewertung der laboranalytischen Gebührenordnungspositionen in Euro, die noch aus der ursprünglichen Intention der Mantelvertragspartner resultiert, wäre zwar eine regelungstechnische Inkonsistenz, wenn Abstufungsregelungen auf der Honorarverteilungsebene bundesweit wieder den Regelfall darstellen würden; schon Letzteres war aber im streitgegenständlichen Quartal nicht der Fall. Der Euro-Bewertung als solcher kommt keine

normative Geltung zu, die den Öffnungsklauseln im Beschluss des Bewertungsausschusses entgegenstehen würden. Insbesondere geht es in der Normenhierarchie des [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) den ausdrücklichen Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bildung der Vorwegabzüge einschließlich des an die Gesamtvertragspartner gerichteten Normsetzungsauftrags für den Fall von Über- bzw. Unterschreitungen der maßgeblichen Vergütungsvolumina nicht im Rang vor. Der Bewertungsausschuss ist nicht gehindert, Vorgaben für die Honorarverteilung auch in Bezug auf die Leistungen zu treffen, deren Bewertung die Bundesmantelvertragspartner in Gestalt fester Euro-Beträge vereinbart haben. Denn die Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner sind der gleichen Ebene zuzuordnen wie die Beschlüsse des Bewertungsausschusses. Die Partner der Bundesmantelverträge schließen Vereinbarungen durch den Bewertungsausschuss als Vertragsorgan, dessen Handeln den Partnern der Bundesmantelverträge als eigenes zugerechnet wird; der Normgeber ist mithin der Selbe (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 29.09.1993, Az. [6 RKa 65/91](#), juris Rn. 17; Urteil vom 15.05.2002, Az. [B 6 KA 33/01 R](#), juris Rn. 21; Urteil vom 28.05.2008, [B 6 KA 9/07 R](#), juris Rn. 26; Beschluss vom 10.12.2008, Az. [B 6 KA 37/08 B](#), juris Rn. 10 f.). Darüber hinaus hat sich der Bewertungsausschuss mit der Anhebung der Kostensätze des Kapitels 32 EBM diese zu eigen gemacht (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 30). Aus der Befugnis des Bewertungsausschusses zum Erlass der Regelung in Teil F, Abschnitt II Nr. 1 des Beschlusses aus der 199. Sitzung vom 22.09.2009 (dazu Bundessozialgericht, Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 15) resultiert somit zugleich die Berechtigung des Bewertungsausschusses, die von den Partnern der Bundesmantelverträge festgesetzten Euro-Beträge zur Vergütung der laboranalytischen Untersuchungen des Kapitels 32 EBM in die Konvergenzregelung einzubeziehen (so bereits Sozialgericht Dresden, Urteil vom 27.11.2014, Az. [S 11 KA 148/11](#)). Die Vereinbarung der Euro-Bewertungen der laboranalytischen Leistungen des Kapitels 32 EBM durch die Bundesmantelvertragspartner resultiert daraus, dass dem Bewertungsausschuss gemäß [§ 87 Abs. 2 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur die Bewertung von Leistungen in Punkten ausdrücklich zugewiesen ist. Die Bewertung des Kostenanteils der Laborleistungen zu festen Euro-Beträgen tragen die Partner der Bundesmantelverträge indessen ebenso innerhalb wie außerhalb des organisatorischen Rahmens des Bewertungsausschusses. Denn der Ausgliederung des Bewertungsanteils für die Kosten der laboranalytischen Untersuchungen in eigenständige Gebührenordnungspositionen zu Euro-Festpreisen liegt zugleich die Entscheidung des Bewertungsausschusses zu Grunde, von der Befugnis zur Leistungsbewertung in Punkten mit Wirkung ab dem 01.07.1999 keinen Gebrauch mehr zu machen. Diese Grundentscheidung steht deshalb (auch) zur Disposition des Bewertungsausschusses. Die Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner, ärztliche Leistungen bzw. wie hier Leistungsbestandteile in Euro zu bewerten, berührt nicht die Kompetenz des Bewertungsausschusses, auf Grundlage von [§ 87b Abs. 4 Satz 2](#) und [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) die Grundzüge der Honorarverteilung zu regeln und in diesem Rahmen den Partnern der Gesamtverträge die Befugnis zu Regelungen einzuräumen, die von früheren Erwägungen der Mantelvertragspartner abweichen. Hierin liegt keine im Sinne eines Vor- oder Nachranges aufzulösende Normenkollision, sondern lediglich ein Ineinandergreifen gegensätzlich motivierter und in ihren Rechtsfolgen einander teilweise neutralisierender Regelungen. Derartige Paradigmenwechsel und Divergenzen zwischen den