L 7 KA 69/16

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 87 KA 4701/15
Datum
16.11.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 69/16
Datum
31.07.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufungen gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. November 2016 werden zurückgewiesen. Die Kosten des gesamten Verfahrens haben die Klägerin und die Beklagte je zur Hälfte zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten ein höheres Honorar für das Quartal III/ 2014 für die erbrachten Leistungen nach dem Kapitel 19 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM-Ä).

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft bestehend aus drei Fachärzten für Pathologie. Sie nimmt in der im Rubrum benannten Zusammensetzung seit dem 1. Januar 2007 im Verwaltungsbezirk Mitte an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Seit dem Jahr 2009 vergütete die Beklagte die Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen (pathologische reine Probenuntersuchungen) außerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV) aus einem im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aus dem fachärztlichen Verteilungsvolumen gebildeten Vorwegabzug. Ab dem Quartal II/ 2010 wurden unter Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 (Teil F, Abschnitt I 3.1.2) diesbezüglich mengenbegrenzende Maßnahmen eingeführt, indem die Vergütung auf das aus dem Vorwegabzug ermittelte Vergütungsvolumen begrenzt wurde und bei einer höheren Leistungsanforderung lediglich eine entsprechend quotierte Vergütung erfolgte.

Dabei bestimmte die Beklagte die Höhe des Vorwegabzuges zunächst ausgehend von dem Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 unter Berücksichtigung der Auswirkungen der regionalen HVV-Quote, reduziert um einen Abschlag von 10 v. Hundert, bewertet zu den Preisen der aktuell gültigen Eurogebührenordnung je Quartal (Anlage 1a zum Honorarvertrag [HVV] 2010).

Der Leistungsbedarf betrug in den Quartalen 2008 (in Euro): I/ 2008 II/ 2008 III/ 2008 IV/ 2008 1.272.812,42 2.130.729,49 1.133.923,57 1.265.828,45

Ab dem Quartal I/ 2011 wurde der Vorwegabzug basierend auf dem Vergütungsvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008 bestimmt (§ 4 Nr. 4 Anlage 1 zum HVV). Da der so gebildete Honorartopf nach Angabe der Beklagten jedoch nicht ausreichend war, wurde er ab dem Quartal I/ 2011 durch unterschiedlich hohe Stützungsbeträge angereichert (wegen der Einzelheiten wird auf den Schriftsatz der Beklagten vom 21. Juni 2018 Bl. 368 bis 370 GA L 7 KA 72/16 verweisen). Ab dem Quartal II/ 2012 bildete die Beklagte den Vorwegabzug basierend auf dem Punktzahlvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008 (§ 6 Honorarverteilungsmaßstab - HVM). Dabei erfolgte die Berechnung des Vorwegabzuges durch die Beklagte im Einzelnen wie folgt: Zunächst wurde das Verhältnis des (im Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten) Punktzahlvolumens der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä des jeweiligen Parallelquartals des Jahres 2008 zu dem im Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Punktzahlvolumen des innerhalb der MGV liegenden gesamten fachärztlichen Bereiches des Parallelquartals des Jahres 2008 ermittelt. Diese Relation, welche aufgrund der Bezugnahme auf das jeweils im Auszahlungszeitpunkt anerkannte Punktzahlvolumen und der damit erfolgten Berücksichtigung von Verschiebungen durch Nachvergütungen oder Änderungen innerhalb der MGV, nicht statisch ist, wurde in einem nächsten Schritt mit dem für das jeweilige aktuelle Quartal für die Fachärzte zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen multipliziert. Dabei wurde jedoch nicht das gesamte fachärztliche Vergütungsvolumen (§ 3 Nr. 4 HVM) zugrunde gelegt, sondern dieses wurde zunächst um Beträge für den Anteil des fachärztlichen Versorgungsbereiches am Fremdkassenzahlungsausgleich (§ 6 Abs. 1 HVM) sowie um die Übertragungen nach § 23 HVM erhöht; sodann wurden die Vorwegabzüge nach § 6 Abs. 2 Nr. 1, 2, sowie 5 bis 7 HVM abgezogen.

Der für Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä (pathologische reine Probenuntersuchungen) zu Verfügung stehende Honorartopf sowie die Honorierung dieser Leistungen entwickelten sich ab Beginn der Quotierung im Quartal II/ 2010 wie folgt: Quartal Honorartopf in Euro Angefordertes Volumen in Euro OPW* in Cent Tats. PW** in Cent II/ 2010 1.112.713,81 1.781.943,06 3,5048 2,4757 III/ 2010 2.098.180,38 2.092.381,20 3,5048 3,5048 IV/ 2010 2.032.736,78 2.481.655,23 3,5048 2,8656 I/ 2011 1.992.812,42 2.397.222,59 3,5048 2,9135 II/ 2011 2.240.054,37 2.240.054,37 3,5048 3,5048 III/ 2011 2.130.729,49 2.299.382,92 3,5048 3,2477 IV/ 2011 2.165.704,94 2.390.636,00 3,5048 3,175 I/ 2012 2.312.010,97 2.386.754,54 3,5048 3,3950 II/ 2012 1.679.258,25 2.250.508,94 3,5048 2,6152 III/ 2012 1.532.027,86 2.316.386,11 3,5048 2,3180 IV/ 2012 1.687.906,98 2.515.688,14 3,5048 2,3516 I/ 2013 1.713.360,50 2.474.078,76 3,5363 2,4490 IV/ 2013 1.649.654,45 2.500.547,10 10 6,5972 I/ 2014 1.778.769,61 2.625.841,37 10,1300 6,8622 III/ 2014 1.641.799,25 2.598.525,51 10,1300 6,4003 * Orientierungspunktwert ** tatsächlicher Punktwert aufgrund Quotierung

Die Beklagte bewilligte der Klägerin durch Honorarbescheid für das Quartal III/ 2014 ein Gesamthonorar von 143.889,03 Euro. Dem Honorarbescheid liegen u.a. folgende Zahlen zu Grunde.

Beträge in Euro Gesamthonorar 133.690,56 davon Gesetzliche Krankenversicherung 121.903,50 Außerhalb der MGV* 64.341,78 Mengenbegrenzende Maßnahmen, davon: Pathologische reine Probenuntersuchungen (GOP** 19310, 19311, 19312, 19320, 19321, 19322)

Leistungen AG 51-53 (GOP 01826) 57.561,72

56.520,96

1.040,76

Sonstige Kostenträger 11.787,06 *MGV = morbiditätsorientierte Gesamtvergütung **GOP = Gebührenordnungspositionen

Dabei vergütete der Beklagte die Leistungen für die Pathologischen reinen Probenuntersuchungen (Kapitel 19 EBM-Ä) mit einem Punktwert von 6,4003 ct. Der Orientierungspunktwert betrug im streitigen Quartal 10,1300 ct.

