L 5 KA 1002/03

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KA 1959/00
Datum
25.09.2002
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 1002/03
Datum
02.11.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 49/05 R
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1.) Der Gebührenkomplex aus Laborgrundgebühr, Wirtschaftlichkeitsbonus und Abschmelzungsregelung erweist sich auch gegenüber den Laborärzten als rechtmäßig.
2.) Einkommenseinbußen von Laborärzten als Folge eines wirtschaftlichen Verhaltens der überweisenden Ärzte sind nicht zu beanstanden.
3.) Die Aufteilung der Vergütung der Laborärzte in einen ärztlichen und einen technischen Honoraranteil (sog. Vergütungssplitting) ist rechtmäßig.
4.) Die konkrete Höhe der Erstattungsbeträge für die technischen Untersuchungen war auch in den Quartalen 3 und 4/99 rechtmäßig.
5.) Der Bewertungsausschuss ist seiner Verpflichtung zur Nachbesserung ab dem Quartal 1/2000 durch eine 24 %ige Erhöhung der Erstattungsbeträge für technische Leistungen nachgekommen.
6.) Eine vorübergehende, zwei Quartale umfassende 24%ige Kostenunterdeckung für technische Laborleistungen begründet keine Verpflichtung des Bewertungsauschusses zur rückwirkenden Nachbesserung.
Die Kostenunterdeckung für maximal zwei Quartale trifft die Laborärzte angesichts ihrer langjährig überproportional hohen Einkommen nicht unzumutbar hart.
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 25. September 2002 aufgehoben und die Klage in vollem Umfange abgewiesen.

Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten beider Instanzen zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Gesamthonoraranspruch des Klägers für das Quartal 4/99 im Hinblick auf die zum 1. Juli 1999 in Kraft getretene Laborreform streitig.

Der Kläger nimmt als Facharzt für Laboratoriumsmedizin in U./D. an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten teil. Er wird ausschließlich auf Überweisung tätig und erbringt ganz überwiegend Leistungen des Kapitels O III des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM).

Die Umsatzzahlen und Fallzahlen der vom Kläger betriebenen Praxis stellen sich für die Primär- und Ersatzkassen betreffend wie folgt dar:

Quartal Fallzahl Honorar Primärkassen Honorar Ersatzkassen Summe in DM Fallwert in DM 1/97 16.239 609.805,18 270.314,45 880.119,63 54,20 2/97 15.936 611.941,40 264.990,19 876.931,59 55,02 3/97 15.619 659.655,29 287.030,94 946.686,23 60,61 4/97 16.769 773.137,57 336.416,47 1.109.554,04 66,17 1/98 16.346 735.297,62 294.496,36 1.029.793,98 62,99 2/98 15.415 714.382,55 311.229,73 1.025.612,28 66,53 3/98 15.867 697.727,09 293.467,26 991.194,35 62,47 4/98 16.772 790.288,22 345.791,52 1.136.079,74 67,74 1/99 16.439 691.541,70 300.531,80 992.073,50 60,35 2/99 15.609 665.193,37 294.925,95 960.119,32 61,51 3/99 12.061 345.801,96 146.343,13 492.145,09 40,80 4/99 13.102 368.893,37 150.414,80 519.308,17 39,64 1/00 13.864 422.339,91 165.593,10 587.933,01 42,41 2/00 12.695 394.687,46 150.950,36 545.637,82 42,98

Zum 1. Juli 1999 wurde die sog. Laborreform durchgeführt. Leitgedanke dieser Reform war, bei gleicher Leistungsqualität stärkere Anreize zum medizinisch notwendigen Umgang mit Laborleistungen zu geben und die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit den Veranlassern

zuzuordnen. Im Zusammenhang damit wurden folgende Gebührennummern eingeführt:

Geb.-Nr. 3450 Laborgrundgebühr, je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen (aufgeschlüsselt nach Arztgruppen)

Mit der Laborgrundgebühr nach Nr. 3450 sind für die aufgeführten Arztgruppen die ärztlichen Leistungen des Kapitels O mit Ausnahme der Kosten für die laboratoriumsmedizinischen Analysen abgegolten. Diese Kosten sind nach den vertraglich vereinbarten Kostenbeträgen neben der Laborgrundgebühr oder für sich allein berechnungsfähig (vgl. Kostenliste für allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen- Anhang zu Abschnitt OI/OII - Geb.-Nrn. 3500 bis 3890 EBM)

Geb.-Nr. 3452 Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels O, je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen (aufgeschlüsselt nach Arztgruppen)

Ergänzt werden diese neu geschaffenen Abrechnungsgebühren durch ein Laborbudget, das in Kapitel O I/II EBM "Allgemeine Laboruntersuchungen" bzw. wortgleich in Kapitel O III EBM "Spezielle Laboruntersuchungen" wie folgt lautet:

Für die Kosten eigenerbrachter, von Laborgemeinschaften bezogener oder als Auftragsleistung überwiesener kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O I/II (bzw. O III) wird je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl gebildet, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle der Arztpraxis ergibt. In die Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl gehen nicht ein alle Überweisungsfälle zur ausschließlichen Erbringung von Leistungen der Kapitel O und P, kurativ-ambulante Behandlungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels U - mit Ausnahme der Pauschalerstattungen nach Nrn. 7180, 7181 und 7215 - abgerechnet werden.

Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der DM-Beträge der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulanten Laboratoriumsuntersuchungen des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O I/II ergibt.

Die Umrechnung in Punkte erfolgt (1999) durch Multiplikation mit dem Faktor 13,5 für das OI/OII Labor bzw. 16,1 für das O III Labor, wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird. Überschreitet die Summe dieser Punkte die begrenzte Gesamtpunktzahl der Arztpraxis, werden die überschreitenden Punkte von dem dieser Praxis zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus Nr. 3452 ergibt, abgezogen.

Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl und bei der Berechnung des Punktzahlvolumens nach Satz 3 bleibt die Zahl der Behandlungsfälle mit den nachfolgend aufgeführten Krankheitsfällen (hier in der vom 1. Juli 1999 bis 30. Juni 2001 gültigen Fassung) unberücksichtigt:

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, orale Antikoagulantientherapie Mukoviszidose, präoperative Labordiagnostik vor ambulanten oder belegärztlichen Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie, chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance (25ml/min, Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie, Nachsorge nach Organtransplantation oder Transplantation von Knochenmark (auch Zellseparation) unter immunsuppressiver Therapie, therapiebedürftige HIV-Infektionen, manifester Diabetes mellitus, rheumatoide Arthritis (PCP) einschließlich Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodelierender Langzeit-Basistherapie.

