

L 4 KA 27/12

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 780/10
Datum
18.04.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 27/12
Datum
18.11.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 4/16 R
Datum
30.11.2016
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 18. April 2012 (Az.: [S 12 KA 780/10](#)) wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten auch des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die festgesetzte Höhe des Honorars für die drei Quartale III/09 bis I/10.

Die Klägerin ist ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in der Rechtsform einer GmbH. Es besteht seit 1. Januar 2006. Im MVZ waren zunächst sechs, seit dem Quartal III/08 sieben, seit dem Quartal IV/08 acht und seit dem Quartal III/09 wieder sieben Ärzte/ Ärztinnen tätig, alle Fachärzte/Fachärztinnen für Laboratoriumsmedizin mit Ausnahme eines von Anfang an angestellten und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes (Herr Dr. C.). Von den Fachärzten/Fachärztinnen für Laboratoriumsmedizin war Herr Dr. D. lediglich vom 1. Januar 2006 bis 4. Juni 2009 und sind Frau Dr. E. erst seit dem 1. Juli 2008 und Frau Dr. F. seit dem 1. Oktober 2008 angestellt. Die übrigen Ärzte/Ärztinnen (Herr Dr. G., Herr Dr. H., Frau Dr. J., Frau Dr. K.) sind von Anfang an im MVZ tätig. Mit Ausnahme von Herrn Dr. G. sind bzw. waren alle Ärzte/Ärztinnen im MVZ angestellt.

In den Quartalen II/09 bis I/10 nahm die Beklagte jeweils mit Honorarbescheid folgende Festsetzungen vor:

[S 12 KA 780/10](#) [S 12 KA 781/10](#) [S 12 KA 158/11](#)

Quartal II/09 III/09 IV/09 I/10

Honorarbescheid vom 11.10.2009 23.12.2009 27.03.2010 29.06.2010

Widerspruch eingelegt am 14.12.2009 04.03.2010 14.06.2010 01.10.2010

Nettohonorar gesamt in EUR 3.616.079,49 3.490.632,14 3.195.271,15 3.384.837,65

Bruttohonorar PK + EK in EUR 3.711.121,49 3.578.464,29 3.275.453,55 3.452.165,31

Fallzahl PK + EK 158.974 156.791 161.048 168.560

Honorar Regelleistungsvolumen in EUR 2.767,65 1.496,94 1.192,51 2.109,44

Honorar quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 0,00 327,78 611,00 516,17

Fallwertzuschläge zu Regelleistungsvolumen in EUR 0,00 0,00 0,00 0,00

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 3.570.616,06 3.432.155,73 3.090.392,83 3.282.686,61

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 137.737,78 144.483,84 183.257,21 166.853,

Zur Begründung ihres Widerspruchs gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/09 trug die Klägerin mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 3. August 2010 vor, sie wende sich gegen eine generalisierende Quotierungsregelung der sog. Vorwegleistungen im Rahmen der Anwendung des sog. Anpassungsindex 100. Dadurch sei nur ein reduzierter Teil ihrer Leistungen vergütet worden. Als "Vorwegleistung" würden solche Leistungen bezeichnet, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet würden, jedoch innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert werden müssten. Durch die Anwendung der aus dem sog. Anpassungsindex 100 resultierenden Quotierungen der Vorwegleistungen mit einer Bruttoquote von 92,868 % und einer Nettoquote von 88,225 % sei es zu einem Honorarverlust in Höhe von 249.500,00 EUR gekommen. Sie verwies auf ihr erfolgloses Bemühen um Auskunft, weshalb sie zwischenzeitlich Klage bei dem Sozialgericht Marburg zum Aktenzeichen [S 12 KA 488/10](#) erhoben habe. Sie habe keine Möglichkeiten gehabt, ihr vertragsärztliches Leistungsvolumen auszuweiten, da sie alleine auf der Basis von Überweisungen tätig werden