unterschiedlichen Vorstellungen der im Rahmen ihrer Kompetenzen nacheinander auf verschiedenen Regelungsebenen tätigen Normgeber und Vertragsorgane müssen hingenommen werden. Das System der vertragsärztlichen Vergütung ist im Widerstreit der unterschiedlichen Aspekte des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der Leistungsangemessenheit der Vergütung komplex ausgeformt, durch zahlreiche widerstreitende Interessen und Zielkonflikte sowie normative Wechselwirkungen geprägt. Allein die gegenläufige Tendenz der Auswirkungen unterschiedlicher normativer Entscheidungen, selbst im selben Regelungskontext, zieht noch nicht deren Rechtswidrigkeit nach sich. Die Kontrollbefugnis der Gerichte beschränkt sich vielmehr auch insoweit auf die Prüfung, ob sich die untergesetzlichen Normen auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen können und ob die Grenzen des den Normgebern zustehenden Gestaltungsspielraums eingehalten sind, insbesondere ob die Regelungen in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig sind (vgl. zum Prüfungsmaßstab exemplarisch Bundessozialgericht, Urteil vom 26.01.2000, Az. [B 6 KA 13/99 R](#), juris Rn. 18; Urteil vom 20.01.1999, Az. [B 6 KA 9/98 R](#), juris Rn. 13). Wie bereits ausgeführt, stehen die Euro-Bewertungen der laboranalytischen Gebührenordnungspositionen einer hiervon abweichenden Vergütung im Ergebnis der Honorarverteilung nicht etwa deshalb entgegen, weil sie als Auslagenersatz im Sinne eines "durchlaufenden Postens" konzipiert wären. Denn es handelt sich bei den Euro-Beträgen nicht um Kostenerstattungsregelungen im Sinne eines Aufwendersatzes (wie zum Beispiel nach [§§ 670, 683 BGB](#)), sondern um Festpreise, mit denen lediglich der Praxiskostenanteil der Laborleistungen (nichtärztliche und technische Leistungen) vom ärztlichen Leistungsanteil getrennt kalkuliert und aus der Gesamtbewertung der Laborleistungen ausgegliedert wurde (Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 31). Sie dürfen deshalb ebenso wie einheitlich in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ergänzenden Honorarbegrenzungen für nicht RLV-gesteuerte Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtverteilung unterworfen werden (Bundessozialgericht, Urteil vom 05.06.2013, Az. [B 6 KA 32/12 R](#), juris Rn. 41 f.; Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 14 ff. und 19). Allein die bewertungstechnische Aufspaltung der Kalkulation auf separate Kostenstellen steht dem nicht entgegen. Gegen die Quotierung dringt auch nicht das Argument durch, mit der Steuerung der Veranlassung laboranalytischer Leistungen durch das sog. Laborbudget (Abschmelzung des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus gemäß Nr. 32001 EBM auf Grund der Präambel Nr. 2 bis 8 zu Abschnitt 32.2 und Nr. 3 bis 9 zu Abschnitt 32.3 EBM) und bei veranlassenden Leistungen der Laborärzte durch die nach Fallzahlen abgestaffelte Bewertung der Laborgrundpauschale Nr. 12220 EBM habe der Bewertungsausschuss bereits abschließende Regelungen zur Mengensteuerung und Honorarbegrenzung getroffen, die konkurrierenden Quotierungsregelungen im Honorarverteilungsvertrag entgegen stünden. Dass bereits der Einheitliche Bewertungsmaßstab Regelungen enthält, die auf eine Begrenzung der abrechenbaren Leistungsmenge und eine Leistungssteuerung hinwirken, steht einer (zusätzlichen) Quotierung auf der Ebene der Honorarverteilung nicht entgegen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab legt die Regelungsmöglichkeiten für eine Honorarbegrenzung und zur Steuerung der Leistungsmenge nicht im Sinne der Ausschließlichkeit abschließend fest. Denn die dort verankerten Regelungsinstrumente hier namentlich die Abschmelzung des Wirtschaftlichkeitsbonus sind allein der Ebene der Bewertung zuzuordnen. Schon im Grundsatz gibt es keinen generellen Vorrang der Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gegenüber den Regelungen der Honorarverteilung. Soweit sich in der Rechtsprechung Aussagen der Art finden, dass Honorarverteilungsmaßstäbe nicht gegen die Vorschriften des Bewertungsmaßstabes verstoßen dürfen bzw. auf die sich aus der Normhierarchie ergebende Vorrangigkeit der vom Bewertungsausschuss getroffenen Regelungen verwiesen wird, gilt dies allein dann, wenn der Bewertungsmaßstab selbst Regelungen enthält, die sich