Daneben sind unter anderem für die Ärzte für Laboratoriumsmedizin folgende weitere Geb.-Nrn. geschaffen worden:

Geb.-Nr. 3454 Grundpauschalen für Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendung, je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O für bis zu 6000 Behandlungsfälle mit Auftragsleistungen des Kapitels O 65 Punkte für den 6001. bis 12.000. Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels O 10 Punkte für jeden weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels O 2 Punkte

Geb.-Nr. 3456 Grundpauschale für Ärzte aus nicht in Nr. 3454 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendungen, je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O für bis zu 12.000 Behandlungsfälle mit Auftragsleistungen des Kapitels O 15 Punkte für jeden weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels O 3 Punkte Bei Gemeinschaftspraxen ist die fallzahlbezogene Abstaffelung der Grundpauschalen nach den Nrn. 3454 und 3456 je beteiligten Arzt anzuwenden. Bei Gemeinschaftspraxen zwischen den in den Nrn. 3454 und 3456 genannten Arztgruppen ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstaffelung die Regelung nach Nr. 3454 anzuwenden. Die Leistungen nach den Nrn. 3450, 3454 und 3456 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Bezüglich der Leistungen ab den Nrn. 3500 (allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen) beziehungsweise 3901 (spezielle Laboratoriumsuntersuchungen) wurden Festbeträgen in DM (bzw. jetzt in EUR) aufgenommen.

Es wurden zur Absicherung der Laborreform folgende Änderungen des Bundesmantelvertrages vorgenommen:

- Beschränkung der Überweisungsart zur Durchführung von Laborleistungen auf die art- und umfangs- bzw. indikationsdefinierte Auftragsleistung - § 24 BMV-Ä - Einführung eines eigenen Abrechnungsscheines für Labor-Auftragsleistungen (Muster 10) - § 24 BMV-Ä - Wegfall der Möglichkeit des Bezuges von Laborleistungen von anderen Vertragsärzten und der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen - § 25 BMV-Ä - Definition der Laborgemeinschaft - § 25 Abs ... 3 BMV-Ä.

Die Honorare des Klägers für die Quartale 3/99 und 4/99 waren erheblich niedriger als im jeweiligen Vorjahresquartal:

Quartal 3/98: 991.470,12 DM Quartal 3/99: 487.985,05 DM Veränderung: - 52,04 %

Quartal 4/98: 1.156.585,11 DM Quartal 4/99: 519.308,17 DM Veränderung: - 55,10 %

Der Kläger erhob am 16. Mai 2000 Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das hier streitige Quartal 4/99 vom 17. April 2000. Zur Begründung machte er geltend, die Vergütungsregelungen seien hinsichtlich der Höhe der Kostensätze rechtswidrig. Bei Laborleistungen seien die Kosten je Leistungseinheit von der Leistungsmenge abhängig. Bei der Ermittlung der Kostensätze ab 1. Juli 1999 sei man von einer bestimmten Leistungsmenge ausgegangen, wobei man angenommen habe, dass es infolge der Änderung des Vergütungssystems zu einem Mengenrückgang um etwa 15 % kommen werde. Tatsächlich sei die Leistungsmenge jedoch generell um 40 bis 50 % zurückgegangen, in seiner Praxis sogar um 53 %. Wegen des Fixkostenanteils seien die Kostensätze nun deutlich zu niedrig. Hinzu komme, dass die Beklagte in ihrem Bereich die Einsparungen im Labor auf andere Arztgruppen umverteile, insbesondere über die Privilegierung des Wirtschaftlichkeitsbonus. Dies sei willkürlich. Insbesondere fehle eine Differenzierung zwischen Eigenleistungen erbringenden Ärzten und auftragsgebundenen Laborfachärzten (bzw. Fachwissenschaftlern).

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg (Rechtsvorgängerin der Beklagten) wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19. Juli 2000 zurück. Seit der Einführung der Laborreform habe der Kläger tatsächlich einen eklatanten Honorarverlust zu verzeichnen. Richtig sei auch, dass der Bewertungsausschuss die Kostensätze mit Wirkung zum 1. Januar 2000 um 24 % angehoben habe, in Anerkennung dessen, dass die zunächst zugrunde gelegten Kostensätze zu niedrig gewesen seien. Für die Quartale 3/99 und 4/99 müsse sich die Beklagte jedoch an die Vorgaben des EBM halten. Weder der EBM noch der HVM der Beklagten erlaube eine höhere Vergütung.