könne. Das Honorarverteilungssystem begünstige diejenigen Fachärzte, denen einerseits ein Regelleistungsvolumen zugewiesen worden sei und die andererseits die Möglichkeit hätten, bestimmte Vorleistungen abzurechnen, ohne hierbei auf entsprechende Überweisungen angewiesen zu sein. Bei der Begrenzung der sog. Vorwegleistungen hätte zwischen überweisungsabhängigen und nichtüberweisungsabhängigen Fachgruppen unterschieden werden müssen. Es hätten Mengenbegrenzungen eingeführt werden müssen. Stattdessen würden jetzt "Steuerungsmechanismen" eingeführt, die einseitig zu Lasten kleinerer Arztgruppen, insbesondere der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, gingen, während gleichzeitig weitaus größere Leistungserbringergruppen, insbesondere solche, denen die Mengenausweitung angelastet werden müsse, offenbar aus sachfremden Erwägungen geschont würden. Dies sei willkürlich und verstoße in gravierender Weise gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Rechtswidrigkeit der Honorarverteilung folge auch daraus, dass die Leistungen im Wesentlichen des Abschnitts 32.3 EBM-Ä angesichts der hohen Kosten und nach mehrfacher Herunterstufung in der Vergangenheit nicht mehr kostendeckend erbracht werden könnten. Fachärzte, die als sog. Selbstzuweiser Leistungen des Speziallabors erbringen könnten, hätten zur Mengenausweitung beigetragen, was ursächlich für eine Absenkung des Honorars der Laborärzte sei. In keinem anderen Bundesland komme es zu derartigen Begrenzungen des Honorars, was zu einer gravierenden Wettbewerbsverzerrung im Bereich der labormedizinischen Leistungserbringung geführt habe. In der Gruppe "quotierbare Leistungen bei Fachärzten" sei ferner eine Vielzahl von Leistungen enthalten, die von ganz unterschiedlichen Ärzten erbracht werden könnten, die zum größten Teil ebenfalls nicht überweisungsgebunden seien. Auch dies habe zu einer Verschärfung der Honorarsituation geführt. Dies gelte insbesondere für den Bereich der "Kostenpauschalen" (Kapitel 40 EBM-Ä) sowie der sog. "probatorischen Sitzungen" (Nr. 35150 EBM-Ä), bei welchen es zu einer signifikanten Leistungsvermehrung gekommen sein solle, ohne dass dies bei der nachträglich vereinbarten Honorarbegrenzungsmaßnahme Berücksichtigung gefunden habe. Nach der Umstellung der Laborgemeinschaften auf Selbstabrechnung und Kostenerstattung seien in Quartal III/09 im hausärztlichen Bereich 10 Mio. Euro für Labor zurückgestellt worden, obwohl diese Leistungen, die ehemals dem hausärztlichen Topf zugeordnet worden seien, nunmehr aus dem fachärztlichen Topf der sog. freien Leistungen vergütet werden müssten.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 29. September 2010 den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 bestehe seit dem Quartal III/09 die Möglichkeit, die sog. Vorwegleistungen zu begrenzen. Dadurch solle eine Reduzierung der Regelleistungsvolumina vermieden werden. Insbesondere im fachärztlichen Bereich mache die vorgegebene Rückstellung mehr als 50 % des Anteils an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aus, der für die Versorgungsebene insgesamt zur Verfügung stehe. Ohne eine gesonderte Regelung zur Begrenzung der Vorwegleistungen gehe eine Zunahme der Vorwegleistungen direkt zu Lasten der Fallwerte innerhalb der Regelleistungsvolumina. Mit Schreiben vom 16. Dezember 2009 habe sie alle Vertragsärzte hierüber und über den sog. Anpassungsindex 100 informiert. Die angeforderten Vorwegleistungen würden mit dem Vorjahresquartal verglichen werden. Die Höhe der Rückstellungen ergebe sich durch die Bewertung der Leistungen im Vorjahresquartal, erhöht um evtl. Anpassungsfaktoren und multipliziert mit dem Orientierungspunktwert. Überschreite die aktuelle Anforderung der Vorwegleistungen den Rückstellungsbetrag (100 %), so würden diese quotiert vergütet werden. Dadurch komme es nicht zu einer Reduzierung der Regelleistungsvolumina. Die Laborleistungen des Kapitels 32 EBM-Ä unterlägen dem Anpassungsindex 100 und würden ggf. quotiert ausgezahlt werden, sofern die Anforderung für diese Leistungen die Rückstellungsbeträge überstiegen. Ausgenommen seien die Kostenpauschale nach Kapitel 40 EBM-Ä sowie alle Leistungen, die innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen vergütet würden, ebenso die Zuschläge für die qualitätsgebundenen Leistungen sowie die Leistungen im organisierten Notfalldienst. Der Bewertungsausschuss habe hierzu die Partner der Gesamtverträge ausdrücklich ermächtigt. In Umsetzung dieser Vorgaben habe sie im Rahmen der dritten Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2009 unter anderem den Honorarvertrag um die Ziffer 6 mit Wirkung ab 1. Juli 2009 ergänzt. Diese Ziffer enthalte die Konvergenzregelung zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste. Es seien keine Anhaltspunkte erkennbar, dass der Grundsatz der angemessenen Vergütung zu Lasten der Gruppe für Fachärzte für Labormedizin verletzt sein könnte. Der Honorarverteilungsvertrag genüge auch dem Gleichbehandlungsgebot, da er sich im Rahmen der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung bei der Ermittlung des Arzthonorars an die im EBM-Ä festgelegten Relationen halte. Das Regelleistungsvolumen des Herrn Dr. C. sei rechtmäßig. Lediglich 1.536,04 EUR hätten nicht vollständig vergütet werden können. Dieser Teil sei jedoch noch mit einer Quote von 23,179% vergütet worden. Die Berechnung der Laborgrundpauschale nach Ziffer 12220 EBM-Ä sowie der Laborkosten sei korrekt erfolgt. Mit Ausnahme von Herrn C. sei bei den übrigen Ärzten der Klägerin der Wirtschaftlichkeitsbonus nicht zur Auszahlung gekommen. Er sei aber korrekt berechnet worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 4. Oktober 2010 unter Wiederholung und Vertiefung ihres Vorbringens im Widerspruchsverfahren die Klage zum Aktenzeichen [S 12 KA 780/10](#) erhoben. Weiter hat sie vorgetragen, aufgrund des Anpassungsindex 100 habe sie einen Honorarverlust in Höhe von 248.534,45 EUR erlitten. Da die angefochtene "Konvergenzregelung" bis zu den Quartalen II/10 Anwendung finden solle, treffe diese sie in ganz erheblichem Ausmaß. In den beiden Quartalen III/09 und IV/09 sei ihr Honoraranspruch um über 900.000,00 EUR gekürzt worden. Es sei kein Fall der zulässigen "Generalisierung und Pauschalisierung" gegeben. Die Regelung könne auch nicht als "Anfangs- und Erprobungsregelung" gerechtfertigt werden, da der Beklagten zum Zeitpunkt des Abschlusses der Nachtragsvereinbarung bereits alle Umstände bekannt gewesen seien, die ein differenziertes und damit rechtmäßiges Vorgehen ermöglicht hätten. Es gelte auch nicht der "Einwand der mangelnden Praktikabilität und Effizienz", da der Abzug der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereits mit Quartal III/09 möglich gewesen wäre. Die Honorarbegrenzung sei weder von der Ermächtigung durch den Bewertungsausschuss gedeckt noch greife sie die mit den Honoraren verbundene gesetzgeberischen Intentionen auf. Es sei bereits zweifelhaft, ob die Voraussetzungen für die Schaffung einer Konvergenzregelung vorgelegen hätten. Ohne Kenntnis der validen Zahlen, die von der Beklagten vorzulegen seien, sei dies nicht zu beurteilen. Es gehe weniger um den Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses als darum, wie dessen Beschluss in Hessen umgesetzt worden sei. Die 3. Nachtragsvereinbarung stehe im Widerspruch zur gesetzgeberischen Intention wie etwa "Ablösung der bisherigen Budgetierung zugunsten der Schaffung neuer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung", "Transparenz und Planungssicherheit" und "Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten". Die Durchsicht der von der Beklagten auf ihrer Homepage zur Verfügung gestellten Daten bestätige ihren Verdacht, dass die Voraussetzungen zur Anwendung einer Mengenbegrenzung für die außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüteten Leistungsbereiche auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 nicht vorgelegen hätten und die tatsächliche Ausgestaltung der Mengenbegrenzungsregelung im Quartal III/09 offenbar bewusst zum Nachteil aller Fachärzte allgemein und im Besonderen der Laborärzte erfolgt sei.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 29. September 2010 den Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/09 und mit Widerspruchsbescheid vom 26. Januar 2011 den Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/10 mit weitgehend gleichlautender Begründung zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 4. Oktober 2010 zum Aktenzeichen [S 12 KA 781/10](#) und am 23. Februar 2011 zum Aktenzeichen [S 12 KA 158/11](#) Klage erhoben. Sie ist auch für die Folge quartale der Auffassung, dass die mit dem "Sicherstellungsindex 90" verbundene generalisierende Quotierungsregelung der Vorwegleistungen zu einer Vergütungsminderung geführt habe. Durch die Quotierung mit einer Bruttoquote von 80,748 % und einer Nettoquote von 76,711 % sei es im Quartal IV/09 zu einem Honorarverlust in Höhe von 689.475,40 EUR und im Quartal I/10 bei einer Bruttoquote von 82,781 % und einer Nettoquote von 78,642 % zu einem Honorarverlust von 503.642,64 EUR gekommen.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass der Honorarverteilungsvertrag mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses und des SGB V im Einklang stehe. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 10. Sitzung am 27. Februar 2009 regle unter den Nrn. 1 bis 8 die Rahmenbedingungen zur Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkung der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F Nr. 1 gebe ihr eine Handlungsermächtigung für die dritte Nachtragsvereinbarung. Der Normgeber selbst habe vorgesehen, dass Leistungen der Arztgruppen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterlägen, ebenfalls in die Steuerung einbezogen werden dürften. Sie könne nicht nachvollziehen, inwiefern die Nachtragsvereinbarung über die gesetzgeberischen Ziele der Honorarreform 2009 hinausgehen sollten. Ein Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit bestehe nicht. Die Abstufung erfolge durch den Normgeber. Eine "Steuerung" von Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina erfolge, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte entgegen zu wirken, die bereits einer Budgetierung durch Regelleistungsvolumina unterlägen. Der Grundgedanke, dass alle Arztgruppen an einer Steuerung zu beteiligen seien, sofern eine Budgetierung anderer Arztgruppen sonst unverhältnismäßig wäre, sei vielmehr durch sachliche Erwägungen getragen. Die Klägerin gehe zu Unrecht von der Prämisse aus, eine Quotierung der "Vorwegleistungen" komme nur dann in Frage, wenn eine Mengenausweitung dieser Leistungen selbst unmittelbar nachzuweisen sei und fordere daher entsprechende Daten an. Dies sei aber nicht Voraussetzung einer Quotierung. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur angemessenen Honorierung sei weiterhin anzuwenden. Es fehle auch nicht an den tatbestandlichen Voraussetzungen zur Einführung einer Konvergenzregelung. Die Abrechnungen der ersten beiden Quartale 2009 sowie die Zuweisungen der Regelleistungsvolumina für das dritte und vierte Quartal 2009 hätten insbesondere bei Arztgruppen, die im Wesentlichen ihre Leistungen im Regelleistungsvolumen erbrächten, zu Verwerfungen geführt, die eine Gefährdung der Sicherstellung befürchten ließen. Die RLV-Fallwerte im fachärztlichen Bereich seien kontinuierlich gesunken. Betroffen seien überwiegend die Facharztgruppen der Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie mit einem Fallwertverlust von 79,26 EUR bzw. 78,11 EUR, die Kinder- und Jugendpsychiater mit einem Fallwertverlust von 50,70 EUR sowie die Radiologen mit Vorhaltung MRT mit einem Fallwertverlust von 49,03 EUR gewesen. Viele andere Fachgruppen hätten Fallwertverluste von 10,00 EUR und mehr erlitten. Aufgrund der gleichzeitigen deutlichen Leistungsausweitung im Bereich der Vorwegleistungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung habe die Gefahr einer weiteren Verringerung der Vergütung der RLV-Fachgruppen bestanden. Diese negative Auswirkung sei durch die Einführung des AI 100 sowie auch des SI 90 vermindert worden.

Mit Urteil vom 18. April 2012 hat das SG die Klage zurückgewiesen und in den Entscheidungsgründen ausgeführt, die Honorarbescheide III/09 und IV/09, jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. September 2010 sowie der Honorarbescheid I/10 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Januar 2011 seien rechtlich nicht zu beanstanden.

Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, 5. Buch - SGB V - in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) würden abweichend von § 85 die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet. Nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) seien zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen (Satz 1). Neben den antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) könnten weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist (Satz 7). Nach [§ 87b Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V bestimme der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7.

Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben habe der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V gefasst (DÄBl. 2008 (Heft 38), A-1988, zitiert nach www.kbv.de/8157.html, im Folgenden: EB7F). Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach [§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) oder [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) ergäben, unterlägen nicht dem Regelleistungsvolumen (Nr. 2.2 EB7F). Anlage 2 Nr. 2 EB7F führe in diesem Zusammenhang für den fachärztlichen Bereich u. a. folgende Leistungen auf, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen:

- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Kostenpauschalen des Kapitels 40

Die Kritik an einer unzureichenden vertragsärztlichen Vergütung habe seit Oktober 2008 zu zahlreichen Änderungen der Eckpunkte des Erweiterten Bewertungsausschusses geführt. Hinsichtlich der außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergütenden Leistungen habe der Bewertungsausschuss Nr. 2.2 EB7F neugefasst. Er habe in seiner 175. Sitzung für die Zeit ab Juli 2009 die Überprüfung und ggf. Änderung fast aller relevanten Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses zu den Regelleistungsvolumina angekündigt, ohne dass dies Auswirkungen auf die Höhe der für 2009 vereinbarten morbiditätsbezogenen Gesamtvergütungen haben solle (vgl. 175. Sitzung, DÄBl. 2009 (Heft 12), A-576).

In Umsetzung seines Ankündigungsbeschlusses aus der 175. Sitzung habe der Bewertungsausschuss zum 1. Juli 2009 (Rückwirkungsvorbehalt für die Gesamtvertragsparteien zum 1. April 2009) mit Beschluss in seiner 180. Sitzung am 20. April 2009 die Vorgaben zum Regelleistungsvolumen nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August und 23. Oktober 2008 geändert. U. a. habe er mehrere Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen der entsprechenden Arztgruppen herausgenommen (vgl. 180. Sitzung, DÄBl. 2009 (Heft 19), A-942; Rieser, DÄBl. 2009 (Heft 18), A-862). Anlage 2 Nr. 2 EB7F habe er neugefasst (Nr. 9.2.b B180A). Daraus habe sich für den fachärztlichen Versorgungsbereich ergeben, dass ergänzend folgende Leistungen nicht dem Regelleistungsvolumen unterlägen:

- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7,

- Leistungen des Abschnitts 5.3,
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225),
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 13253 und 27323),
- Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6,
- Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670),
- Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222). Nicht mehr aufgeführt wurden die Leistungen der diagnostischen Radiologie (GOP 34210 bis 34297), soweit nicht durch Fachärzte für Diagnostische Radiologie erbracht.

Für den Zeitraum 1. Juli bis 31. Dezember 2009 habe er in Teil B seines Beschlusses Nr. 1 EB10A durch Anfügung eines weiteren Absatzes ergänzt: Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet würden, können 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 und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss habe im September 2009 auf der Grundlage der bisherigen Beschlüsse die Eckpunkte für das Jahr 2010 gefasst (Teil A bis E, G und H) (vgl. 15. Sitzung am 3. September 2009, DÄBl. 2009 (Heft 39), A-1907). Die Regelungen zum Regelleistungsvolumen habe der Bewertungsausschuss gefasst. Der Bewertungsausschuss habe mit Beschluss in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009 die Konvergenzphase bis 31. Dezember 2010 ausgedehnt; zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherstellung könnten die Gesamtvertragsparteien ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet seien; nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegende Leistungen könnten weiterhin einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z.B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken (Abschnitt II.1) (vgl. 199. Sitzung, DÄBl. 2009 (Heft 42), A-2103; 215. Sitzung, DÄBl. 2010 (Heft 9), A-408; DÄBl. 2010 (Heft 9), A-408; s.a. Rieser, DÄBl. 2010 (Heft 6), A-220; Korzilius/Rieser, DÄBl. 2010 (Heft 9), A-374).

Auf der Grundlage dieser Regelungen im SGB V und des Bewertungsausschusses hätten die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen einen Honorarvertrag vom 13. Dezember 2008 für die Zeit ab 1. Januar 2009 geschlossen (im Folgenden: HW 2009). Mit der 3. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2009 vom 30. September 2009 hätten die Vertragspartner festgestellt, dass auf der Grundlage der bislang vorliegenden Erkenntnisse der Abrechnungen der ersten beiden Quartale 2009 sowie der Zuweisungen der Regelleistungsvolumenbescheide für das III. und IV. Quartal 2009 die für die Vergütung der in den RLV enthaltenen Leistungsbereiche insbesondere bei den Arztgruppen, die im Wesentlichen ihre Leistungen im RLV erbringen, zu Verwerfungen führen, die eine Gefährdung der Sicherstellung befürchten ließen. Es werde deshalb die Möglichkeit einer abweichenden Steuerung im Rahmen einer Konvergenzphase genutzt. Für das Quartal III/09 stehe nach der eingefügten Ziff. II.6.1 für die in der Anlage aufgeführten Leistungen im jeweiligen Versorgungsbereich deren im Quartal III/08 anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035001 EUR sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. 1.3 multiplizierte Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen überschritten werde, erfolge eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche. Für das Quartal IV/09 stehe nach der eingefügten Ziff. II.6.2 aufgrund des weiteren Rückgangs der RLV-Fallwerte im Vergleich zu dem Quartal III/09 für diese Leistungen der im Quartal IV/08 entsprechend anerkannter Leistungsbedarf nur noch zu 90 % zur Verfügung. Das frei werdende Honorarvolumen sei gezielt zur Stützung der RLV-Leistungen zu verwenden. Im Ergebnis werde der Betrag der Vergütung für die das RLV überschreitenden Leistungen mit Ausnahme der von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern erbrachten Leistungen zugeführt. Im Honorarvertrag für 2010 sei diese Regelung in Abschnitt II Ziff. 6 für das Quartal I/10 unter Anpassung des Punktwerts (0.035048 EUR) zur Ermittlung des Leistungsbedarfs und mit dem Aufsatzquartal I/08 - fortgeführt worden. Mit Ziff. 5 der 1. Nachtragsvereinbarung zum HVV 2010 sei diese Regelung entsprechend fortgeführt worden; nach Ziff. 6 seien allerdings die Stützungsmodalitäten detaillierter gefasst worden. Erst mit der 2. Nachtragsvereinbarung zum HVV 2010 sei zum Quartal III/10 eine veränderte Regelung erfolgt.

In Anwendung der Bestimmungen ihrer HVV habe die Beklagte das Honorar der Klägerin zutreffend festgesetzt. Dies werde letztlich von der Klägerin nicht bestritten. Soweit sie die Rechtsgrundlagen hierfür, insbesondere die Quotierung der laborärztlichen Leistungen beanstande, sei ihr nicht zu folgen.

Ziff. II.6 HVV 2009 und Ziff. II.6 HVV 2010 seien rechtmäßig. Sie beruhen auf den genannten Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 180. Sitzung am 20. April 2009 und in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009. Danach könnten sog. Vorwegleistungen, also Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet würden, wozu auch die Leistungen gehörten, die von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Wie die Steuerung zu erfolgen habe, habe der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragsparteien überlassen.

Wenn auch grundsätzlich der Bewertungsausschuss selbst nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina zu regeln habe, so sei es noch zulässig, Detailregelungen an die Gesamtvertragsparteien zu delegieren. Im Hinblick auf möglicherweise unterschiedliche Auswirkungen der Vergütungen für die sog. Vorwegleistungen könnten regionale Besonderheiten berücksichtigt werden.

Steuerungsmaßnahmen für die sog. Vorwegleistungen würden gesetzlich nicht ausgeschlossen. Lediglich für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens sei eine Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung vorgeschrieben ([§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Nach [§ 87b Abs. 1 Satz 7 SGB V](#) könnten auch Leistungen vom Regelleistungsvolumen ausgenommen werden. Soweit aber Leistungen vom Regelleistungsvolumen ausgenommen werden können, bedeute dies nicht, dass das Gesetz Steuerungsmaßnahmen neben der Geltung von Regelleistungsvolumina ausgeschlossen hätte.

Bei der Ausgestaltung des Honorarverteilungsvertrags hätten die Vertragspartner einen Gestaltungsspielraum. Diese Gestaltungsfreiheit gehe typischerweise mit Rechtssetzungsakten einher und werde erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unvertretbar oder unverhältnismäßig sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 3. Februar 2010, [B 6 KA 1/09 R](#), Juris Rn. 22 m.w.N.).

Die von der Beklagten im Honorarverteilungsvertrag gewählte Steuerungsmaßnahme sei nicht zu beanstanden. Sachlich handele es sich um die Bildung einer Honorargruppe, für die ein bestimmtes, auf dem Vorjahresquartal bzw. Vorvorjahresquartal beruhendes Honorarvolumen zur Verfügung gestellt werde. Reiche das zur Verfügung gestellte Honorarvolumen nicht aus, erfolge nur eine entsprechend quotierte Vergütung, im konkreten Fall nach den von der Klägerin genannten Quoten.