Die Vergütung für die einzelnen, der mengenbegrenzenden Maßnahme unterliegenen GOP des Kapitels 19 EBM-Ä pro Leistung für die Klägerin erfolgte in folgender Höhe (in Euro):

GOP/ Quartal 19310 19311 19312 19320 19321 19322 III 2014 5,31 3,71 3,26 15,62 22,72 33,60

Den gegen den Honorarbescheid aufgrund eines Punktwertabfalles bezüglich der Vergütung der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä (pathologische reine Probenuntersuchungen) erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14. Juli 2015, der Klägerin zugestellt am 27. August 2015, zurück.

Der hiergegen am 21. September 2015 erhobenen Klage hat das Sozialgericht Berlin mit Urteil vom 16. November 2016 teilweise stattgeben. Das Sozialgericht hat die Beklagte unter Aufhebung des angegriffenen Bescheides verurteilt, über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal III/ 2014 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Zudem hat es die Beklagte verpflichtet, 2/3 der Kosten des Verfahrens zu tragen mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen.

Zur Begründung hat das Sozialgericht im Wesentlichen ausgeführt: Die Beklagte sei zwar grundsätzlich berechtigt gewesen, die von der Klägerin abgerechneten Leistungen für pathologische reine Probenuntersuchungen (Kapitel 19 EBM-Ä, GOP 19310, 19311, 19312, 19320, 19321, 19322) einer Mengenbegrenzung zu unterziehen; die Klägerin habe daher keinen unmittelbaren Anspruch auf Vergütung zum Orientierungspunktwert und die Klage sei insoweit abzuweisen. Die Vorschriften zur Mengenbegrenzung und deren Umsetzung seien jedoch rechtswidrig. Die von der Beklagten vorgenommene Berechnung sei nicht nachvollziehbar, der Bescheid daher nicht ausreichend begründet und mangels Heilung des Begründungsmangels aufzuheben. Darüber hinaus sei der Bescheid auch materiell rechtswidrig, da es an einer sachlichen Rechtfertigung für die erfolgte Umstellung der Berechnung des zur Verfügung stehenden Honoraranteils für die Leistungen nach dem Kapitel 19 EBM-Ä ab dem Quartal II/ 2012 durch den HVM der Beklagten fehle. Zudem sei die Berechnung des Honoraranteils weder im HVM konkret geregelt, noch habe der Beklagte diese im Verfahren erläutern können. Überdies hätte die Beklagte von Amts wegen prüfen müssen, ob der Klägerin ein Anspruch auf Ausgleichszahlungen wegen überproportionalem Honorarverlustes zustehe. Die Voraussetzungen eines solchen Anspruches seien in dem streitigen Quartal III/ 2014 erfüllt, da es für die Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä in Bezug zu dem Orientierungspunktwert für die Klägerin zu einem Punktwertverlust von über 36% gekommen sei und dieser Punktwertabfall auch einen wesentlichen Anteil des Leistungsbereiches der Klägerin betreffe.

Gegen dieses der Beklagten am 30. November 2016 und der Klägerin am 1. Dezember 2016 zugestellte Urteil haben die Beklagte am 21. Dezember 2016 und die Klägerin am 30. Dezember 2016 Berufung eingelegt.

Die Klägerin ist der Ansicht, dass sie gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung eines Honorars für die im Rahmen MGV erbrachten Leistungen für pathologische reine Probenuntersuchungen des Kapitels 19 EBM-Ä anhand des jeweiligen Orientierungspunktwertes habe. Das Urteil des Sozialgerichts Berlin sei daher rechtsfehlerhaft, soweit es nur einen Neubescheidungsanspruch zuerkannt habe. Aus der zutreffenden Rechtsansicht des Sozialgerichts zur fehlenden Nachvollziehbarkeit der erfolgten Berechnungen der Beklagten ergebe sich, dass die Punktwertkürzung nicht habe erfolgen dürfen. Dies wiederum führe zwingend zu einem Vergütungsanspruch nach dem Orientierungspunktwert. Die von der Beklagten vorgenommene Quotierung sei intransparent, nicht nachvollziehbar und nicht unter Beachtung der Grundsätze der Honorarverteilungsgerechtigkeit und Angemessenheit der Vergütung erfolgt. Entgegen der Ansicht der Beklagten sei die erfolgte Berechnung des Punktwertes für die Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä auch nach deren Vorbringen im Berufungsverfahren nicht nachvollziehbar. Die erfolgte Berechnung sei weder mit den Regelungen des HVM in Einklang zu bringen noch in sich schlüssig. So könne der Reglung des § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM zur Bildung des Vorwegabzuges "basierend auf dem Punktzahlvolumen des Parallelquartals 2008" die nunmehr von der Beklagten zur Bemessung des Honorartopfes dargelegte Verhältnisrechnung nicht entnommen werden. Auch in den Anlagen finde sich keine Erläuterung des Rechenweges, insbesondere keine Berechnungsformel. Soweit die Beklagte nunmehr das Punktzahlvolumen für die Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä des Parallelquartals 2008 in Relation setze zu dem

Gesamtpunktzahlvolumen aller Fachärzte im entsprechenden Quartal des Jahres 2008 und die sich daraufhin ergebende Prozentzahl mit einem um verschiedene Vorwegabzüge bereinigten "versorgungsbereichsspezifischen RLV-Vergütungsvolumen" des jeweilig aktuellen Quartals multipliziere, welches selbst wieder nur eine Teilmenge der gesamten fachärztlichen Vergütung sei, sei die Verhältnisbildung inkongruent. Der sich durch diesen - sich aus den Regelungen des HVM nicht erschließenden – Berechnungsweg ergebende Honorartopf falle zudem von seiner Größenordnung her weit hinter die Honorarkontingente der Vorjahre zurück, ohne dass der Grund hierfür ersichtlich sei. Soweit die Beklagte in den Jahren 2010 und 2011 den Honorartopf durch Stützungsmaßnahmen angehoben habe, könne nicht erkannt werden, warum diese Maßnahmen zum Quartal II/ 2012 entfallen seien und die Beklagte trotz des deutlich erkennbaren Honorarverlustes keine neuen Stützungsmaßnahmen ergreife. Auch seien die vorgelegten Zahlen der Beklagten alle insgesamt nicht nachvollziehbar und intransparent. Es entstehe der Eindruck, dass die Berechnung des Honorartopfes so erfolge, wie es für die Beklagte günstig sei. Die Beklagte könne überdies die ab dem Quartal II/ 2012 erfolgte neue Berechnung des Honorartopfes weder mit einer behaupteten Mengenmehrung bei den durch die Pathologen abgerechneten Leistungen noch mit einer Gleichbehandlung mit anderen Fachgruppen sachlich rechtfertigen. Letzterem stehe die klare Vorgabe des HVM entgegen, wonach die Pathologen gerade nicht mit den RLV-relevanten Arztgruppen gleichbehandelt werden sollen, da zwischen diesen Gruppen sachliche Unterschiede bestünden: die Pathologen würden allein auf Überweisung hin tätig und es bestehe für sie keine Möglichkeit, das eigene Leistungsvolumen über Sprechstundenzeiten oder Terminvergaben zu beeinflussen. Aufgrund der von der Beklagten gewählten Berechnungsweise des Honorartopfes werde die Vergütung der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä in Bezug zur RLV-Vergütung gesetzt; damit würden quasi durch die Hintertür auch diese Leistungen der RLV-Vergütung unterworfen, ohne dass dem die Vorteile der RLV-Vergütung, nämlich die Planungssicherheit auch in Bezug auf die Wirkung der mengenbegrenzenden Maßnahme sowie etwaige Bonuszahlungen etc., gegenüber stünden. Aber auch die anhand des ermittelten Honorartopfes erfolgte Quotierung sei in dieser Form nicht nachvollziehbar, denn der Regelung des § 19 Abs. 2 HVM sei zu entnehmen, dass die Vergütung der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä zweistufig (im Sinne einer Abstaffelung) zu erfolgen habe: Bis zur Höhe des nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM gebildeten Vorwegabzuges sei unquotiert zum Orientierungspunktwert zu vergüten, erst nach der Überschreitung sei bezüglich dieses Teils eine Quotierung gemäß der Berechnung der Beklagten vorzunehmen. Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. November 2016 zu ändern,