Hiergegen hat der Kläger am 1. August 2000 Klage vor dem Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben. Zur Begründung hat er geltend gemacht, die zum 1. Juli 1999 eingeführten und im streitigen Quartal zugrunde gelegten Kostensätze der O III-Laborleistungen seien zu niedrig, was ihn als Laborarzt besonders hart treffe und unzumutbar und daher auch rechtswidrig sei. Der Laborreform habe eine Untersuchung der Firma M. & Co mit dem Abschlussbericht vom 30. April 1998 zugrunde gelegen. Daraus ergebe sich, dass 90 % des Gesamthonorars im Bereich des Speziallabors auf den Kostenanteil und 10 % auf den ärztlichen Anteil entfielen. Die Vergütung der Parameter habe man auf der Grundlage der durchschnittlichen Gesamtkosten der 50 % kostengünstigsten Praxen errechnet, was bedeute, dass von vorneherein die überwiegende Anzahl der Praxen jedenfalls ohne einen Anpassungszeitraum nicht kostendeckend habe wirtschaften können. Ferner hätten den Kalkulationen bestimmte "Serienlängen" zugrunde gelegen, die sich aufgrund des tatsächlichen Mengenrückgangs als zu hoch erwiesen hätten. Es sei unbestritten, dass die ab 1. Juli 1999 eingeführten Kostensätze zu niedrig gewesen seien. Der Bewertungsausschuss habe daher am 16. Februar 2000 mit Wirkung ab 1. Januar 2000 einen prozentualen Aufschlag in Höhe von 24 % bei den Kosten der O III-Leistungen beschlossen (Deutsches Ärzteblatt 2000, Jg.97, Heft 9, S. A-555 ff.). Außerdem seien zum 1. April 2000 zusätzliche Ausnahmeindikationen beschlossen worden, bei deren Vorliegen die in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen nicht auf die Budgets angerechnet würden. Ergänzend müsse berücksichtigt werden, dass zum 1. Juli und teilweise bereits zum 1. April 1999 zusätzlich zu den Budgets und zum Vergütungssplitting eine Reihe weiterer, die Honorare der Laborärzte senkender Maßnahmen beschlossen worden sei (Höchstwertregelungen, Abstaffelungen, Versandkosten). Aus all dem ergebe sich, dass die Höhe der Kostenerstattungen im streitigen Quartal missbräuchlich niedrig festgesetzt worden sei. Bei einer Pauschalerstattung komme es zwar grundsätzlich nicht darauf an, ob sie im Einzelfall die konkreten Kosten abdecke. Im vorliegenden Fall sei sie aber, gemessen am typischen Aufwand, missbräuchlich niedrig und betreffe zudem den Kernbereich der Tätigkeit der Laborärzte. Dies müssten die betroffenen Ärzte auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Erprobungsregelung hinnehmen. Das ergebe sich schon daraus, dass Kostenerstattungen nur entweder richtig oder falsch berechnet sein könnten. Jedenfalls sei aber hier von vornherein klar gewesen, dass angesichts der komplexen und neuartigen Regelungen die tatsächlichen Auswirkungen nur mit einem ganz erheblichen Unsicherheitsfaktor hätten prognostiziert werden können. Der Normgeber hätte deshalb Regelungen vorsehen müssen, um schwerwiegende Folgen aufzufangen. Außerdem habe bereits die Firma M. & Co in ihrem Abschlussbericht vom 30. April 1998 darauf hingewiesen, dass ein Teil der Kosten nur mittelfristig abbaubar sei, und deshalb eine schrittweise Einführung der Mengenbegrenzung empfohlen. Den betroffenen Ärzten sei also von vorneherein ein "Gegensteuern" nicht mit sofortiger Wirkung möglich gewesen. Der Beklagten sei es auch durchaus möglich, diese Situation zu berücksichtigen. So hätte beispielsweise die KV Nordrhein in ihrem HVM arztgruppenbezogene Teiltöpfe für Laborärzte beibehalten. Aufgrund des Rückgangs bei den Kostenerstattungen seien die Punktwerte für die ärztlichen Leistungen erheblich angestiegen und somit die negativen Auswirkungen von vornherein begrenzt worden. Andere Kassenärztliche Vereinigungen, etwa die KV Nordbaden, hätten den pauschalen Aufschlag von 24 % auf die Kostenerstattungen auf das zweite Halbjahr 1999 ausgedehnt und weitere KVen schließlich hätten Vergleichslösungen gefunden.

Die Beklagte ist dem entgegengetreten und hat darauf verwiesen, bei den zum 1. Juli 1999 vorgenommenen Änderungen des Kapitels O habe sich der Bewertungsausschuss im Rahmen des ihm bei der Normsetzung zustehenden Ermessens gehalten. Die bisherige Regelung sei unbefriedigend gewesen. Die Menge der OIII-Laborleistungen sei von 1988 bis 1996 jährlich um 12,5 % angewachsen, ohne dass dies sachlich zu belegen gewesen wäre. Dem habe der Bewertungsausschuss entgegen treten dürfen. Die beschlossenen Maßnahmen seien auch geeignet das Ziel zu erreichen. Sie seien schließlich auch sachgerecht, eine deutliche Reduzierung der Vergütung sei durchaus beabsichtigt gewesen. Selbst wenn die Neuregelung im typischen Fall dazu geführt haben sollte, dass die Kosten des Laborarztes kaum oder nicht mehr voll gedeckt worden seien, wäre sie jedenfalls in den ersten Quartalen nicht rechtswidrig oder nichtig. In einem solchen Fall habe der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuches - Krankenversicherung - (SGB V) zu reagieren und die erforderlichen Korrekturen zu treffen. Daher habe er zum 1. Januar 2000 die Vergütung auf der Kostenseite um 24 % angehoben. Die Gültigkeit der Regelung für die Quartale 3/99 und 4/99 werde hierdurch jedoch nicht berührt. Von einer missbräuchlichen Verfahrensweise des Bewertungsausschusses könne nicht die Rede sein. Die Neuregelung sei nach umfangreichen Vorarbeiten erfolgt. Aus der bereits im Frühjahr 1999 erfolgten Kritik an den beabsichtigten Maßnahmen ergebe sich noch nicht, dass die Prognosen tatsächlich unrichtig gewesen seien. Denn im Laufe von Neuregelungen von Gebührenordnungsvorschriften würden von interessierter Seite regelmäßig Gegenrechnungen aufgestellt. Unter diesen Umständen habe die Laborreform jedenfalls als Erprobungsregelung im streitigen Quartal Bestand. Die Beklagte sei auch nicht gehalten gewesen, in ihrem HVM Regelungen zum Ausgleich der Honorareinbußen im zweiten Halbjahr 1999 zu schaffen. Betroffen seien die Laborärzte nur für die Dauer von zwei Quartalen. Der Bewertungsausschuss selbst habe insoweit keine Notwendigkeit für eine rückwirkende Korrektur gesehen, auch die Beklagte sehe diese Notwendigkeit nicht.

Mit Urteil vom 25. September 2002 hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, über die Honoraransprüche des Klägers erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des SG zu entscheiden. Das SG hat hierbei die Auffassung vertreten, dass, ausgehend von den vom BSG aufgestellten Grundsätzen zur nur sehr eingeschränkten Überprüfungsbefugnis bezüglich der normativen Bestimmungen des EBM wie auch der vom BSG ferner in weitem Umfang anerkannten so genannten Anfangs- und Erprobungsregelung, die zum 1. Juli 1999 in