Solche sog. Honorartöpfe seien bisher von der Rechtsprechung als zulässig angesehen worden (Hinweis auf BSG, Urteil vom 7. Februar 1996, [6 RKA 68/94](#), Juris Rn. 18 ff.; BSG, Urteil vom 3. März 1999, [B 6 KA 51/97 R](#), Juris Rn. 14 m.w.N.). Dies gelte auch für die geänderte Rechtslage ab dem Jahr 2009, soweit nicht eine Vergütung innerhalb der Regelleistungsvolumina erfolge. Durch die in den vorangegangenen Quartalen I/09 und II/09 bestehende Vergütungssystematik, die im Grundsatz in den hier streitbefangenen Quartalen fortbestanden habe, habe bei einer Leistungsdynamik der sog. Vorwegleistungen die Gefahr einer sich verringernden Vergütung für die Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina bestanden, die ihrerseits zudem durch die Regelleistungsvolumina bereits einer strengen Mengensteuerung unterlagen. Soweit Arztgruppen nicht die Möglichkeit offen gestanden habe, evtl. vermehrt sog. Vorwegleistungen zu erbringen, habe bei sinkenden Regelleistungsvolumina auch keine Ausgleichsmöglichkeit bestanden. Die Beklagte weise zutreffend darauf hin, dass eine Quotierung der sog. Vorwegleistungen nicht nur dann in Frage komme, wenn eine Mengenausweitung dieser Leistungen selbst unmittelbar nachzuweisen sei. Honorartöpfe dienten insofern nicht nur einer Mengensteuerung, sondern auch der Stabilisierung des Werts der Leistungen bzw. begrenzten das Risiko der Mengendynamik auf einen Teil der Ärzteschaft. Die Beklagte habe insofern auf die Auswirkungen dieser Mengendynamik hingewiesen, die einen sachlichen Grund für die strittige Regelung im Honorarverteilungsvertrag abgegeben hätten.

Die strittige Regelung im Honorarverteilungsvertrag sei jedenfalls unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung zu rechtfertigen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts könne es im Fall komplexer Sachverhalte vertretbar sein, dem Normgeber zunächst eine angemessene Zeit zur Sammlung von Erfahrungen einzuräumen und ihm in diesem Anfangsstadium zu gestatten, sich mit größeren Typisierungen und Generalisierungen zu begnügen, die unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität gerechtfertigt werden können (Hinweis auf BSG, Urteil vom 13. November 1996, [6 RKA 15/96](#), Juris Rn. 23 m.w.N.). Es bestünden erweiterte Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräume, die bewirkten, dass für einen Übergangszeitraum auch an sich rechtlich problematische Regelungen hingenommen werden müssen; größere Typisierungen und geringere Differenzierungen seien in derartigen Fällen vorübergehend unbedenklich, weil sich häufig bei Erlass der Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen ließen (Hinweis auf BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, [B 6 KA 20/00 R](#), Juris Rn. 39 m.w.N.). Wie bereits ausgeführt, stehe die strittige Regelung mit keiner gesetzlichen Regelung in Widerspruch und werde hinreichend gedeckt von der Ermächtigung des Bewertungsausschusses. Bereits der Bewertungsausschuss selbst habe die Regelung begrenzt und sie zum Quartal III/10 wesentlich geändert. Auch im Honorarverteilungsvertrag werde die Regelung zunächst nur quartalsweise eingeführt. Letztlich habe sie nur vier Quartale gegolten.

Soweit die Klägerin eine Ungleichbehandlung geltend mache, sei ihr nicht zu folgen gewesen. Wie bereits ausgeführt, komme es nicht darauf an, ob die Klägerin als weitgehend überweisungsabhängige Leistungserbringerin selbst zur Leistungsvermehrung beigetragen habe.

Feste Honorarkontingente bzw. sog. Honorartöpfe könnten auch für Laborärzte gebildet werden. Diese Möglichkeit bestehe ungeachtet des Umstandes, dass Laborärzte nur auf Überweisung tätig werden, und die Menge der von dieser Arztgruppe erbrachten Leistungen vorwiegend vom Überweisungsverhalten der anderen Vertragsärzte abhängig sei. In gleicher Weise zulässig sei die Bildung von festen Honorarkontingenten für bestimmte Leistungen, auch soweit diese von verschiedenen Arztgruppen erbracht werden; auch von derartigen leistungsbezogenen Töpfen könnten Leistungen erfasst werden, die nur auf Überweisung erbracht werden dürfen. Schließlich seien auch Mischsysteme mit Honorartöpfen sowohl für bestimmte Leistungsbereiche als auch für bestimmte Arztgruppen zulässig (Hinweis auf [SozR 4-2500 § 87 Nr. 13 = BSGE 97, 170 = Breith 2007, 725 = USK 2006-108, juris Rdnr. 50 ff. m.w.N.](#)). Insofern gehe es vorliegend auch nicht allein um eine Mengensteuerung, sondern es solle vor allem verhindert werden, dass der Honoraranteil für nicht budgetierte Leistungsbereiche zu Lasten des Honoraranteils für durch die Regelleistungsvolumina budgetierte Leistungsbereiche vergrößert werde. Insofern hätten der Bewertungsausschuss und die Partner des Honorarverteilungsvertrags jedenfalls im Rahmen der Anfangs- und Erprobungsregelung auf eine weniger differenzierende Regelung zurückgreifen können.

Soweit die Honorarverträge rückwirkend in Kraft getreten seien, habe die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass sie rechtzeitig auf die zu erwartenden Änderungen hingewiesen habe.

Soweit die Klägerin auf ihre Honorarverluste hinweise, mache sie letztlich geltend, ihre Leistungen würden unzureichend vergütet werden. Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) sei die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung könne ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet werde (Hinweis auf BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, [B 6 KA 44/03 R](#), Juris Rn. 130 m. w. N.). Anzeichen hierfür seien nicht ersichtlich. Auch für das klägerische Fachgebiet sei im Bezirk der Beklagten die vertragsärztliche Versorgung gewährleistet. Insofern bestehe auch kein Anspruch auf eine bestimmte oder eine Mindestvergütung für die einzelne ärztliche Leistung, da nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nur ein Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung, nicht aber auf eine bestimmte Vergütung der Einzelleistungen bestehe.

Gegen das ihr am 25. April 2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 26. April 2012 Berufung eingelegt und u. a. geltend gemacht, die Instrumente des AI 100 und SI 90 verstießen gegen den durch [Art. 12 Abs. 1](#) und 3 Abs. 1 GG geschützten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Den hierzu erfolgten erstinstanzlichen Vortrag habe das SG nicht hinreichend berücksichtigt. Der Bewertungsausschuss (Bewa) habe mit seinem Beschluss vom 20. April 2009 seine Kompetenzen insoweit überschritten, als er die