die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheides für das Quartal III/ 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juli 2015 zu verurteilen, an die Klägerin für das Quartal III/ 2014 weitere 32.146,44 Euro nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen sowie

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. November 2016 zu ändern,

die Klage insgesamt abzuweisen und

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass der Honorarbescheid rechtmäßig sei und der Klägerin weder ein weitergehender Honoraranspruch für das Quartal III/ 2014 auf Basis des Orientierungspunktwertes noch ein Anspruch auf Neubescheidung zustünde. Zutreffend habe das Sozialgericht ausgeführt, dass die Anwendung mengenbegrenzender Maßnahmen auch bezüglich der Leistungen der Kapitels 19 des EBM-Ä zulässig sei. Hingegen habe es rechtsfehlerhaft angenommen, dass die konkrete Ausgestaltung der Normen der Beklagten und deren Umsetzung rechtswidrig seien und die Berechnung der Beklagten nicht nachvollziehbar sei: Die Quotierung der Leistungen für die pathologischen reinen Probenuntersuchungen ergebe sich aus § 19 Abs. 2 HVM. Danach sei eine Quotierung vorzunehmen, soweit die Anforderung für diese Leistungen das gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreite. Soweit in Satz 2 des § 19 Abs. 2 HVM als Basis das Vergütungsvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008 benannt werde, handele es sich um einen redaktionellen Fehler, da versehentlich noch die Formulierung des zuvor gültigen HVM übernommen worden sei. Richtigerweise erfolge die Quotierung anhand des nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM gebildeten Vorwegabzuges auf Basis des Punktzahlvolumens des Parallelquartals des Jahres 2008. Dabei sei der nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM "auf Basis des Punktzahlvolumens des Parallelquartals des Jahres 2008" zu bildende Honorartopf – anders als dies das Sozialgericht und der Kläger annehmen – selbst kein für die jeweiligen Quartale statischer Wert, sondern das Ergebnis eines Berechnungsvorganges. Spätestens mit der Darstellung der Berechnung des Honorartopfes im Berufungsverfahren sei die Ermittlung des konkreten Honorarbetrages für die Klägerin transparent dargelegt und nachvollziehbar begründet, so dass der bis dahin vorliegende Begründungsmangel gemäß § 41 Sozialgesetzbuch/ Zehntes Buch (SGB X) geheilt sei. Die Bestimmung des Vorwegabzuges nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM sei auch rechtmäßig erfolgt. Die zum Quartal II/ 2012 erfolgte Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes hänge mit dem zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz zusammen. Letztlich sei der Grund für die erfolgte Änderung im Rahmen der vorliegenden Prüfung jedoch unbeachtlich, entscheidend sei allein, ob die getroffene Regelung im HVM rechtmäßig sei. Die Regelungen des HVM seien mit den Vorgaben des BSG zur Bildung von Honorarkontingenten vereinbar, insbesondere habe das BSG das Anknüpfen an frühere Abrechnungszeiträume nicht beanstandet (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, B 6 Ka 45/12 R).

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Gerichtsakte L 7 KA 72/16 Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegten Berufungen (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG) der Beklagten und der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. November 2016 sind zulässig, aber unbegründet.

Das Rubrum des Verfahrens war dahingehend zu berichtigen, dass Klägerin des Verfahrens die Berufsausübungsgemeinschaft bestehend aus Dres. med. BFL ist, da die Honorarbescheide an die Berufsausübungsgemeinschaft und nicht an die einzelnen Ärzte gerichtet waren. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist Adressat des Honorarbescheides im Falle der gemeinschaftlichen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) und nicht der einzelne Arzt, der der BAG angehört (vgl. BSG SozR 4-2500, § 856 Nr. 65, Rn. 12, Urteil vom 4. Mai 2016, B 6 KA 24/15 R, Rn. 14, juris). Die BAG tritt der kassenärztlichen Vereinigung wie ein Einzelarzt

als einheitliche Rechtspersönlichkeit gegenüber und ist dementsprechend als Klägerin zu führen.

Zu Recht hat das Sozialgericht den Honorarbescheid für das Quartal III/ 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juli 2015 aufgehoben und die Beklagte zur Neubescheidung verpflichtet (hierzu unter 1.) sowie die über den Neubescheidungsanspruch hinausgehende Leistungsklage der Klägerin abgewiesen (hierzu unter 2.).

1.) Die Berufung der Beklagten bleibt ohne Erfolg. Der Honorarbescheid für das Quartal III/ 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juli 2015 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten, was zu einem Anspruch der Klägerin auf Neubescheidung führt.

Der angegriffene Bescheid ist nicht bereits formell rechtswidrig. Zwar ist der Klägerin und dem Sozialgericht zuzugeben, dass es der Beklagten weder in den angegriffenen Bescheiden noch im erstinstanzlichen Klageverfahren gelungen war, nachvollziehbar darzulegen, wie sich die Vergütung der Leistungen nach dem Kapitel 19 EBM-Ä für die Klägerin errechnete und woraus sich die gegenüber den Vorquartalen festzustellende Punktwertreduzierung ergab. Dies beruhte maßgeblich auf dem Umstand, dass die Beklagte lediglich mitteilte, dass sich die Quotierung anteilig aus der Gegenüberstellung des für die Leistungen nach dem Kapitel 19 EBM-Ä angeforderten Vergütungsvolumen zu dem "zur Verfügung stehenden EUR-Volumen aus dem Parallelquartal des Jahres 2008" ergebe, ohne jedoch klarzustellen, dass das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen kein jeweils feststehender Betrag für das jeweilige Parallelquartal ist, sondern sich das "zur Verfügung stehende EUR-Volumen", mithin der zur Verfügung stehende Honorartopf, selbst wiederum anhand eines komplizierten Berechnungsweges bestimmt. Diesen Berechnungsweg hat die Beklagte im Berufungsverfahren schlüssig dargelegt, so dass nunmehr die erfolgte Berechnung in ihren Grundzügen nachvollzogen werden kann. Damit ist der ursprünglich bestehende Begründungsmangel des § 35 SGB X nunmehr gemäß § 41 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 SGB X geheilt.