auf die Honorarverteilung insbesondere durch die dort normierten honorarbegrenzenden Regelungen auswirken sollen. Im Übrigen sehen die gesetzlichen Vorschriften keine Bindung der Honorarverteilung an den Bewertungsmaßstab vor. Regelungen des Bewertungsmaßstabes über die Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen bewirken keine generelle Bindung des Normgebers der Honorarverteilung. Art und Umfang der Leistungen, wie sie im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegt sind, bilden nicht das alleinige Verteilungskriterium; vielmehr können die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Satzungsautonomie ebenso wie die Gesamtvertragspartner im Rahmen des ihnen vom Gesetz eingeräumten Handlungsspielraums daneben auch andere Gesichtspunkte berücksichtigen, auch wenn dadurch im Ergebnis von Bewertungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abgewichen wird. Die Höhe der von den Krankenkassen für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zur Verfügung zu stellenden Geldmittel ergibt sich nicht an Hand gesetzlich vorgegebener quasi mathematischer Berechnungsschritte, sondern wird im Verhandlungswege durch gesamtvertragliche

Vereinbarung festgelegt. Zudem stimmen die den Vertragspartnern der Gesamtverträge für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen vorgegebenen Kriterien nicht im vollen Umfang mit den für die Verteilung der Gesamtvergütungen geltenden Regelungen überein. Der Umstand, dass die vertragsärztliche Vergütung auf zwei der die Vereinbarung der Gesamtvergütung und der die Honorarverteilung betreffenden Ebenen geregelt ist, hat zur Folge, dass der einzelne Vertragsarzt keinen Anspruch auf ein Honorar in einer bestimmten Höhe, sondern nur auf einen angemessenen Anteil an der Gesamtvergütung hat (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11.12.2013, Az. [B 6 KA 6/13 R](#), juris Rn. 37 f., Rn. 40 in Bezug auf die Geltung von Regelleistungsvolumina für in Punkten bewertete Leistungen). Weder die Regelungen über die Abschmelzung des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus bei Überschreitung des Laborbudgets nach Nr. 32001 EBM in Verbindung mit der Präambel Nr. 2 bis 8 zu Abschnitt 32.2 und Nr. 3 bis 9 zu Abschnitt 32.3 EBM noch die fallzahlabhängige Abstufung der Bewertung der Laborgrundpauschale in Nr. 12220 EBM sind ihrer Funktion nach auf die Ebene der Honorarverteilung ausgerichtet. Wie das Bundessozialgericht bereits zu den entsprechenden Vorläuferregelungen in Nr. 3542 sowie in den Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM in der ab dem 01.07.1999 geltenden Fassung (damals noch in Verbindung mit der inzwischen in die ärztlichen Grundpauschalen einbezogenen Laborgrundgebühr) entschieden hat, stehen der Wirtschaftlichkeitsbonus und die Abschmelzungsregelungen in einem unmittelbaren Kontext. Sie stellen Elemente eines einheitlichen Gebührenkomplexes dar. Der dem Bewertungsausschuss in [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) übertragene Gestaltungsauftrag erschöpft sich nicht in der Aufstellung eines reinen Leistungs- und Bewertungskataloges unter medizinischen, betriebswirtschaftlichen oder sonstigen Gesichtspunkten. Vielmehr schließt er die Befugnis ein, über die Beschreibung und Bewertung der ärztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten der Ärzte steuernd zu beeinflussen. Diese Steuerungsbefugnis ermöglicht es dem Bewertungsausschuss, durch ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstufungsregelungen, Budgetierungen und ähnliche mengen- oder fallzahlenbegrenzende Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen herbeizuführen. Dabei erfolgt die Steuerung des Leistungsverhaltens über die Beschreibung und Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen. Eine Bewertung ärztlicher Leistungen erfolgte insbesondere mit dem Gebührentatbestand für den Wirtschaftlichkeitsbonus, in dem neben der Laborgrundgebühr (nunmehr eingeflossen in die ärztlichen Grundpauschalen) die intellektuellen Leistungen, die der behandelnde Arzt bei der Indikation zu und der Veranlassung von Laboranalysen sowie der Befundung und Interpretation von Laborergebnissen erbringt, eigenständig bewertet werden. Eine Bewertung ärztlicher Leistungen erfolgt auch durch die Abschmelzungsregelungen zum Wirtschaftlichkeitsbonus. Diese