Vertragspartner ermächtigt habe, eine Steuerung auch der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM vorzunehmen. Der BewA sei verpflichtet gewesen, entweder selbst eine rechtmäßige Regelung zu treffen oder bei einer Ermächtigung für die Vertragspartner auf Länderebene diesen jedenfalls hinreichende Rahmenbedingungen vorzugeben. Eine Delegation auf Länderebene hätte nicht stattfinden dürfen, da im Bereich der Labormedizin eine bundeseinheitliche Regelung zwingend erforderlich sei. Eine Quotierung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM-Ä in der von der Beklagten in Ziff. II. 6 HVV 2009 und 2010 erfolgten Weise sei nicht mit dem Grundsatz zu vereinbaren, dass den Leistungserbringern durch die pauschalen Kostenerstattungen auch eine Planungs- und Kalkulationssicherheit gegeben werden sollte (Hinweis auf BSG, Urteil vom 23. Mai 2007, [B 6 KA 91/06](#) zur Versandkostenpauschale Nr. 7103 BMÄ/E -GO). Durch den veränderten Wortlaut des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) vom 22. September 2009 im Vergleich zu dem Beschluss vom 20. April 2009 sei eine Quotierung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM-Ä nicht mehr von den Beschlüssen des EBA umfasst. Die Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses durch die Beklagte sei jedenfalls zweckwidrig erfolgt. Eine unverhältnismäßige Ausweitung des Honorarvolumens bei den Vorwegleistungen sei durch die Beklagte nicht nachgewiesen. Die Fallwertverluste im RLV-Bereich seien Folge von Umverteilungen des Honorars zwischen einzelnen Arztgruppen gewesen. Angesichts der Steigerung der ärztlichen Honorar gegenüber dem Vorjahr stelle die Quotierung der Vorwegleistungen ein Benachteiligung der Vorwegleistungen gegenüber den im Rahmen der RLV erbrachte Leistungen dar. Eine Anpassung an die durchschnittliche Entwicklung der ärztlichen Vergütung wie in anderen Honorarverteilungsverträgen sei nicht vorgesehen. Im Übrigen habe die Beklagte als einzige KÄV im Bundesgebiet eine (Honorar-)Topfregelung über alle Vorwegleistungen hinweg vereinbart.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 18. April 2012 aufzuheben, die Honorarbescheide für das Quartal III/09 und IV/09 jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. September 2010 sowie den Honorarbescheid für das Quartal I/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. Januar 2011 abzuändern, soweit die sog. Vorwegleistungen nur quotiert vergütet wurden und die Beklagte insoweit zu verurteilen, die Klägerin über ihren Honoraranspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für rechtmäßig und hat ergänzend vorgetragen, der BewA habe seine Kompetenzen nicht überschritten, indem er die Vertragspartner ermächtigte, Steuerungsmaßnahmen für die Vorwegleistungen einzuführen. Die Klägerin habe selbst eingeräumt, dass der BewA nach der Rechtsprechung des BSG die Berechtigung besitze, prozentuale Zu- und Abschläge auch für Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM-Ä vorzunehmen. Eine derart außergewöhnlich starke Gefährdung der Kalkulationssicherheit der Ärzte durch die Konvergenzregelung, dass von dieser Annahme abgewichen werden müsste, könne sie nicht erkennen. Der Vortrag der Klägerin, dass ab dem Quartal I/10 eine Quotierung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM-Ä nicht mehr von den Beschlüssen des Bewertungsausschusses umfasst seien, sei insoweit zu korrigieren, als dies lediglich für die Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM Ä gelte. Die übrigen Leistungen des Kapitels 32 unterfielen hingegen weiterhin der Konvergenzregelung im Quartal I/10. Dies sei bereits erstinstanzlich erläutert worden ([S 12 KA 158/11](#)). Die Beklagte habe auch nicht die Ermächtigung für die Steuerung der Vorwegleistungen zweckwidrig umgesetzt. Die Voraussetzungen für die Einführung einer Konvergenzregelung seien erfüllt gewesen. Im Übrigen stehe dem Normgeber bei der Neuregelung komplexer Materien unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ein besonders weiter Ermessensspielraum zu. Da rechtliche Fehler, wie sie die Klägerin darstelle, nicht bestünden, sei die Konvergenzregelung jedenfalls unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung zu rechtfertigen.

Mit gerichtlicher Verfügung vom 9. Juli 2013 hat der erkennende Senat die Beklagte um Darlegung ersucht, welche Mengenentwicklung die so genannten Vorwegleistungen (Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung - MGV -, außerhalb der Regelleistungsvolumina) in den Quartalen I/09 bis III/09 genommen haben. Der Beklagten ist aufgegeben worden, - ausschließlich für den fachärztlichen Versorgungsbereich - das Punktzahlvolumen (bzw. für die Leistungen des Kap. 32 EBM Ä die aufgewendeten Gesamteurobeträge) des entsprechenden Vorjahresquartals 2008, den Anpassungsfaktor und das Punktzahl- bzw. Eurovolumen des entsprechenden Quartals 2009 - getrennt für die einzelnen Vorwegleistungen - darzulegen. Ferner ist um Darlegung gebeten worden, ob diese Daten den Vertragsparteien des Honorarvertrags 2009 bei Abschluss der dritten Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2009 vorlagen.

Mit Schriftsatz vom 31. Oktober 2013 (Bl. 743 ff. G-Akte) hat die Beklagte eine Aufstellung der Leistungen innerhalb der MGV, aber außerhalb der RLV der Fachärzte für die Quartale I/09 bis III/09 vorgelegt, differenziert nach Leistungen bzw. Leistungsbereichen (u. a. Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale, Labor. Untersuchungen Kap. 32) unter Darstellung des jeweiligen Leistungsbedarfs in den Vorjahresquartalen 2008. Sie hat mitgeteilt, dass zum Zeitpunkt der dritten Nachtragsvereinbarung des HVV die Quartalsergebnisse der Quartale I/09 und II/09 vorgelegen hätten. Der Aufstellung lassen sich u. a. auch die jeweiligen Anpassungsfaktoren sowie die Honoraranforderungen in den aufgelisteten Leistungsbereichen der RLV-relevanten Arztgruppen und Quotierungen durch den AI 100 im Quartal III/09 entnehmen. Als Quote für den AI 100 sind 92,868 % angegeben worden.

Die Klägerin hat hierzu ausgeführt, den übermittelten Daten lasse sich entnehmen, dass es in den betrachteten drei Quartalen nicht zu einer relevanten Mengenentwicklung der quotierten Vorwegleistungen in ihrer Gesamtheit gekommen sei. Allein im Quartal I/09 sei es zu einer größeren Deckungslücke gekommen. Bei den laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM seien die Honoraranforderungen in jedem einzelnen Quartal weit hinter den entsprechenden Rückstellungen zurückgeblieben. Auch die Ermittlung der Quotierung im Quartal III/09 durch die Beklagte sei nicht plausibel. Schließlich habe die Beklagte in ihren Tabellen Leistungsbereiche aufgeführt, die mit den Quotierungsregelungen AI 100 und SI 90 nichts zu tun hätten. Hierzu hat die Klägerin im Einzelnen vorgetragen. Im Folgenden hat sich die Klägerin mit dem Urteil des BSG vom 17. Juli 2013, [B 6 KA 45/12 R](#), zur Frage der Zulässigkeit der Quotierung von Vorwegleistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb der RLV auseinandergesetzt. Sie hat u. a. darauf hingewiesen, dass in der Quotierungsregelung im Geschäftsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, die Gegenstand der vorgenannten BSG-Entscheidung war, für die Einzelleistungen voneinander getrennte Honorartöpfe gebildet worden seien. Außerdem sei eine garantierte Mindestquote von 80 % vorgesehen gewesen. Sie wende sich nicht gegen eine grundsätzliche Quotierbarkeit der Vorwegleistungen, sondern gegen die konkrete Ausgestaltung der Regelungen des AI 100 und SI 90. Die von der Beklagten behauptete Mengenentwicklung existiere nach ihren eigenen Daten nicht.

Die Beklagte sieht sich in ihrer Auffassung durch das Urteil des BSG vom 7. Juli 2013, [B 6 KA 45/12 R](#) bestätigt. Sie hat mit Schriftsatz vom 19. September 2014 (Bl. 806, 807 G-Akte) mitgeteilt, dass es sich bei den bisher vorgelegten Daten gemäß der gerichtlichen Verfügung vom 9. Juli 2013 lediglich um Leistungen im Vorwegabzug und nicht um alle dem AI 100 unterliegenden Bereiche gehandelt habe. Hierzu hat sie eine weitere Tabelle vorgelegt. Danach hat sich im Bereich "Erwartete Zahlungen für weitere Arztgruppen ohne RLV LG 1-12", unter den auch die Klägerin als Laborpraxis - mit Ausnahme von Herrn Dr. C. - fällt, bei Rückstellungen von 15.174.919,12 EUR für das Quartal III/09 ein Abrechnungsvolumen von 18.727.210,30 EUR vor Anwendung des AI 100 ergeben, sowie ein Abrechnungsvolumen von 17.391.585,66 EUR nach Anwendung des AI 100. Berücksichtige man die weiteren Bereiche, die dem AI 100 unterlägen, insbesondere auch die "Erwarteten Zahlungen für weitere Arztgruppen ohne RLV LG 1 12", ergebe sich die bereits mitgeteilte Quote in Höhe von 92,8686 %. Der AI 100 sei eingeführt worden, da es bei den Leistungen, die dem AI 100 unterliegen, insgesamt zu einer Mengensteigerung gekommen sei. Nach der mit Schriftsatz vom 31. Oktober 2013 vorgelegten Tabelle würden zwar die Laborleistungen des Kapitels 32 rückläufig erscheinen. Hierbei werde jedoch übersehen, dass die Klägerin als Laborpraxis mit Ausnahme von Herrn Dr. C. nicht zu den RLV-relevanten Arztgruppen gehöre, auf die sich die Tabelle beziehe. Soweit sich die Klägerin auf die im BSG-Urteil vom 17. Juli 2013 nicht beanstandete Mindestquote von 80 % in der dortigen Quotierungsregelung beziehe, werde darauf hingewiesen, dass diese Quote nicht unterschritten werde. Daher würde die Klägerin auch bei einer entsprechenden Mindestquote nicht besser gestellt werden.

Die Klägerin hat hiergegen u. a. eingewandt, dass das nunmehr aufgezeigte Datenmaterial nicht geeignet sei, die tatsächlichen Leistungsentwicklungen im Bereich der so genannten Vorwegleistungen in den Jahren 2008 und 2009 nachvollziehbar zu machen.