Der Bescheid ist jedoch materiell rechtswidrig. Die von der Beklagten der Honorarberechnung zugrunde gelegten Verteilungsregelungen des HVM sind nicht hinreichend bestimmt und können daher den angefochtenen Honorarbescheid nicht tragen.

Rechtsgrundlage für die Vergütung der Leistungen nach dem Kapitel 19 EBM-Ä ist § 87b Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch/ Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 6 Abs. 2 Nr. 3 und § 19 Abs. 2 des ab dem Quartal IV/ 2013 geltenden Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der Beklagten. Demnach erfolgt die Vergütung der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Hierfür wird innerhalb des fachärztlichen Honorarvolumens, aber außerhalb der RLV-Vergütung im Wege des Vorwegabzuges nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM ein gesonderter Honorartopf für die Vergütung der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä gebildet.

§ 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM lautet: "Aus dem fachärztlichen Honorarvolumen nach Absatz 1 wird unter Berücksichtigung der nachfolgenden bedarfsabhängigen Vorwegabzüge des fachärztliche RLV-Verteilungsvolumen gebildet: ( ) Nr. 3 Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des EBM Kapitels 19 als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen, basierend auf dem Punktzahlvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008, ( )

Die Verteilung dieses Honorartopfes erfolgt nach § 19 Abs. 2 HVM dergestalt, dass die Leistungen quotiert vergütet werden, soweit das von den Ärzten angeforderte Vergütungsvolumen das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen überschreitet.

Im Einzelnen hat § 19 Abs. 2 HVM folgenden Wortlaut: "Die Vergütung Pathologischer Leistungen des EBM Kapitels 19, die auf Überweisung zur Durchführung von Probenuntersuchungen veranlasst wurden, erfolgt bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM gebildeten Abzuges unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der Anlage 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen – Basis ist das Vergütungsvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008 – überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert."

Gesetzliche Grundlage dieser Regelungen sind §§ 87a und 87b Abs. 1 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl I 2983). § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V sieht im Grundsatz vor, dass die Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die KÄV "für die gesamte vertragsärztliche Versorgung" der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KÄV gezahlt wird. Eine Ausnahme regelt § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V. Danach sind vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. In Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner kann darüber hinaus geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Abs. 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist (§ 87a Abs. 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V). Eine solche Regelung liegt in Bezug auf die hier streitigen Leistungen in dem Honorarvertrag der Beklagten mit den Verbänden der Krankenkassen für das Jahr 2014 nicht vor.

Nach § 87b SGB V verteilt die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V hat der Verteilungsmaßstab Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 SGB V oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.

Mit der Neufassung des § 87b SGB V durch das GKV-VStG ist der Gesetzgeber in wesentlichen Punkten zur Verteilungssystematik aus der Zeit vor Inkrafttreten der Änderungen durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zum 1. Januar 2004 zurückgekehrt und hat die bundesgesetzlichen Vorgaben, insbesondere die Implementation von RLV, weitgehend zurückgenommen (BSG, Urteil vom 2. August 2017, B 6 KA 16/16 R, Rn. 27, juris). Die KÄVen dürfen - im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen - seit 2012 die Honorarverteilung wieder weitgehend nach eigenen Präferenzen gestalten, wobei nach § 87b Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) zu beachten sind (vgl. BSG, Urteil vom 8. August 2018, B 6 KA 26/17 R, juris).

Dabei kommt dem normgebenden Gremium bei der Ausformung des HVM ein Gestaltungsspielraum zu (BSG, Urteile vom 9. Dezember 2004, B 6 KA 44/03 R; vom 8. Februar 2006, B 6 KA 25/05 R und vom 29. August 2007, B 6 KA 43/06 R, juris), wie er typischerweise mit Rechtssetzungsakten einhergeht. Diese Gestaltungsfreiheit gilt nicht allein für die Honorarverteilung im engeren Sinne, sondern umfasst insbesondere auch die Art und Weise der Ausformung von Honorarbegrenzungs-regelungen. Die Ausarbeitung des HVM erfordert Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Dieser Gestaltungsspielraum ist von den Gerichten grundsätzlich zu respektieren; die richterliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob die rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Auch nach der Erweiterung der Gestaltungsspielräume der Gesamtvertragspartner bei der Ausgestaltung der Honorarverteilung seit der Neufassung des § 87b SGB V durch das GKV-VStG bleiben diese durch den sich aus Art. 12 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG abgeleiteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sowie durch den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung begrenzt (vgl. BSG, Urteil vom 30. November 2016, B 6 KA 4/16 R, juris).

Hiervon ausgehend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beklagte in dem jeweils im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen beschlossenen Honorarverteilungsmaßstab ab dem Quartal II/ 2012 auch nach dem GKV-VStG weiterhin die Vergütung der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä wie zuvor unter Geltung der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V a.F. (Beschluss vom 26. März 2010, Teil F Punkt 2.5.3 und Punkt 3.1.2) innerhalb der MGV, aber außerhalb der RLV-Vergütung aus einem aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich heraus gesondert gebildeten Vorwegabzug vornimmt und damit diesen Vorgaben insoweit weiterhin folgt. Damit steht für die Vergütung der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä nur dieser im Rahmen des Vorwegabzuges gebildete Honorartopf zur Verfügung, so dass weitere Regelungen notwendig sind für den Fall, dass das angeforderte Leistungsvolumen das aus dem Honorartopf bereitstehende Vergütungsvolumen übersteigt. Dementsprechend bestimmte der Bewertungsausschuss in seinem oben benannten Beschluss unter Punkt 2.5.3 Satz 2, dass sich die Partner der Gesamtverträge über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen.