Kraft getretene Laborreform nicht schon deshalb rechtswidrig sei, weil die Kostensätze des Speziallabors auf der Basis der kostengünstigeren Hälfte der Praxen und ohne längere Übergangsfristen kalkuliert worden seien. Dies erscheine durch sachliche Erwägungen gerechtfertigt. Zu nennen seien hier die hohen Steigungsraten der Speziallabors in den Jahren vor der Laborreform einerseits und die Ziele der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie der Mengenbegrenzung, genauer der Mengenreduzierung, andererseits. Auch müsse nach Auffassung des SG der Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung bei der Prüfung der Laborreform hinsichtlich der Kostensätze, um die es hier vorrangig gehe, nicht von vorneherein außer Betracht bleiben. Das Gegenteil ergebe sich auch nicht daraus, dass betriebswirtschaftliche Berechnungen nur entweder falsch oder richtig sein könnten. Denn hier seien Berechnungen auf der Basis von Prognosen erforderlich gewesen, die zwangsläufig unsicher gewesen seien. Diese Unsicherheit hätte wie bei jeder Prognose sogar dann bestanden, wenn an den Rahmenbedingungen nichts geändert worden wäre. Aufgrund der tief greifenden Neuregelungen sei die Unsicherheit sehr hoch gewesen und hätten die einzelnen Kostensätze zwangsläufig Erprobungscharakter. Der Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung sei auch nicht deshalb von vorneherein ausgeschlossen, weil strukturell unzulässige Regelungen bereits zur Rechtswidrigkeit der Reform führen würden, ohne dass es auf die Auswirkungen infolge zunächst unüberschaubarer tatsächlicher Einwirkungen ankomme. Eine solche rechtliche Situation sei nicht gegeben. Insbesondere wende sich der Kläger im vorliegenden Verfahren auch überhaupt nicht gegen die Neuregelung insoweit, als sie zu einem Rückgang der Leistungsmenge geführt habe; er mache nur die Rechtswidrigkeit der Vergütung geltend. Indessen könne im vorliegenden Fall die Rechtmäßigkeit der im streitigen Quartal geltenden Kostensätze der Leistungen des Speziallabors bzw. des von der Beklagten insgesamt festgesetzten Honorars nicht mit dem Argument der Anfangs- und Erprobungsregelung begründet werden. Diese Anfangs- und Erprobungsregelung sei mit einer Beobachtungs- und ggf. Nachbesserungspflicht des Normgebers verbunden. In den bisher in der Rechtsprechung entschiedenen Fällen sei die Nachbesserungspflicht auf die Zukunft bezogen worden und dem Betroffenen zugemutet worden, bis dahin ein höheres Maß an Nachteilen in Kauf zu nehmen (mit Hinweis auf BSG SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 26). Die Auswirkungen der Neuregelung der Vergütung von Laborleistungen ab 1. Juli 1999 seien für die betroffenen Laborärzte aber derart krass gewesen, dass eine Korrektur nur mit Wirkung für die Zukunft nicht ausreiche. Es sei zwischen den Beteiligten unstreitig und bedürfe auch keiner näheren Begründung, dass die tatsächliche Entwicklung ab dem Quartal 3/99 anders als vermutet verlaufen sei. Während mit einem Mengenrückgang von 15 % kalkuliert worden sei, sei es tatsächlich sofort zu Rückgängen zwischen 40 % und 50 %, beim Kläger sogar um mehr als 50 % gekommen. Es bedürfe daher auch keiner weiteren Darlegung, dass damit die Kalkulation der Kostensätze nicht mehr gestimmt habe. Das ergebe sich schon aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000, mit dem ausdrücklich Korrekturen vorgenommen wurden, weil "der Leistungsmengenrückgang der Leistungen des Speziallabors sowie die daraus resultierenden Honorarverluste für Labore höher sind als erwartet". Dabei seien die Kostensätze ganz erheblich erhöht worden, nämlich um einen pauschalen prozentualen Aufschlag in Höhe von 24 %, und seien zusätzlich (ab 1. April 2000) die aufgrund bestimmter Indikationen nicht auf das Budget anzurechnenden Leistungen ausgeweitet worden. Die extreme Abweichung der tatsächlichen Auswirkungen von der Prognose habe nicht nur einzelne Leistungen oder Randbereiche betroffen sondern vielmehr den ganz überwiegenden Teil des Gesamthonorars der Laborärzte. Die anlässlich der Laborreform durchgeführten Kostenanalysen hätten für den O III-Bereich einen Kostenanteil von 90 % ergeben. Schließlich seien auch alle und nicht nur einzelne Laborärzte betroffen gewesen. Die Korrektur durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 sei (ohne nähere Begründung) erst mit Wirkung ab 1. Januar 2000 erfolgt. Aus den jedoch oben dargelegten Gründen sei die Vergütungsregelung für Laborärzte, wie sie hier im Falle des Klägers im streitigen Quartal angewendet worden sei, trotz des relativ kurzen Zeitraums ihrer Anwendung von einem halben Jahr rechtswidrig und hätte eine rückwirkende Änderung erfordert. Denn bei den hohen Umsatzzahlen selbst eines relativ kleinen Speziallabors, wie es der Kläger betreibe, seien die Verluste in absoluten Zahlen beträchtlich und seien zudem plötzlich eingetreten, sodass auch irgendwelche unternehmerische Reaktionen erst mit Verzögerung in Betracht gekommen wären. Das SG lasse im übrigen offen, auf welche Weise die rückwirkende Nachbesserung zu geschehen habe. Da es um eine rückwirkende Maßnahme für einen beschränkten Zeitraum gehe, mit der letztlich wirtschaftlich unzumutbare Auswirkungen für einen außerdem kleinen Kreis von Ärzten ausgeglichen werden sollten, erscheine es nicht zwingend, dass dies nur durch Änderung des EBM geschehen könne. Aufgrund des Zusammenwirkens von EBM und HVM erscheine die Nachbesserung sowohl auf der EBM-Ebene als auch auf der HVM-Ebene möglich.