Mit gerichtlicher Verfügung vom 3. November 2015 hat der erkennende Senat um Erläuterung des mit Schriftsätzen vom 31. Oktober 2013 und 19. September 2014 übersandten Datenmaterials gebeten, sowie um Ergänzung der mit Schriftsatz vom 19. September 2014 übersandten Daten für die weiteren streitgegenständlichen Quartale. Hierzu hat die Beklagte u. a. dargelegt, dass die Laborärzte mit ihren abgerechneten Leistungen - soweit nicht extrabudgetär - komplett in den Leistungsbereich "Erwartete Zahlungen für weitere Arztgruppen ohne RLV" fallen. Diese unterteile sich nochmals in 2 Unterbereiche, den Bereich für Ziffern der LG 1-12 mit der Quotierung des AI 100 und den anderen Bereich LG 13-14 (z.B. Kosten, Wegegelder) ohne die Quotierung des AI 100. In den Leistungsbereich Labor Kapitel 32 liefen keine Leistungen der Laborärzte. Die nunmehr vorgelegten Tabelle lasse sich entnehmen, dass allein die Laborärzte in III/09 15.102.237,98 EUR Honorar angefordert hätten. Die gesamten Anforderungen der Ärzte ohne RLV hätten 18.727.210,30 EUR betragen. Dem lasse sich entnehmen, dass die Anforderung der Laborärzte fast der Höhe der gesamten Rückstellungen für alle Ärzte ohne RLV (15.174.919,12 EUR) entspreche. Hierzu hat sich die Klägerin mit Schriftsätzen vom 12., 16. und 17. November 2015 geäußert, die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 16. November 2015 weitere Daten zu den Akten übersandt.

Die Klägerin hat im Termin zur mündlichen Verhandlung am 18. November 2015 die Klage insoweit zurückgenommen, als sie gegen die Absetzung der Gebührenordnungsposition Nr. 40100 EBM-Ä in 48 Fällen im Quartal III/09 gerichtet war (vgl. Bl. 320 ff. Gerichtsakte). Die Beklagte hat in Kopie einen Zuweisungsbescheid über das Regelleistungsvolumen für das Quartal III/09 vom 27. Mai 2009 zu den Akten gereicht.

Wegen weiterer Einzelheiten sowie des Vortrags der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 18. April 2012 sowie die Honorarbescheide für das Quartal III/09 und IV/09 jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. September 2010 und der Honorarbescheid für das Quartal I/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. Januar 2011 sind, soweit die sog. Vorwegleistungen nur quotiert vergütet wurden, rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung über ihren Honoraranspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats.

Durch die Ermächtigung des Bewertungsausschusses (BewA) in [§ 87 b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) in der ab 1. Juli 2008 geltenden und für die streitgegenständlichen Quartale III/09, IV/09 und I/10 noch anzuwendenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes - GKV-WSG - vom 26. März 2007, [BGBl. I 378](#), sind auch Honorarverteilungsregelungen gedeckt, die eine quotierte Vergütung von nach Kapitel 32 des EBM-Ä abzurechnenden Kostenerstattungen vorsehen, auch die Quotierung der Laborkonsiliar- und Laborgrundpauschale ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Nach [§ 87 b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) wurden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87 a Abs. 2 SGB V](#) in der hier noch maßgeblichen Fassung vergütet. Nach [§ 87 b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. waren zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV) festzulegen. Ein RLV war gemäß [§ 87 b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) a.F. die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung nach [§ 87 a Abs. 2 SGB V](#) a.F. enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend von [§ 87 b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) a.F. war die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten ([§ 87 b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V](#)). Nach [§ 87 b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) konnten weitere vertragsärztliche Leistungen - neben den antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Satz 6 - außerhalb der RLV vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Der BewA bestimmte nach [§ 87 b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) a.F. in der vorgenannten Fassung erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach [§ 87 b Abs. 2](#) und 3 SGB V a.F. sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Darüber hinaus bestimmte er ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 nach [§ 87 b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) Vorgaben zur Umsetzung unter anderem von [§ 87 b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#).

Der BewA hat in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß [§ 87 b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) a.F. zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach [§ 87 b Abs. 2](#) und 3 SGB V a.F. gefasst (DÄBl 2008, A 1988). Gemäß

Teil F Nr. 2.2 des Beschlusses, der insoweit auf der Ermächtigung des [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a.F. beruht, unterliegen die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach [§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) a.F. oder [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) a.F. ergeben, nicht dem RLV. Anlage 2 Nr. 2 zu dem vorgenannten Beschluss benennt u. a. erwartete Zahlungen für nicht in Anlage 1 genannte Arztgruppen (nicht RLV-relevante Arztgruppen), laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 und Kostenpauschalen des Kapitels 40, die damit nicht dem RLV unterliegen.

Mit Beschluss vom 15. Januar 2009 sah der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) die Möglichkeit einer Konvergenzvereinbarung durch die Vertragspartner auf Landesebene vor. Mit Beschluss vom 20. April 2009 Teil B (DÄBl. 2009 A-942) eröffnete der BewA mit Wirkung vom 1. Juli 2009 bis 31. Dezember 2009 u. a. auch die Möglichkeit, dass Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen vergütet wurden, einer Steuerung unterzogen werden können, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zulasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Der Wortlaut der Regelung lautete: "Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können 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 und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen". Außerdem unterlagen nach dem vorgenannten Beschluss u. a. auch die Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225) nicht mehr dem RLV.

Mit Beschluss vom 22. September 2009 (DÄBl. 2009 A 2103) mit Wirkung vom 1. Januar 2010, Teil F Abschnitt II Nr. 1 verlängerte der BewA diese Ermächtigung für das gesamte Jahr 2010: "Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können - soweit dies nicht bereits 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. Für den Fall, dass es für Kostenerstattungen des Abschnitts 32.2. Verlagerungen zwischen dem haus- und dem fachärztlichen Versorgungsbereich aufgrund der zum 1. Oktober 2008 in Kraft getretenen Laborreform gibt, treffen die Partner der Gesamtverträge geeignete Maßnahmen, die sicherstellen, dass es nicht zu - durch die Laborreform bedingten - finanziellen Verwerfungen zwischen den Versorgungsbereichen kommt."

Die vorgenannten Regelungen des BewA/EBA befinden sich nach der Rechtsprechung des BSG in Einklang mit höherrangigem Recht. Insbesondere hat der BewA/EBA mit den diesbezüglichen Beschlüssen und der hierin vorgesehenen Quotierung der sog. freien Leistungen weder die Ebene der Honorarverteilung verlassen noch den Rahmen der "Vorgaben" zur Umsetzung von [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, [B 6 KA 45/12](#), Juris Rn. 18 ff.). Allein der Umstand, dass der BewA mittelbar Einfluss auf die Höhe der dem Vertragsarzt für die "freien" Leistungen zustehende Vergütung nimmt, führt nicht zu einem Verstoß gegen [§ 87 b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a. F.; die gesamte Tätigkeit des BewA ist auf die Beschreibung und Bewertung vertragsärztlicher Leistungen und damit auch auf deren Vergütung bezogen (BSG, a. a. O., Juris Rn. 19). Weder dem Wortlaut des [§ 87 b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) noch dem Wortlaut von [§ 87b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1](#) in der maßgeblichen Fassung lässt sich danach entnehmen, dass die "freien" Leistungen einer Steuerungsmaßnahme durch den BewA/EBA nicht zugänglich wären; Bestätigung findet diese Annahme durch die Entstehungsgeschichte des [§ 87b Abs. 2 a.F.](#) Eine Quotierung der freien Leistungen steht auch der Zweck des [§ 87 Abs. 2 S. 7 SGB V](#) a.F. nicht entgegen. Durch diese Regelung sollte eine Förderung bestimmter Leistungen durch die Nichteinbeziehung in die RLV ermöglicht werden. Eine Förderung der freien Leistungen wird nach Auffassung des BSG nicht nur dann erreicht, wenn diese zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert werden, sondern auch dann, wenn diese außerhalb des RLV zu quotierten Preisen vergütet werden. Dabei ist in die Überlegungen einzubeziehen, dass Leistungen, die nur von einer geringen Anzahl von Leistungserbringern oder selten erbracht werden, bei Einbeziehung in das RLV nur einen geringen Anteil an diesem ausmachen, jedoch durch die Division mit allen RLV-relevanten Fällen auf alle Ärzte einer Arztgruppe aufgeteilt würden. Folge hiervon wäre, dass der Fallwert unter Umständen nicht oder nur in geringem Umfang für alle Ärzte stiege und folglich die Ärzte, die diese Leistungen erbringen, hierfür nur eine möglicherweise unzureichende Vergütung erhielten. Ein derartiges Ergebnis wird durch die Herausnahme dieser Leistungen aus dem RLV vermieden, und genau darin liegt die vom Gesetz betonte "Förderung" (BSG, a. a. O., Juris Rn. 24).