Vorgaben zur Berechnung des Vorwegabzuges machte der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 26. März 2010 hingegen nicht. Auch die nunmehr zu berücksichtigenden Vorgaben der KÄBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V n.F. enthalten weder Vorgaben zur konkreten Bildung etwaiger Vorwegabzüge noch schließen sie eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge, dass die kassen- und vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM-Ä, sondern - abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich – unter-schiedlich hoch vergütet werden, nicht grundsätzlich aus. Im Gegenteil lässt sich den Vorgaben der KÄBV (Teil A Punkt 2) im Einklang mit § 87b Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V entnehmen, dass die Honorarverteilungsmaßstäbe der KÄVen grundsätzlich Regelungen vorzusehen haben, die eine übermäßige Ausdehnung verhindern und damit mengenbegrenzende Wirkung haben. Den ab dem Quartal IV/ 2012 erfolgten Vorgaben der KÄBV nach § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V zur Bereinigung des zu erwartenden Honorars (im Hinblick auf sog. Selektivverträge) hat die Beklagte in der Verteilungsregelung in § 19 Abs. 2 HVM ("unter Berücksichtigung des Abschnittes 1 Punkt 10 der Anlage 7 HVM") Rechnung getragen.

Die Beklagte war auch berechtigt, die konkrete Bildung des Honorartopfes ab dem Quartal II/ 2012 zu ändern, nachdem sich der ab dem Quartal I/ 2011 anhand des Vergütungsvolumens des Parallelquartals des Jahres 2008 gebildete Honorartopf bereits von Beginn an als unzureichend erwiesen hatte und stets gestützt wurde. Einer darüber hinaus gehenden weitergehenden Rechtfertigung bedurfte es hierfür nicht, denn mit der Umstellung der Berechnung des Honorartopfes kam der Beklagte zunächst nur der ihm bei der Bildung von Teilbudgets obliegenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht (vgl. BSG, Urteil vom 7. Februar 1996, 6 RKa 42/95, juris) nach.

Die Bildung eines geschlossenen, leistungsbezogenen Honorarkontingents stellt bereits für sich aufgrund der grundsätzlich begrenzten MGV ohne Nachschussverpflichtung der Krankenkassen eine mengenbegrenzende Maßnahme dar. Sog. Honorartöpfe begrenzen die Auswirkungen der Leistungsdynamik auf einzelne Arztgruppen und bestimmte Leistungen. Sie setzen über ein absinkendes Vergütungsniveau prinzipiell Anreize zu zurückhaltender Leistungserbringung, schützen aber auch vor einem Absinken der für die Honorierung dieser Leistungen zur Verfügung stehenden Anteile der Gesamtvergütung. Dieser Zusammenhang besteht auch bezogen auf die Anteile der Gesamtvergütung, die für die vorab zu vergütenden "freien" Leistungen eingesetzt werden, zu den Anteilen, die noch für die vom RLV erfassten Leistungen zur Verfügung stehen (vgl. BSG, Urteil vom 23. März 2006, B 6 KA 33/15 R, Rn. 11, juris). Vergleichbare Steuerungsinstrumente hat das BSG sowohl für einzelne Fachgruppen und Leistungsbereiche als auch für Mischsysteme als rechtmäßig angesehen (grundlegend BSG, Urteil vom 9. September 1998, B 6 KA 55/97, juris). Nach der Rechtsprechung des BSG können Honorartöpfe nach Leistungsbereichen gebildet werden, wenn damit Steuerungszwecke verbunden sind, die ihrerseits im Gesetz bzw. im vertragsärztlichen Vergütungssystem selbst angelegt sind oder die zu verfolgen zu den legitimen Aufgaben der KÄV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags gehört (BSG, Urteil vom 9. September 1998, B 6 KA 55/97 R, Rn. 14, juris). Eine solche Rechtfertigung liegt bereits in dem Bestreben zu verhindern, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert wird (vgl. BSG, a.a.O. sowie BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, B 6 KA 31/03 R, juris). Auch der in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V verwendete Begriff der "übermäßigen Ausdehnung" ist nicht allein arztindividuell, sondern fachgruppenbezogen zu verstehen (BSG, Urteil vom 8. August 2018, B 6 KA 26/17 R, juris). Er ist nicht auf die Fallgestaltungen beschränkt, dass der Arzt das "Praxisvolumen" nur unter Verletzung der Pflichten zur sorgfältigen und persönlichen Behandlung bewältigen kann (vgl. BSG, Urteil vom 30. März 1977, 6 RKa 13/76, Rn. 20, juris), also angesichts des Umfangs der abgerechneten Leistungen davon auszugehen ist, dass die einzelnen Leistungen nicht mehr in einer der Leistungsbeschreibung entsprechenden Art und Weise erbracht worden sein können und mithin Qualitätsmängel zu befürchten sind (BSG, Urteil vom 30. März 1977, 6 RKa 13/76, Rn. 20; sowie Urteile vom 13. März 2002, B 6 KA 48/00 R und B 6 KA 1/01 R, alle in juris). Vielmehr erfasst er auch honorarbegrenzende Maßnahmen, die Mengenausweitungen durch eine Facharztgruppe zulasten anderer Arztgruppen verhindern (BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013, B 6 KA 6/13 R, juris).

Auch der Umstand, dass vorliegend nicht nur einzelne Leistungsbereiche, sondern das gesamte pathologische Leistungskapitel 19 EBM-Ä insgesamt einer Kontingentierung unterworfen worden ist, rechtfertigt keine andere Beurteilung (vgl. BSG, Urteil vom 23. März 2016, B 6 KA 33/15 R; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 14. November 2018, L 5 KA 747/17, Rn. 43, jeweils juris). Die Leistungskontingentierung wird im Übrigen weder dadurch rechtswidrig, dass - wie klägerseits geltend gemacht - die pathologischen Leistungen überweisungsgebunden sind und daher einer Mengensteuerung durch die Ärzte, an die überwiesen wird, nicht zugänglich sind (vgl. BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, B 6 KA 31/03 R; Urteil vom 23. März 2016, B 6 KA 33/15 R, Rn. 21; Urteil vom 19. August 2015, B 6 KA 34/14 R, jeweils juris) noch dadurch, dass durch eine Veränderung der Behandlungspraxis die Leistungsmenge ausgeweitet wird (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, a.a.O.).

Jedoch ist die Regelung des § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM insoweit rechtswidrig, als sie die Berechnung des Honorartopfes nicht hinreichend bestimmt vorgibt. Eine mengenbegrenzende Regelung durch Bildung eines Honorartopfes mit anschließender quotierter Verteilung setzt für ihre Rechtmäßigkeit voraus, dass das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen in einem normierten Verfahren ermittelt wird (vgl. BSG, Urteil vom 19. August 2015, B 6 KA 34/14 R, Rn. 22, juris).