Die Beklagte hat gegen das ihr mit Empfangsbekenntnis am 21. Februar 2003 zugestellte Urteil am 14. März 2003 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht die Beklagte geltend, entgegen der Auffassung des SG sei die vom Bewertungsausschuss beschlossene Neuregelung der Vergütung der Laborleistungen zum 1. Juli 1999 rechtmäßig. Dies gelte insbesondere für die allein streitige Festsetzung der Kostensätze für den analytischen Honoraranteil. Dies habe unter dem Gesichtspunkt des Anfangs- und Erprobungsrechts des Bewertungsausschusses im streitgegenständlichen Zeitraum Bestand. Bei der zum 1. Juli 1999 vorgenommenen Änderung des Kapitels O habe sich der Bewertungsausschuss im Rahmen des ihm bei der Normsetzung zustehenden Ermessens gehalten. Die bisherige Regelung habe nicht mehr befriedigt, die Laborleistungen, insbesondere auch die im O III-Bereich, hätten erhebliche Kosten mit steigender Tendenz verursacht. Schon wie sich aus dem vom Kläger selbst vorgelegten Bericht der KBV ergebe, sei die Menge an O III-Leistungen von 1996 bis 1998 jährlich um 12,5 % angewachsen, ohne dass die Berechtigung dieser Leistungsexplosion sachlich zu belegen gewesen wäre. In Südwürttemberg habe die Leistungsmengenausweitung vom Quartal 4/97 zum Quartal 4/98 sogar um die 39 % betragen. Der Bewertungsausschuss sei aus Rechtsgründen nicht gehindert gewesen, dieser Entwicklung entgegen zu treten. Auch habe die Absicht der Senkung der Laborkosten um 15 % einer zulässigen Steuerungsabsicht entsprochen. Die vom Bewertungsausschuss beschlossenen Maßnahmen, insbesondere die Aufteilung in einen ärztlichen und einen analytischen Honoraranteil und die Einführung erbringer- und veranlasserbezogener Budgets mit Bonussystem sei auch geeignet dieses Ziel zu erreichen. Sie hätten nach Art und Inhalt den Vorgaben des § 87 SGB V entsprochen und seien gerade auch in dieser Form sachgerecht. Zu Recht habe das SG zunächst auch auf die ständige Rechtsprechung des BSG zu dem nur eingeschränkten Überprüfungsrecht durch die Gerichte verwiesen und ebenso darauf, dass das BSG in ständiger Rechtsprechung in weitem Umfang Anfangs- und Erprobungsregelungen anerkenne, nach denen dem Normgeber - EBM- oder HVM-Geber - bei der Neuregelung komplexer Materien auch unter diesem Gesichtspunkt ein Gestaltungsspielraum zustehe, weil sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen ließen und daher auch gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden müssten.

Das SG habe auch noch überzeugend dargelegt, dass die Laborreform nicht schon deshalb rechtswidrig sei, weil die Kostensätze des Speziallabors auf der Basis der kostengünstigeren Hälfte der Praxen und ohne längere Übergangsfristen kalkuliert worden seien. Dies erscheine durch sachliche Erwägungen gerechtfertigt, wie die hohen Steigerungsraten der Speziallabors in den Jahren vor der Laborreform einerseits und die Ziele der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie der Mengenbegrenzung, genauer der Mengenreduzierung andererseits. In keiner Weise überzeugend seien aber die Ausführungen im weiteren des SG-Urteils, wonach das Anfangs- und Erprobungsrecht des Bewertungsausschusses, welches die Rechtmäßigkeit der Kostensätze im streitgegenständlichen Quartal begründen würde, verneint worden sei. Erstaunlich sei hierbei, dass das SG zuvor selbst die Argumente geliefert habe, die das Vorliegen einer Anfangs-