Auch die in Kapitel 32 EBM-Ä von den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Euro-Preise sind einer Vergütungssteuerung durch den BewA/EBA auf der Rechtsgrundlage des [§ 87 b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a.F. zugänglich.

Nach der Rechtsprechung des BSG ist der Bewertungsausschuss nicht lediglich ein (Unter-) Ausschuss des Normgebers "Bundesmantelvertragspartner", sondern repräsentiert den Normgeber in der besonderen Organisationsform "Vertragsorgan", durch das die Partner der Bundesmantelverträge den EBM-Ä vereinbaren (vgl. [BSGE 73, 131](#), 133; [BSGE 90, 61](#), 64; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 65; BSG, Urteil vom 28. Mai 2008, [B 6 KA 9/07 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 42](#) Rn. 26). Bewertungsmaßstab und Bundesmantelvertrag haben somit letztlich denselben Normgeber. Kompetenzkonflikte resultieren hieraus im Regelfall nicht, denn das Gesetz hat dem BewA durch [§ 87 SGB V](#) bestimmte originäre Aufgaben übertragen und sie damit der ansonsten nach [§ 82](#) bestehenden Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner entzogen (vgl. BSG, Beschluss vom 10. Dezember 2008, [B 6 KA 37/08](#), Juris Rn. 11).

Der BewA kann auf der Rechtsgrundlage des [§ 87 b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a.F. SGB V auch eine Vereinbarung der Bundesmantelvertragspartner aufgreifen und fortgestalten (vgl. BSG, Urteil vom 11. Oktober 2006, [B 6 KA 46/05 R](#), Juris Rn. 30 m. w. N. zur Anhebung der von den Partnern der Bundesmantelverträge für den technisch-analytischen Anteil der Laborleistungen vereinbarten Kostensätze durch den BewA).

Nach der jüngeren BSG-Rechtsprechung war der BewA in seiner Funktion als vom Gesetzgeber zum Erlass von Vorgaben für die Honorarverteilung bestimmtes Selbstverwaltungsgremium jedenfalls für die Zeit von Anfang des Jahres 2009 bis Ende 2011 berechtigt, die Normgeber auf regionaler Ebene dazu zu ermächtigen, auf etwaige Unterdeckungen im Laborbereich mit steuernden Maßnahmen zu reagieren; dies schließt auch eine Quotierung der Sachkostenerstattungen ein (vgl. BSG, Urteil vom 19. August 2015, [B 6 KA 33/14 R](#), zitiert nach [Terminsbericht Nr. 37/15 Nr. 3](#)). Die darin liegende Modifikation der Vereinbarung von Kostensätzen durch die Partner der

Bundsmantelverträge rechtfertigt sich unter dem Gesichtspunkt, dass Kostenausweitungen bei den nicht den RLV, jedoch der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen erhebliche Auswirkungen auf das System der RLV hätten. Mit dem System der RLV und begrenzten Gesamtvergütungen sind Leistungen, die ohne Mengenbegrenzung und ohne Preissteuerung vergütet werden, kaum vereinbar. Deswegen war auch der von den Partnern der Bundsmantelverträge gestaltete Bereich der Kostenerstattungen und Pauschalkosten nicht einer Beeinflussung durch Regelungen der Honorarverteilung entzogen. Gleichfalls nicht zu beanstanden ist nach der jüngeren BSG-Rechtsprechung die Quotierung der Laborgrundpauschale (vgl. BSG, Urteil vom 19. August 2015, [B 6 KA 44/14 R](#), zitiert nach Terminsbericht Nr. 37/15 Nr. 3). Zwar unterliegt diese einer bewertungsbezogenen Mengenbegrenzung, doch schließt dies weitere Begrenzungen auf der Honorarverteilungsebene nicht aus.

Daher konnten entgegen der Auffassung der Klägerin Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM auch ab 1. Januar 2010 auf der Grundlage des Beschlusses des BewA vom 22. September 2009 - trotz des geänderten Wortlauts des Beschlusses im Vergleich zu dem Beschluss des EBA vom 20. April 2009 - durch die Vertragspartner auf Landesebene quotiert werden. Auch Teil F Abschnitt II. Nr. 4 des Beschlusses des BewA vom 22. September 2009 ermöglichte eine Quotierung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. Damit waren grundsätzlich auch Leistungen des Kapitels 32 EBM-Ä von der Quotierungsmöglichkeit umfasst. Teil F Abschnitt II. Nr. 4 des Beschlusses des BewA vom 22. September 2009 enthielt nur insoweit Einschränkungen der Steuerungsmöglichkeiten der Vertragspartner, als es für Kostenerstattungen des Abschnitts 32.2. zu Verlagerungen zwischen dem haus- und dem fachärztlichen Versorgungsbereich aufgrund der zum 1. Oktober 2008 in Kraft getretenen Laborreform gekommen war.

Entgegen der von der Klägerin im Rahmen der Berufungsbegründung geäußerten Auffassung ist auch kein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot für die Quartale III/09 und IV/09 ersichtlich, wie das SG zutreffend festgestellt hat. Die Klägerin wurde bereits mit Zuweisungsbescheid über das Regelleistungsvolumen für das Quartal III/09 vom 27. Mai 2009 über die beabsichtigte Begrenzung der Vorwegleistungen entsprechend dem Beschluss des BewA vom 20. April 2009 informiert.

Auch die konkrete Ausgestaltung der Quotierung der Kostenerstattungen nach Kapitel 32 EBM-Ä sowie der Laborkonsiliar- und Laborgrundpauschale in den Honorarverteilungsverträgen 2009 und 2010 ist durch die entsprechende Ermächtigung des BewA gedeckt und entspricht höherrangigem Recht. U.a. wurden die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM-Ä in den Honorarverteilungsverträgen 2009 und 2010 - im Unterschied zu den Honorarverteilungsverträgen in anderen Bundesländern nicht quotiert, was sich auch zugunsten der Klägerin auswirkte. Die Klägerin fällt im Wesentlichen - mit Ausnahme von Dr. C. - unter die in der Anlage zur 3. Nachtragsvereinbarung zum HVV 2009 sowie in der Anlage 5 zum HVV 2010 genannten Leistungen/Leistungsbereiche im fachärztlichen Bereich "Erwartete Zahlungen für weitere Arztgruppen ohne RLV ohne Leistungen LG 14 (Kosten/Kostenpauschalen) und LG 13 (Wegegelder)". Laut Anlage 5 des Honorarverteilungsvertrags 2010 haben die Partner des Honorarverteilungsvertrags ab Januar 2010 Laborleistungen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich von der Quotierung ausgenommen. Diese wurden als Vorwegabzug vor dem Trennungsfaktor vergütet.

Die Regelungen in Ziff. II.6 HVV 2009 und Ziff. II.6 HVV 2010 bewirken die Bildung eines leistungsbezogenen Honorarkontingents jeweils für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich für die in der 3. Nachtragsvereinbarung zum HVV 2009 und in der Anlage 5 zum HVV 2010 genannten Leistungen/Leistungsbereiche. Vergleichbare Steuerungsinstrumente hat das BSG sowohl für einzelne Fachgruppen und Leistungsbereiche als auch für Mischsysteme - teilweise für Arztgruppen und teilweise für Mischsysteme - als rechtmäßig angesehen (ständige Rechtsprechung des BSG, grundlegend [BSGE 83, 1](#), 2 ff.; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 63 Rn. 15 m. w. N.), jedoch eine sachliche Rechtfertigung gefordert (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) S 237; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S 408 m. w. N.). Diese Grundsätze gelten entgegen der Ansicht des Klägers auch für die geänderte Rechtslage ab dem Jahr 2009, soweit ärztliche Leistungen nicht Bestandteil der RLV sind, sondern andere steuernde Mechanismen eingreifen (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, Juris Rn. 31 m. w. N.).