Vorliegend ist die Bildung des Vergütungsvolumens für die Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä nicht hinreichend normiert. Die Regelung verstößt gegen das auch für einen untergesetzlichen Normgeber bei Erlass einer Satzung geltende Gebot der Normenklarheit und Bestimmtheit. Da die mengenbegrenzende Wirkung eines Honorartopfes im Wesentlichen aus der Höhe des ihm zugeschriebenen Vergütungsvolumens folgt, ist die Berechnung des Honorartopfes in dem Honorarverteilungsmaßstab konkret zu regeln. Dabei verlangt das aus dem Rechtsstaatsprinzip folgende Gebot der Normenklarheit und Bestimmtheit, dass Rechtsvorschriften so gefasst sein müssen, dass der Betroffene seine Normunterworfenheit und die Rechtslage konkret erkennen kann. Er muss sein Verhalten danach ausrichten können (vgl. BVerfGE 108, 52, 75 m.w.N.). Jedoch dürfen die Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit nicht übersteigert werden. Müsste jeder Tatbestand mit exakt erfassbaren Merkmalen bis ins Letzte beschrieben sein, dann wären die Normen sehr starr und/ oder rein kasuistisch und könnten deshalb der Vielgestaltigkeit des Lebens und den Besonderheiten des Einzelfalls nicht mehr gerecht werden (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, B 6 KA 44/03 Rn. 42, juris). Die Regelungen müssen lediglich so genau gefasst sein, wie dies nach der Eigenart des zu ordnenden Lebenssachverhalts und mit Rücksicht auf den Normzweck gerechtfertigt ist (vgl. BVerfG, Beschluss vom 18. Mai 2004, 2 BvR 2374/99, Rn. 122 ff., juris = BVerfGE 110, 370, 396 f. mwN). Eine Auslegungsbedürftigkeit macht eine Norm nicht unbestimmt. Dem Bestimmtheitserfordernis ist vielmehr genügt, wenn Auslegungsfragen mit herkömmlichen juristischen Methoden bewältigt werden können (vgl. BVerfG, Beschluss vom 12. Juni 1990, 1 BvR 355/ 86, Rn. 65 ff., juris = BVerfGE 82, 209, 224 ff.; BVerfG, Beschluss vom 18. Mai 2004, 2 BvR 2374/99, Rn. 122 ff., juris = BVerfGE 110, 370, 396 f. mwN). So können unbestimmte Rechtsbegriffe verwendet werden, sofern sie der Konkretisierung durch Auslegung zugänglich sind (vgl. z.B. BVerfG, Beschluss vom 12. Juni 1990, 1 BvR 355/ 86, Rn. 65 ff., juris = BVerfGE 82, 209, 224 ff. zu Begriffen wie Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Kostengünstigkeit). Jedoch dürfen bei komplexen Regelungen die Anforderungen an ihre Klarheit und Eindeutigkeit nicht überspannt werden (vgl. dazu z.B. BVerfG, Beschluss vom 17. Dezember 2002, 1 BvL 25/95, 1 BvL 30/95, Rn. 135 ff., juris = BVerfGE 106, 275, 308; BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, B 6 KA 44/03 Rn. 42, juris).

Diesen Vorgaben wird der HVM der Beklagten nicht gerecht, denn die konkrete Berechnung des Honorartopfes kann der Regelung des § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM weder unmittelbar noch durch Auslegung entnommen werden.

Anhand der dem § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM allein zu entnehmenden Bestimmung "basierend auf dem Punktzahlvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008" lässt sich die Bildung des Honorartopfes nicht herleiten. Eine Konkretisierung unter Benennung einer konkreten Formel lässt sich auch den Anlagen des ab dem 1. Oktober 2013 gültigen HVM der Beklagten nicht entnehmen. Zwar ähnelt der von der Beklagten im Berufungsverfahren konkretisierte Berechnungsweg der in Anlage 3 Punkt 3 des HVM niedergelegten Formel zur Berechnung des "Vergütungsbereiches je besonderem Verteilungsvolumen", jedoch ist dieser Berechnungsweg nicht deckungsgleich. Zudem bezieht sich die Formel eindeutig auf die besonderen Verteilungsvolumen des § 7 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. Abs. 2 HVM und nicht auf § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM und kann auch nicht im Wege der Auslegung auf die Vorwegabzüge des § 6 Abs. 2 HVM angewandt werden, da in dieser Formel der hier zu bildende Vorwegabzug des § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM selbst als Berechnungsposten eingestellt ist.

Der in § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM gewählte Wortlaut lässt auch nicht nur zwingend den Schluss auf die von der Beklagten gewählten Berechnungsweise zu. Denkbar wäre etwa auch eine Auslegung dahingehend, dass das jeweilige Punktzahlvolumen der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä des Parallelquartals des Jahres 2008 festgeschrieben wird und das zur Verfügung stehende Eurovolumen dann anhand der festgeschriebenen Punkzahlen multipliziert mit dem jeweils gültigen Orientierungspunktwert ermittelt wird (vgl. zu einer solchen Regelung Anlage 1a HVV 2010), auch wenn zu berücksichtigen ist, dass zum Quartal IV/ 2013 eine grundlegende Umgestaltung des EBM-Ä mit einer Reduzierung der Punktzahl je GOP bei gleichzeitiger Erhöhung des Orientierungspunktwertes erfolgte.

Auch unter Berücksichtigung der Formulierung der Vorgängerregelung lässt sich die von der Beklagten vorgenommene tatsächliche Berechnung des Honorartopfes nicht ermitteln. Nach der Anlage 1 der Honorarverträge im Jahr 2011 wurde der Vorwegabzug für die Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä "basierend auf dem Vergütungsvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008" bestimmt. In Umsetzung dieser Regelung hat die Beklagte das tatsächlich im Parallelquartal des Jahres 2008 zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen der Bildung des Honorartopfes zugrunde gelegt. Eine etwaige Verhältnisrechnung wurde nicht vorgenommen. Obwohl der Wortlaut der Regelung eine Änderung allein dahingehend erfahren hat, dass nunmehr der Vorwegabzug "basierend auf dem Punktzahlvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008" vorgenommen wird, also die Basis sich vom Vergütungs- zum Punktzahlvolumen wandelte, ermittelt der Beklagte nunmehr den zur Verfügung stehenden Honorartopf anhand einer komplexen Formel unter Bildung einer Relation des Punktzahlvolumens der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä im Parallelquartal des Jahres 2008 zu dem gesamten fachärztlichen Leistungsbereich, wobei nicht das tatsächliche Verhältnis im Jahr 2008 statisch festgeschrieben wird, sondern Nachvergütungen und Änderungen in der Zusammensetzung des fachärztlichen Leistungsbereiches im Abrechnungsquartal im Vergleich zum Jahr 2008 mitberücksichtigt werden.

Auch der Sinn und Zweck der Vorschrift als mengenbegrenzende Maßnahme lässt keinen zwingenden Schluss auf die von der Beklagten vorgenommene Berechnung des Honorartopfes zu.