und Erprobungsregelung belegten. So führe es auf Seite 9 seiner Urteilsgründe aus, dass es im vorliegenden Fall nicht um betriebswirtschaftliche Berechnungen gehe, die entweder nur richtig oder nur falsch sein könnten. Denn hier seien vielmehr Berechnungen auf der Basis von Prognosen erforderlich gewesen, die zwangsläufig unsicher gewesen seien. Diese Unsicherheit hätte wie bei jeder Prognose sogar dann bestanden, wenn an den Rahmenbedingungen nichts geändert worden wäre. Letztlich lehne das SG das Vorliegen einer Anfangs- und Erprobungsregelung nur deshalb ab, weil in den bisherigen in der Rechtsprechung entschiedenen Fällen die Nachbesserungspflicht auf die Zukunft bezogen und dem Betroffenen zugemutet worden sei, bis dahin ein höheres Maß an Nachteilen in Kauf zu nehmen. Hier aber müsse nach Auffassung des SG eine Aufhebung für die Vergangenheit zwingend erfolgen, da die Laborärzte besonders krass betroffen gewesen seien. Dies sei aber nach Auffassung der Beklagten eine reine ex post - also nachträgliche Betrachtung - die bei der Frage, ob ein Anfangs- und Erprobungsrecht des Bewertungsausschusses bestehe, völlig außer Betracht zu bleiben habe. Maßgeblich sei vielmehr allein die ex ante Sicht. Aus dieser heraus habe der Bewertungsausschuss weder sachwidrig noch rechtsmissbräuchlich gehandelt noch eine von vorneherein strukturell unzulässige Maßnahme getroffen. Der Bewertungsausschuss habe eine von zahlreichen Faktoren abhängige Prognoseentscheidung treffen müssen. Die komplexe Neuregelung und so auch die Festlegung der analytischen Honoraranteile sei erst erfolgt, nachdem gründliche Untersuchungen der Verhältnisse und Vergleichsberechungen gemeinsam mit Laborspezialisten und Kostenexperten vorgenommen worden seien. Der Kläger mache es sich zu einfach, wenn er dieses Argument mit der Begründung entkräften möchte, dem Bewertungsausschuss hätten schon im Frühjahr 1999 Zahlen vorgelegen, aus denen sich die Unrichtigkeit seines Rechenwerkes ergeben habe. Denn im Laufe von Neuregelungen von Gebührenordnungsvorschriften würden von interessierter Seite regelmäßig Gegenrechnungen aufgestellt, was auch das SG in seinem Urteil nicht bezweifle. Es sei dem Bewertungsausschuss nicht zu verdenken, wenn er sich diesen gegenüber zurückhaltend verhalte. Einzelnen frühzeitigen Berichten aus Laborarztpraxen über die Auswirkungen der Laborreform habe nur Hinweischarakter beigemessen werden können, solange repräsentative Daten gefehlt hätten. Hierzu führe die KBV auf Seite 3 ihrer Stellungnahme vom 19. Dezember 2001 an das SG Stuttgart unter Ziffer 3 in Bezug auf die auch im dortigen Verfahren zitierte Ausarbeitung von Merten/Früh, die beweisen wolle, dass die Auswirkungen der Laborreform exakt vorhersehbar gewesen seien, folgendes aus: Die Auswertung einer einzelnen Laborarztpraxis sei nicht repräsentativ, die Auswahlkriterien der Einsender je Arztgruppe seien nicht beschrieben und die Autoren hätten nicht dargelegt, ob und in welchem Umfang in den hohen Fallwerten unwirtschaftliche Leistungen enthalten seien. Weiterhin würden die hohen Prozentwerte für prognostizierte Umsatzeinbußen wenig aussagen, wenn die Ausgangsbasis nicht definiert sei. Ein überdurchschnittlicher Mengenrückgang könne auf Unwirtschaftlichkeit in der Vergangenheit beruhen, die als Folge der Einführung der veranlasserbezogenen Budgets abgestellt worden sei. Ferner zeige die Arbeit von Merten/Früh lediglich Möglichkeiten, die unter den Bedingungen der untersuchten Praxis eintreten könnten, für eine Verallgemeinerung der Prognose fehle aber eine ausreichende Datengrundlage. Schließlich sei die häufig behauptete und auch von Merten/Früh erwartete Verschlechterung der medizinischen Versorgung durch die Laborbudgetierung nicht belegt. Der konkrete Einfluss bzw. das genaue Ausmaß der Auswirkungen auf die Serienlängen sei für den Bewertungsausschuss nicht vorhersehbar gewesen. Erstmals sei eine veranlasserbezogene Budgetierung mit Sanktionen auch für Laboranalysen eingeführt worden, die der Arzt nicht selbst erbringe, sondern an einen anderen Arzt überweise. Das Verhalten der veranlassenden Ärzte unter diesen neuen Bedingungen habe nicht prognostiziert werden können, weshalb die Vertragsparteien in einer gemeinsamen Empfehlung beschlossen hätten, die Auswirkungen der Laborreform sorgfältig zu analysieren und ggf. weitere Maßnahmen zu beschließen. Zu diesem Zweck seien nach den Ausführungen der KBV Schnellauswertungen in zwei KVen vereinbart worden, die erst im Januar 2000 ergeben hätten, dass die Untersuchungszahlen nach Einführung der Laborreform durchschnittlich stärker zurückgegangen seien als erwartet. Damit hätten die auf Leistungshäufigkeiten des Jahres 1998 beruhenden Berechnungsgrundlagen insbesondere bei hochmechanisierten und bisher häufig erbrachten Analysen nicht mehr zugetroffen, woraufhin mit befristeter Wirkung ab 1. April 2000 der 24-prozentige Aufschlag für O III-Analysen beschlossen worden sei. Da also erste Abrechnungsergebnisse des Quartals 3/99 erst im Januar 2000 verfügbar gewesen seien, sei eine frühere Korrektur als zum 1. Januar 2000 nicht möglich gewesen. Zu Recht weise die KBV in ihrer Stellungnahme unter Ziffer 2 c auch darauf hin, dass nicht übersehen werden dürfe, dass die Serienlänge ein steuerbarer Kostenfaktor sei. Wenn beispielsweise bisher 50 täglich eingehende und am selben Tag untersuchte Proben eine kostengünstige Serienlänge darstellten, und wenn beispielhaft eine Halbierung der Untersuchungszahlen eingetreten sei, so bestünde weiterhin im Wesentlichen die gleiche Kostensituation, wenn unter den neuen Bedingungen die 50 Proben jeden zweiten Tag untersucht würden. Auch die Unternehmensberatung M. habe durch die Einführung der veranlasserbezogenen Mengenbegrenzung bei vollständiger Realisierung lediglich einen Umsatzrückgang von 15 % prognostiziert (S. 6 des Abschlussberichts). Dass McKinsey eine zunächst schrittweise Einführung empfohlen habe, stehe dem Erprobungsrecht des Bewertungsausschusses nicht entgegen. Denn hierbei handele es sich lediglich um eine Empfehlung. Es liege im gestalterischen Ermessen des Bewertungsausschusses, von dieser Empfehlung abzuweichen, weil es sinnvoll erschienen sei, die erstrebte Laborreform zum 1. Juli 1999 als seit langem angekündigtes und öffentlich diskutiertes Maßnahmebündel mit mehreren Zielsetzungen - wie sämtliche EBM-Reformen auch - in einem Zug und nicht als Einzelregelungen in größeren Zeitabschnitten nacheinander, also in ihrer vollen Wirkung einzuführen, da dann die genauen Auswirkungen am schnellsten und sichersten sichtbar würden. Eine deutlichere Reduzierung der Vergütung der Laborleistungen durch die Laborreform sei nach dem oben gesagten durchaus beabsichtigt gewesen. Dass die Neuregelung dabei über das vom Bewertungsausschuss angestrebte Ziel hinaus gegangen sei, mache es im Erprobungszeitraum nicht rechtswidrig. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG hätten die betroffenen Vertragsärzte in diesem Zeitraum auch deutliche Schieflagen im Honorarbereich hinzunehmen (mit Hinweis auf Clemens in Medizinrecht 2000, S. 23). Daher sei es entgegen der Ansicht des SG unschädlich, dass von der Neufestsetzung der Laborkosten alle Laborärzte in nicht unbeträchtlicher Höhe betroffen worden seien und diese beim Kläger im streitgegenständlichen Quartal sogar zu einer Reduzierung seines Honorar um 55 % im Vergleich zum Vorjahresquartal geführt habe. Dass obendrein angesichts der gleich bleibenden Gesamtvergütung mit diesem Verlust bei den Laborärzten ein entsprechender Zuwachs bei anderen Arztgruppen verbunden gewesen sei, sei dem vertragsärztlichen System immanent und könne entgegen der Auffassung des SG kein zusätzliches Argument für die Rechtswidrigkeit der Vergütung der Laborleistungen im Quartal 4/99 sein. Der Bewertungsausschuss sei der ihm im Rahmen seines Anfangs- und Erprobungsrechts treffenden Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht nachgekommen, in dem er bereits ab 1. Januar 2000 eine Korrektur seiner Bewertung vorgenommen habe, indem er einen pauschalen prozentualen Aufschlag auf die Kostensätze des Abschnitts O III EBM in Höhe von 24 % beschlossen habe. Damit seien die Laborärzte lediglich für die Dauer von zwei Quartalen, also für einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum, betroffen gewesen. Nach alledem sei damit die konkrete Festsetzung der Kostensätze für den analytischen Honoraranteil vom Anfangs- und Erprobungsrecht des Bewertungsausschusses gedeckt und deshalb die Schaffung und Anwendung einer rückwirkenden Auffangregel weder auf EBM- noch auf HVM-Ebene erforderlich.