Soweit die BSG-Rechtsprechung für die Bildung von Honorartöpfen eine sachliche Rechtfertigung fordert, ist entgegen der Auffassung der Klägerin nicht Voraussetzung, dass zwingend eine Mengenausweitung der jeweils quotierten Leistungen konkret nachgewiesen sein muss (so zutreffend auch SG, Dresden, Urteil vom 21. Januar 2015, [S 18 KA 118/11](#), Juris Rn. 58 ff). Regelungszweck der Vergütungssteuerung nach [§ 87 b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) ist auch nach der Rechtsprechung des BSG nicht nur die Verhinderung einer Mengenausweitung der ärztlichen Tätigkeit. Vielmehr dient die vom BewA den Gesamtvertragspartnern ermöglichte Vergütungssteuerung der nicht vom RLV erfassten Leistungen einer insgesamt angemessenen Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, Juris Rn. 26 m. w. N.). Würden die "freien" Leistungen ohne Quotierung vergütet, hätte dies zur Folge, dass der auf diesen Teil der Leistungen entfallende Anteil der Gesamtvergütung für die innerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen nicht mehr zur Verfügung steht. Innerhalb des RLV werden jedoch die typischen und speziellen Leistungen einer Arztgruppe vergütet. Weder eine angemessene Honorierung dieser in das RLV fallenden Leistungen noch eine gewisse Kalkulationssicherheit wären gewährleistet, wenn die freien Leistungen vorab unbegrenzt vergütet würden, so dass im Extremfall, also bei zu geringen RLV auch die Funktionsfähigkeit des Systems der RLV insgesamt beeinträchtigt sein könnte (vgl. BSG a. a. O.). Daher ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Vorwegleistungen einer Quotierung unterwarf, um sinkenden Fallwerten innerhalb der Regelleistungsvolumina entgegenzuwirken. Es handelt sich um einen zulässigen Regelungszweck. Nach den von der Beklagten zwischenzeitlich vorgelegten Daten ist zwar im Verhältnis zu den gebildeten Rückstellungen (15.174.919,12 EUR für das Quartal III/09) im Bereich "Erwartete Zahlungen für weitere Arztgruppen ohne RLV LG 1 12", in den u. a. auch die Klägerin als Laborpraxis fällt (des Weiteren Pathologen, Strahlentherapeuten), eine (Mengen-)Ausweitung zu entnehmen (Abrechnungsvolumen von 18.727.210,30 EUR im Quartal III/09 vor Anwendung des AI 100). Die Anforderungen der Laborärzte lagen mit 15.102.137,98 EUR nur ganz knapp unter dem gesamten Rückstellungsbetrag für diese Arztgruppe. Damit hat sich im Bereich der "Erwarteten Zahlungen für weitere Arztgruppen ohne RLV LG 1-12" die Gefahr der Mengendynamik der zunächst nicht quotierten sog. freien Leistungen für das Quartal III/09 konkretisiert. Aufgrund des oben dargelegten Regelungszwecks der Vergütungssteuerung einer insgesamt angemessenen Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen bedurfte es aber weder für die Quartale II/09 und III/09 (maßgebliche Datenlage für die 3. Nachtragsvereinbarung zum HVV 2009 nach Auskunft der Beklagten) noch für die streitgegenständlichen Folgequartale eines konkreten Nachweises der Mengenausweitung im Bereich der jeweils quotierten (Vorweg-)Leistungen, um zulässig eine Vergütungssteuerung gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) durchzuführen.

Insoweit hat bereits das SG zutreffend darauf hingewiesen, dass Honorartöpfe nicht nur einer Mengensteuerung, sondern auch der Stabilisierung des Werts der Leistungen dienen bzw. das Risiko der Mengendynamik auf einen Teil der Ärzteschaft begrenzen. Sogenannte

Honorartöpfe begrenzen die Auswirkungen der Leistungsdynamik auf einzelne Arztgruppen und bestimmte Leistungen. Sie setzen über ein absinkendes Vergütungsniveau potenziell Anreize zu zurückhaltender Leistungserbringung, schützen aber vorrangig Ärzte oder Arztgruppen vor einem Absinken der für die Honorierung ihrer Leistungen zur Verfügung stehenden Anteile der Gesamtvergütung. Dieser Zusammenhang besteht auch im Verhältnis der vorab zu vergütenden freien und den vom RLV erfassten Leistungen (so auch BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, Juris Rn. 31 m. w. N.).

Soweit die Quartale III/09 und IV/09 betroffen sind, war es nach der Beschlusslage des BewA vom 20. April 2009 für die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrags noch nicht zwingend geboten, ggf. vorhandene Verlagerungseffekte zwischen dem haus- und dem fachärztlichen Versorgungsbereich aufgrund der zum 1. Oktober in Kraft getretenen Laborreform auszugleichen. Die Klägerin beanstandet in diesem Zusammenhang, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich die Anforderungen im Quartal III/09 im Verhältnis zum Quartal III/08 um mindestens 3,160 Mio. EUR zurückgegangen seien. Allerdings hat sie auch selbst darauf hingewiesen, dass Mitglieder der ab 2009 dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordneten direkt abrechnenden Laborgemeinschaften sowohl an der hausärztlichen als auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sind. Im Übrigen konnten die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrags im Rahmen einer Anfangs- und Erprobungsregelung eine weniger differenzierende Regelung treffen. Im Quartal I/10 war Verlagerungen bei Kostenerstattungen nach Abschn. 32.2 EBM-Ä aufgrund der Laborreform nach der Beschlusslage des BewA vom 22. September 2009 Rechnung zu tragen. Dem wurde im HVV 2010 dadurch nachgekommen, dass ab Januar 2010 Laborleistungen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä von der Quotierung ausgenommen wurden (Anlage 5 des HVV 2010).

Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann auch an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden (ständige Rechtsprechung des BSG; vgl. Urteil vom 17. Juli 2013, Juris Rn. 26 mit zahlreichen weiteren Nachweisen), wie dies in den Regelungen in Ziff. II.6 HVV 2009 und Ziff. II.6 HVV 2010 mit der Anknüpfung an den anerkannten Leistungsbedarf im jeweiligen Versorgungsbereich an das jeweilige Vorjahresquartal 2008 gehandhabt wurde.

Zur Überzeugung des Senats war auch nicht zwingend geboten, bei der Bildung des jeweiligen Honorarkontingents zwischen überweisungsabhängigen und nichtüberweisungsabhängigen Fachgruppen bzw. überweisungsabhängigen und nicht überweisungsabhängigen Leistungen zu unterscheiden. Die Berechtigung, die Leistungen von Laborärzten aus einem festen Honorarkontingent zu vergüten, besteht nach der Rechtsprechung des BSG auch ungeachtet des Umstands, dass Laborärzte nur auf Überweisung tätig werden, und die Menge der von dieser Arztgruppe erbrachten Leistungen vorwiegend vom Überweisungsverhalten anderer Vertragsärzte abhängig ist (vgl. BSG, Urteil vom 11. Oktober 2006, [B 6 KA 46/05 R](#), Juris Rn. 50 m. w. N.). Im Übrigen können Laborärzte trotz ihrer Bindung an den Überweisungsauftrag in gewissen Grenzen den Umfang der von ihnen erbrachten Leistungen selbst (mit)bestimmen, sodass es vom BSG als zulässig erachtet wurde, auch mengenbegrenzende Regelungen nicht nur bei den überweisenden Ärzten, sondern auch bei den Laborärzten anzusetzen (vgl. BSG, Beschluss vom 28. Oktober 2009, [B 6 KA 15/09](#), Juris Rn. 9).

Ob eine Regelung rechtmäßig wäre, die nicht sicherstellt, dass die freien Leistungen mindestens entsprechend der abgestaffelten Honorierung für über das RLV hinausgehende Leistungen oder jedenfalls mit einer Mindestquote honoriert werden, hat die BSG-Rechtsprechung offengelassen (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, [B 6 KA 45/12 R](#), Juris Rn. 24). Allerdings wurde eine Quotierungsregelung mit einer Mindestquote von 80 % als zulässig angesehen (BSG, a. a. O., Juris Rn. 28). Da die Quotierungsregelung der Beklagten im HVV 2009 und 2010 nicht zu einer Quotierung von weniger als 80 % der streitgegenständlichen Leistungen in den Quartalen III/09 bis I/10 führte, ist diese hier ebenfalls nicht zu beanstanden.

Der Klägerin kann auch unter dem Gesichtspunkt der angemessenen Vergütung ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)) kein höheres - nicht quotiertes - Honorar beanspruchen. Insoweit wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffende Begründung des SG gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen.

Für den Senat sind auch im Übrigen keine hinreichenden Anhaltspunkte ersichtlich, dass die in den streitgegenständlichen Honorarbescheiden vorgenommene Quotierung in rechtswidriger Weise erfolgte.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit § 154 Abs. 2 und (bezüglich der teilweisen Klagerücknahme) [§ 155 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die Zulassung der Revision auf [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#). Der Streitwert wurde bereits in der mündlichen Verhandlung auf 1.441.652,00 EUR festgesetzt.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-11-22