Da die mengenbegrenzende Wirkung eines Honorartopfes im Wesentlichen aus der Höhe des ihm zugeschriebenen Vergütungsvolumens folgt, kann die Frage der Berechnung dieses Honorartopfes in dem Honorarverteilungsmaßstab durch den untergesetzlichen Normgeber nicht offen gelassen und im Rahmen des Normenvollzuges dem Rechtsanwender die Ausfüllung der unbestimmten Regelung überlassen werden. Es ist Aufgabe des untergesetzlichen Normgebers, Wesentliches selbst zu regeln. Durch die offene Formulierung hat die Beklagte die im Zusammenhang mit der Bestimmung der Höhe des Honorartopfes entstehenden Probleme auf den Normenvollzug verlagert. Die Bestimmung der Berechnung des Honorartopfes ist jedoch Aufgabe des Normgebers, mithin also der Vertreterversammlung der Beklagten (vgl. § 5 der Satzung der Beklagten).

Nur durch eine qualifizierte Bestimmung zur Ermittlung des Honorartopfes durch den untergesetzlichen Normgeber kann überdies dem in § 87b Abs. 2 Satz 1 letzter Halbsatz enthaltenen Gebot der Kalkulationssicherheit Rechnung getragen werden. Zwar verlangt das Gebot der

Kalkulationssicherheit nicht, dass die vertragsärztlichen Leistungen zu einem festen Punktwert vergütet werden (vgl. BSG, Urteil vom 19. August 2015, B 6 KA 34/14 R, Rn. 33, juris). Vielmehr stellt die Gewährleistung einer Kalkulationssicherheit unter Geltung einer begrenzten Gesamtvergütung nur ein "relatives" Ziel dar. Steuerungsmaßnahmen, die wie Honorartöpfe nachträglich verhindern, dass sich das Verhalten einer Arztgruppe zu Lasten anderer Arztgruppen auswirkt, weil erst nach Abschluss des Quartals feststeht, in welchem Umfang das Vergütungsvolumen überschritten wurde, verstoßen daher nicht per se gegen das Gebot der Kalkulationssicherheit (BSG, a.a.O., Rn. 55; Beschluss vom 5. Juni 2013, B 6 KA 55/12 B; Beschluss vom 26. Juni 2019, B 6 KA 46/18 B, Rn. 7, juris). Jedoch müssen dem Vertragsarzt im Zeitpunkt der Leistungserbringung zumindest diejenigen Eckdaten zur Verfügung stehen, die einen Rückschluss auf die Höhe seines Honorars zulassen (vgl. Amoulong, Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht, S. 110). Dies ist nicht gegeben, wenn aus dem HVM die Berechnung des für die lediglich quotierte Vergütung eines Leistungsbereiches zustehenden Honorartopfes noch nicht einmal im Ansatz zu erkennen ist.

Insofern wird die Vertreterversammlung der Beklagten vor Erlass eines neuen Honorarbescheides für das Quartal III/ 2014 eine konkrete Bestimmung zur Berechnung des Honorartopfes des § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM zu treffen haben.

Dabei ist Folgendes zu bedenken: Im Ergebnis ist es nicht zu beanstanden, dass die Beklagte für das hier streitige Quartal zur Bestimmung des Vergütungsvolumens noch auf die Verhältnisse des Jahres 2008 abgestellt hat. Es ist in der Rechtsprechung anerkannt, dass bei der Bildung von Honorarkontingenten an die Verhältnisse früherer Quartale angeknüpft werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 23. März 2016, B 6 KA 33/15 R, Rn. 11 m.w.N., juris). Dem liegt die berechtigte Annahme zu Grunde, dass die in der Vergangenheit ausbezahlten Honorare bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang der im aktuellen Quartal abzurechnenden Honorarforderungen sind. Auch wird durch die Anknüpfung an einen zeitnahen Bezugszeitraum die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit gestärkt. Hieran ändert auch die zum 1. Oktober 2013 erfolgte Änderung des EBM-Ä zunächst nichts, da durch die Umstellung keine Verschiebungen in den Verhältnissen der einzelnen GOP zueinander eingetreten sind und damit auch das Verhältnis der Bewertung der Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä zum übrigen fachärztlichen Leistungsbereich keine grundlegende Veränderung erfahren hat.

Auch ist grundsätzlich die Umstellung der Berechnung weg von einem statischen Vergütungsvolumen hin zu einem auf Basis eines Punktzahlvolumens ermittelten variablen Vergütungsvolumens nicht zu beanstanden. Seine sachliche Rechtfertigung findet dies bereits in der dynamischen Preisentwicklung und der Fortschreibung des Orientierungspunktwertes. Hierfür kann grundsätzlich als Basis auch eine Relation des im Wege des Vorwegabzuges zu vergütenden Leistungsbereiches zu dem übrigen fachärztlichen Leistungsbereich ermittelt werden, ohne dass – wie die Klägerin meint - hieraus zugleich eine Einbeziehung dieses Leistungsbereiches in der RLV-Bereich folgt, da eine solche Relation sachgerecht nicht nur im Vergleich zum dem RLV-Vergütungsvolumen, sondern stets zum gesamten fachärztlichen Vergütungsvolumen erfolgen sollte. Das Herausrechnen einzelner Vergütungsbereiche vor Erstellung der Relation erfordert hingegen das Vorliegen eines erheblichen sachlichen Grundes, der derzeit für den Senat nicht erkennbar ist. Insofern erscheint die bisherige Relationsbildung der Beklagten auch inkongruent. Der von ihr gebildeten Relation aus dem Punktzahlvolumen der erbrachten Leistungen nach dem Kapitel 19 EBM-Ä der Pathologen im Parallelquartal des Jahres 2008 zu dem Gesamtpunktzahlvolumen aller Fachärzte wurde nicht das direkt nach der Trennung von Haus- und Facharzt ermittelte fachbereichsspezifische Vergütungsvolumen, sondern ein um weitere Vorwegabzüge bereinigtes Vergütungsvolumen entgegen gesetzt. Dies erfolgte, ohne dass die auf die anderen Vorwegabzüge entfallenen Punkte im Jahr 2008 zuvor aus der Relation herausgerechnet wurden.

Demgegenüber ist die Quotierungsregelung des § 19 Abs. 2 HVM im Wesentlichen nicht zu beanstanden. Wie bereits dargelegt, ergibt sich die mengenbegrenzende Wirkung bereits aus der Bildung eines geschlossenen Honorartopfes. Da dem HVM eine Nachschusspflicht bei Überschreitung des Honorartopfes durch das angeforderte Leistungsvolumen nicht zu entnehmen ist, muss eine Regelung zur Vergütungsaufteilung im Falle der Überschreitung des Honorartopfes getroffen werden. Dem kommt § 19 Abs. 2 HVM sachgerecht nach, indem eine quotierte, d.h. anteilsmäßige Vergütung erfolgt. Diese kann nur in der von der Beklagten durchgeführten Relationsberechnung ermittelt werden. Der Norm ist diese Vorgehensweise deutlich zu entnehmen. Die Auslegung des Klägers, dass eine Abstaffelung in dem Sinne zu erfolgen habe, dass bis zum gebildeten Honorartopf eine Vergütung anhand des OPW erfolge und nur die darüber hinausgehenden Leistungen mit einem niedrigeren Wert zu vergüten seien, würde das Vorhandensein eines weiteren Honorarkontingents bei ausgeschöpftem Vorwegabzug voraussetzen, aus dem die übrigen Leistungen zu vergüten wären. Ein solcher weiterer Honorartopf existiert jedoch nicht. Eine Nachschusspflicht der Krankenkassen zur MGV besteht nach § 87a Abs. 3 SGB V nicht.