einheitlichen Regelungen beinhalten eine von [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) zugelassene ergänzende Form der Leistungsbewertung zur Mengen- und Fallzahlsteuerung. Der Bewertungsausschuss ist nicht auf einen numerus clausus von Regelungstechniken zur Mengen- und Fallzahlbegrenzung festgelegt; er ist berechtigt, das ärztliche Leistungsverhalten auch durch solche ergänzenden Bewertungsformen zu steuern, die sich nicht als Abstufung im Sinne des [§ 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V](#) oder als Obergrenze im Sinne des [§ 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V](#) qualifizieren lassen. Voraussetzung ist immer, dass eine derartige Steuerung über die Beschreibung und Bewertung ärztlicher Leistungen erfolgt. Durch die Abschmelzungsregelung wird eine solche Bewertung ärztlicher Leistungen vorgenommen. Eine Bewertung ärztlicher Leistungen stellt es nämlich auch dar, wenn ihr wirtschaftlicher Wert abhängig von der Einhaltung eines Punktzahlkontingents sinkt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 23.02.2005, Az. [B 6 KA 55/03 R](#), juris Rn. 17 bis 22). Diese Erwägungen treffen auf die im streitgegenständlichen Quartal geltenden Steuerungsinstrumente für Laborleistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab weiterhin zu. Als reine Bewertungsregelungen lassen sie Raum für Honorarbegrenzungen auf der Honorarverteilungsebene, weil sie anders als die streitgegenständlichen Quotierungen unbeschadet ihrer Steuerungsfunktion nicht darauf gerichtet sind, die Zuteilung der für Laborleistungen bestimmten Anteile der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Abgrenzung zu den Honoraranteilen für andere Leistungen zu regeln. Zutreffend ist zwar die zunächst rein empirische Erwägung, dass durch die regional unterschiedliche Honorarentwicklung wieder regionale Kostenunterschiede eintreten können und dass die Quotierung sich ähnlich wie ein floatender Punktwert auf die Abrechnung und damit auch auf das Leistungsverhalten der Laborleistungen selbst erbringenden, beziehenden und veranlassenden Ärzte auswirken kann. Diese unerwünschten Auswirkungen stehen einer Quotierung indessen rechtlich nicht entgegen. Zunächst unterliegen die Regelungen der Beobachtungs- und ggf. Korrekturpflicht des Bewertungsausschusses und der Gesamtvertragspartner bzw. der Kassenärztlichen (Bundes-) Vereinigung. Zudem ist ein extremer Verfall der Bewertungen, namentlich auf Grund eines sog. Hamsterradeffektes, derzeit auch nicht absehbar. Dem stehen schon die Wirkungen der abrechnungsmengenbegrenzenden Regelungen auf der Bewertungsebene und der Direktabrechnung entgegen. Das Bundessozialgericht hat bereits im Zusammenhang mit der einheitlichen HonorarTOPförmigkeit für selbst erbrachte und ärztlich verantwortete Laborleistungen, wegen derer die Vergütung von Laborärzten durch die die Erbringung und Veranlassung von Laborleistungen durch andere Ärzte beeinflusst wird, bestätigt, dass bereits seit dem Quartal III/1999 die Bindung des Wirtschaftlichkeitsbonus an die Einhaltung des Laborbudgets eine effektive Mengensteuerung auf der Bewertungsebene bewirke. Dies lasse die Annahme zu, dass eine Begrenzung des Honorarverteilungsvolumens nicht zu Lasten der Vergütung für die überweisungsabhängigen Laborleistungen gehen werde (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 54 f.; Bestätigung durch Bundessozialgericht, Urteil vom 23.02.2005, Az. [B 6 KA 55/03 R](#), juris Rn. 26). Diese Prognose gilt in Bezug auf die streitgegenständliche Quotierung der Laborleistungen in Folge der Begrenzung des Verteilungsvolumens gleichermaßen. Eine Aushöhlung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen vertraglichen Euro-Vergütungen ist nicht zu erwarten. Das tatsächliche Ausmaß der Quotierung war zudem im streitgegenständlichen Quartal weit von der zusätzlich in [§ 8 Abs. 6a Buchst. b VwV](#) vorgesehenen Interventionsquote von 50 % entfernt. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 154 Abs. 1 VwGO](#), die Festsetzung des Streitwertes auf [§ 52 Abs. 1 GKG](#), jeweils in Verbindung mit [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#). Die Kammer hat auf Antrag der Klägerin die Revision gemäß [§ 161 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2015-03-16