Die Regelung des § 19 Abs. 2 HVM ist auch nicht allein deshalb rechtswidrig, weil in der Parenthese das bereitgestellte Vergütungsvolumen wie folgt bezeichnet wird "Basis ist das Vergütungsvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008". Denn es kann noch hinreichend durch teleologische Auslegung ermittelt werden, dass das nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM "basierend auf dem Punktzahlvolumen des Jahres 2008" gebildete Vergütungsvolumen gemeint ist, da die Quotierung logischerweise nur anhand des für diese Leistungen gebildeten Honorartopfes erfolgen kann. Die Parenthese bezieht sich auf das Wort "Vergütungsvolumen" und dient eigentlich der Konkretisierung des Gemeinten. Da das Vergütungsvolumen aber nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM auf Basis des Punktzahlvolumens des Jahres 2008 ermittelt wurde, kann auch nur dieses gemeint sein. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass es der Parenthese selbst zum Verständnis der Regelung nicht bedurft hätte. Gleichwohl sollte die Beklagte diese missverständliche Formulierung aufgrund der ohnehin notwendigen neuen Beschlussfassung zu dem HVM mit überarbeiten.

2.) Auch die Berufung der Klägerin ist unbegründet. Sie hat keinen Anspruch auf eine Mehrvergütung in bestimmter Höhe. Allein aus der Rechtswidrigkeit des angegriffenen Honorarbescheides folgt nicht, dass die von der Klägerin erbrachten Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä nunmehr zum Orientierungspunktwert zu vergüten sind.

Wie oben dargelegt, ergibt sich die Rechtswidrigkeit der angegriffenen Honorarbescheide aus der Rechtswidrigkeit bzw. der Unbestimmtheit der der Honorarberechnung zugrundeliegenden Vorschriften des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der Beklagten. Bei der Ausgestaltung dieser untergesetzlichen Normen kommt dem Normgeber jedoch ein Gestaltungsspielraum zu, der auch von den Gerichten zu beachten ist (vgl.BSG, Urteile vom 9. Dezember 2004, B 6 KA 44/03 R; vom 8. Februar 2006, B 6 KA 25/05 R und vom 29. August 2007, B 6 KA 43/06 R, juris). Dieser würde negiert, würde man im Falle der Beanstandung einer Regelung im HVM quasi automatisch zu einer Vergütung der dieser Regelung unterliegenden Leistungen nach dem Orientierungspunktwert kommen. Der Verstoß gegen den Grundsatz der Normenklarheit und gegen das Wesentlichkeitsgebot führt nicht zur Unwirksamkeit des gesamten HVM, sondern berührt nur die Bestimmung der Höhe des zur Verfügung stehenden Honorarkontingents (§ 6 Abs. 2 Nr. 3 4 HVM). Insofern ist der HVM ergänzungsbedürftig und kann durch eine

entsprechend bestimmte Regelung ersetzt bzw. konkretisiert werden (vgl. BSG, Urteil vom 29. September 1993, 6 RKa 65/91, juris). Dies ist der Beklagten als Normgeber des HVM vorbehalten; es steht in ihrem normativen Ermessen zu entscheiden, in welcher Weise sie den rechtswidrigen Zustand behebt. Erst nach Erlass einer neuen Regelung kann anhand dieser eine Neuberechnung des Honoraranspruches der Klägerin erfolgen. Dabei weist der Senat vorsorglich darauf hin, dass am Ende der von der Vertreterversammlung der Beklagten durchzuführenden Beschlussfassung zur der Berechnung des Honorartopfes und deren Darstellung im HVM nicht zwangsläufig eine Erhöhung des klägerischen Honorars für die streitigen Quartale stehen muss. Denn der Senat beanstandet nahezu ausschließlich methodische Fehler der Beklagten. Ein korrektes Vorgehen muss nicht automatisch ein anderes, für die Klägerin günstigeres Ergebnis zur Folge haben. Damit kann der Senat keine Aussage zu einem nach Prüfung der Vergütung ggf. noch bestehenden Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Ausgleich eines überproportionalen Honorarverlustes treffen.

Überdies wäre eine zwingende Vergütung der Leistungen zum Orientierungspunktwert weder mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit noch mit der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V zu vereinbaren. Da eine "Nachschusspflicht" der Krankenkassen und damit eine Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorgesehen ist, können Leistungen bei Überschreitung des insgesamt zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens nur quotiert vergütet werden, wenn sich diese Überschreitung nicht zum Nachteil anderer Arztgruppen bzw. Leistungsbereiche auswirken soll (BSG, Urteil vom 23. März 2016, B 6 KA 33/15 R, Rn. 13, juris). Insofern gilt der Grundsatz, dass angesichts begrenzter Gesamtvergütungen kein Leistungsbereich generell von Steuerungsmaßnahmen ausgenommen werden kann (vgl. BSG, a.a.O. Rn. 18; Urteil vom 19. August 2015, B 6 KA 34/14 R, Rn. 28, juris). Eine feste, begrenzte Gesamtvergütung schließt die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus. Jeder Garantiepreis für bestimmte, mengenmäßig nicht begrenzte Leistungen führt bei entsprechender Mengenentwicklung zwangsläufig zu einer Absenkung der Vergütung anderer Leistungen. Dementsprechend hat das BSG bereits entschieden, dass Vertragsärzte, bezogen auf Leistungen, die innerhalb der MGV, aber außerhalb der RLV vergütet werden, keinen Anspruch darauf haben, von jeder Budgetierung freigestellt zu werden (vgl. z.B. BSG Urteile vom 17. Juli 2013, B 6 KA 45/12 R; vom 23. März 2016, B 6 KA 33/15 R, juris). Der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch auf Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung würde deshalb voraussetzen, dass die Leistungen nicht nur außerhalb der RLV, sondern auch außerhalb der MGV vergütet werden. Eine solche Vergütung außerhalb der MGV ist für die Leistungen des Kapitels 19 EBM-Ä im HVM der Beklagten jedoch nicht vorgesehen.

Die Kostenentscheidung für das gesamte Verfahren beruht auf § 197a SGG in Verbindung mit § 155 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache. Insoweit war zu berücksichtigen, dass die Klägerin nur im Hinblick auf eine Neubescheidung erfolgreich war und die Beklagte durch ihre zunächst unzureichende Darstellung der erfolgten Berechnungen Anlass zur Erhebung der Klage gegeben hat.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG nicht ersichtlich sind.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2019-10-29