Zu dem noch vom Kläger angesprochenen Gesichtspunkt der Mischkalkulation verkenne dieser, dass mit deren Begriff lediglich dem generalisierenden Charakter der Schätzung des Bewertungsausschusses Rechnung getragen werden solle, die eben einen größeren, nicht völlig homogenen Kreis in die Bewertung einbezogen habe und nicht nur Labors mit völlig identischem Leistungsverhalten und damit exakten Kostenaufwand pro Parameter. Es sei auch daran festzuhalten, dass die Serienlänge in nicht unbeträchtlichem Umfang steuerbar

sei. Es möge zwar sein, dass manche Proben wegen Eilbedürftigkeit nicht angesammelt werden könnten. Bei zahlreichen anderen Proben sei dies aber durchaus der Fall. Schließlich habe entgegen der Auffassung der Kläger M. eine schrittweise Einführung nur empfohlen, keineswegs aber für unabdingbar erklärt. Daher sei auch nicht zu beanstanden, wenn der Bewertungsausschuss aus den bereits dargestellten, für eine sofortige Umsetzung sprechenden Rechtsgründen diesen den Vorrang vor betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten gegeben habe. Schließlich sei der Bewertungsausschuss auch nicht gehalten, für den Fall, dass die von ihm getroffene Regelung zu einer höheren Honorareinbuße als 15 % führen würde, Auffangregelungen zu treffen. Eine solche Auffangregelung hätte es erschwert, den mit der Laborreform beabsichtigten Zweck zu erreichen, da sie den Druck der Praxen, auf kostengünstige Leistungserbringung zu achten, erheblich gemindert hätte.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 25. September 2002 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückweisen,

hilfsweise unter Abänderung des angefochtenen Urteils, den angefochtenen Honorarbescheid für das Quartal 4/1999 vom 17.04.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Juli 2000 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen über seine Honoraransprüche erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden, sowie die Revision zuzulassen,

weiter hilfsweise 1) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass die Kostenerstattungen für die Laboranalysen des Abschnitts O III EBM nach den Vertragsgebührenordnungen in der am 01.07.1999 in Kraft getretenen Fassung unter Zugrundelegung der Durchschnittskosten der 50 % kostengünstigeren der untersuchten Laborarztpraxen vereinbart worden sind

durch

a) Auswertung des Abschlussberichts der Unternehmensberatung M. & Co vom 30.04.1998 für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, bereits vorgelegt

b) Einholung einer amtlichen Auskunft des Bewertungsausschusses, einzuholen über die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses, Kassenärztlichen Bundesvereinigung, vertreten durch den Vorstand, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

2) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass mit den aufgrund der Durchschnittskosten der 50 % kostengünstigeren der untersuchten Laborarztpraxen vereinbarten Kostenerstattungen in festen DM-Beträgen aus mathematisch betriebswirtschaftlich zwingenden Gründen 75 % der Facharztpraxen zum Kalkulationszeitpunkt nicht kostendeckend arbeiten konnten

durch

Sachverständigengutachten.

3) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass zwischen der Zahl der in Auftrag gegebenen Laboranalysen und der zur Kostendeckung erforderlichen Höhe der Kostenerstattungen in festen DM-Beträgen aufgrund der vorhandenen, nicht kurzfristig absenkbaren Fix- oder Overhead-Kosten ein mathematisch betriebswirtschaftlicher Zusammenhang dergestalt besteht, dass bei einem Rückgang der Zahl der angeforderten Laboranalysen die Kosten für die Durchführung der einzelnen Analysen steigen und deshalb auch die Höhe der Kostenerstattungen steigen muss

durch

Sachverständigengutachten.

4) Es soll Beweis erhoben werden, über die Behauptung des Klägers, dass die Kostenerstattungen für die Laboranalysen des Abschnitts O III EBM nach den Vertragsgebührenordnungen in der im zweiten Halbjahr 1999 gültigen Fassung für ein wirtschaftlich arbeitendes Facharztlaboratorium in typischen Fällen durchschnittlich um 29 % zu niedrig bemessen gewesen seien

durch

Sachverständigengutachten.

5) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass es im zweiten Halbjahr 1999 zu einem Rückgang der Meldungen für meldepflichtigen Erkrankungen beim Robert-Koch-Institut gekommen sei

durch

Einholung einer amtlichen Auskunft des Robert-Koch-Instituts, Nordufer 20, 13353 Berlin.

6) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass der Rückgang der Positiv-Meldungen über meldepflichtige Erkrankungen beim Robert-Koch-Institut im zweiten Halbjahr 1999 nur durch die Nichtdurchführung von Laboruntersuchungen bei an anmeldepflichtigen Erkrankungen leidenden Patienten im zweiten Halbjahr 1999 verursacht worden sein kann

durch

Einholung einer amtlichen Auskunft des Robert-Koch-Instituts, Nordufer 20, 13353 Berlin.

7) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, das bundesweite Durchschnittseinkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit habe im Jahr 1999 je Arzt bei 75.000 Euro p. a. gelegen,

durch

Einholung einer amtlichen Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, vertreten durch den Vorstand, Herbert-Lewin-Plazt 2, 10623 Berlin.

8) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass im zweiten Halbjahr 1999 bundesweit die Honorarumsätze bei Fachärzten von Laboratoriumsmedizin und für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie um 40 - 45 % zurückgegangen sind

durch

Zeugnis des Herrn Dr. med. A. K., zu laden über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

9) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge bereits vor Inkrafttreten der so genannten Laborreform am 01.07.1999 auf das Risiko von höheren als der beabsichtigten Rückgänge der Leistungsmenge und der daraus resultierenden Folgen für die notwendige Höhe der Kostenerstattungen hingewiesen worden sind

durch

a) Zeugnis des Herrn Dr. med. A. K., zu laden über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

b) Zeugnis des Herrn Dr. med. K. L., L ...

10) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass die so genannten Fis- oder Overhead-Kosten erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung von einem Facharztlaboratorium abgebaut werden können

durch

Sachverständigengutachten.

11) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass eine Kalkulation von Kostenerstattungen oder Bewertungen ärztlicher Leistungen nach den Durchschnittskosten der 50 % kostengünstigeren der leistungserbringenden Praxen außerhalb der Kalkulation der Kostenerstattungen des Abschnitts O EBM a. F. bisher nicht erfolgt ist.

durch

Einholung einer amtlichen Auskunft des Bewertungsausschusses, einzuholen über die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses, Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

12) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass für den Fall nicht einkalkulierter Rückgänge der Menge der angeforderten Laboranalysen von den Parteien der Vertragsgebührenordnungen aufgrund der durch derartige Mengenrückgänge reduzierten Ausgaben für Kostenerstattungen Auffangregelungen betreffend die Höhe der Kostenerstattungen dergestalt hätten vereinbart werden können, dass bei Unterschreitung der kalkulierten Leistungsmengen proportional pauschale Zuschläge auf die Kostenerstattungen in Kraft gesetzt worden wären, ohne dass dies die beabsichtigten Gesamtausgaben und die vereinbarten Einsparungen von 15 % der Kosten für O III-Leistungen des EBM a. F. beeinflusst hätte

durch

Einholung eines Sachverständigengutachtens.

13) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass im zweiten Halbjahr 1999 durch die Neufassung des Kapitel O EBM und die Vertragsgebührenordnungen keine Einsparungen zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen, sei es in Form von Reduzierung der Gesamtvergütungen, sei es in Form der Finanzierung zusätzlicher Leistungen oder in sonstiger Weise erzielt worden sind, die dem tatsächlichen Rückgang der Leistungsmenge und der damit einhergehenden Ausgabenreduzierungen für Laboranalysen entsprechen

durch

Einholung amtlicher Auskünfte

- der AOK Baden-Württemberg, Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart,

- BKK Landesverband Baden-Württemberg, Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim.

14) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, die Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden habe im zweiten Halbjahr 1999 wegen der Rückgänge der Menge der Laboranalysen und der nicht kostendeckenden Höhe der Kostenerstattungen für die Laboranalysen nach den Vertragsgebührenordnungen pauschale Aufschläge auf die Kostenerstattungen für die Laboranalysen in Höhe von 24 % gezahlt.

durch

Zeugnis des Herrn Dr. med. G. G., M ...

15) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, im Zuständigkeitsbereich der KV Nordrhein sei der Rückgang der Zahl der Laboranalysen und die dadurch verursachten Honorarumsatzrückgänge und Kostenunterdeckungen im zweiten Halbjahr 1999 mittels eines höheren Punktwerts für die laborärztlichen Leistungen in dem gebildeten arztgruppenbezogenen Teilbudget kompensiert worden

durch

Einholung einer amtlichen Auskunft der KV Nordrhein, vertreten durch den Vorstand, Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf.

16) Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung des Klägers, dass - ebenso wie ab dem I. Quartal 2000 - das mit der so genannten Laborreform verfolgte Einsparziel von 15 % der Ausgaben für Laborleistungen auch bei einer pauschalen Aufstockung der Kostenerstattungen für die Laboranalysen im zweiten Halbjahr 1999 um 24 % erreicht worden wäre

durch

Sachverständigengutachten.

Die Prozessbevollmächtigten des Klägers verwahren sich gegen die Beweislast und verweisen auf den Beschluss der 2. Kammer des 1. Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 22.10.2004 (1 BvR 550/04), demzufolge das erkennende Gericht unabhängig von etwaigen Beweisanträgen anhand objektiver Kriterien festzustellen hat, ob der Normgeber sich innerhalb der bestehenden Grenzen des Art. 12 Abs. 1 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 bewegt und ob er zutreffend typisiert und pauschaliert hat.

Der Kläger hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Im Weiteren macht er unter anderem wie bereits im Klageverfahren geltend, dass im Hinblick darauf, dass man für die Festsetzung der Kostenerstattungen die Durchschnittskosten der 50 % kostengünstigeren der untersuchten Laborarztpraxen festgesetzt habe, betriebswirtschaftlich zwingend zum Kalkulationszeitpunkt 75 % der Laboratorien nicht kostendeckend hätte arbeiten können. Es möge zwar auch ein zulässiges Ziel sein, die existierenden Praxen zur Rationalisierung zu bewegen, die zur Erreichung der Kostenquoten der 25 % kostengünstigsten Laboratorien führten. Da diese Maßnahmen jedoch nicht kurzfristig erfolgen könnten, rechtfertige ein solches Rationalisierungsziel eine entsprechende Kostenkalkulation nur bei einer entsprechend langen vorherigen offiziellen Vorankündigung. Diese sei nicht erfolgt. Unter diesen Umständen hätten die Kostenerstattungen nur stufenweise mit entsprechenden Fristen auf das Niveau des Durchschnitts der 50 % kostengünstigeren Praxen festgesetzt werden dürfen. Im Übrigen habe der durch die Laborbudgets im Zusammenspiel mit dem Wirtschaftlichkeitsbonus (Geb.-Nr. 3452 EBM) gesetzte ökonomische Anreiz zur Unterlassung von Laboruntersuchungen bundesweit dazu geführt, dass medizinisch indizierte Untersuchungen nicht mehr in Auftrag gegeben worden seien. Dies belege der Rückgang der Meldungen für meldepflichtige Erkrankungen beim Robert-Koch-Institut, Berlin im zweiten Halbjahr 1999. Die starken Rückgänge der Zahl der Untersuchungsaufträge hätten des Weiteren dazu geführt, dass die mit einer höheren Leistungsmenge kalkulierten Kostenerstattungen in festen DM-Beträgen auch für kostengünstige Laboratorien nicht kostendeckend gewesen seien. Die Kostenerstattungen in festen DM-Beträgen seien aufgrund der Leistungsmengen des Jahres 1996 kalkuliert worden. Der tatsächlich eingetretene Rückgang der Leistungsmenge um 40 bis 50 % sei nicht einkalkuliert gewesen. Den Einfluss der Serienlänge auf die in DM- bzw. Euro-Beträgen erforderlichen Kostenerstattungen könne an zwei Beispielen verdeutlicht werden:

Beispiel 1: Serienlänge 100 a) anteilige Fixkosten (Geräte, Raummiete, Personal, etc.): 550,00 EUR b) positive und negative Kontrolle: 50,00 EUR c) variable Kosten: 4,00 EUR pro Test x 100: 400,00 EUR insgesamt: 1.000,00 EUR:100 = 10,00 EUR Kosten je Untersuchung

Beispiel 2: Serienlänge 50 a) anteilige Fixkosten: 550,00 EUR b) positive und negative Kontrolle: 50,00 EUR c) variable Kosten 4,00 EUR pro Test x 50: 200,00 EUR insgesamt: 800,00 EUR:50 = 16,00 EUR Kosten je Untersuchung

Diese Beispiele verdeutlichten, dass bei einer Halbierung der Serienlänge die in festen DM-Beträgen kalkulierten Kosten wesentlich höher sein müssten. Auf das Risiko einer weit höheren Reduzierung der Leistungsmenge als beabsichtigt und auf die Auswirkungen dieser Mengenreduzierung auf die notwendige Höhe der Kostenerstattungen seien die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge bereits vor In-Kraft-Treten der Laborreform hingewiesen worden. Bereits vor dem In-Kraft-Treten der Laborreform sei ein dahingehender Beitrag von Merten/Früh veröffentlicht worden (Aufsatz aus Der Internist 3/99, S. M73 ff., der bereits im SG-Verfahren vorgelegt worden sei). Auch habe der Berufsverband der Laborärzte im Gespräch mit Vertretern der KBV auf die drohenden Verwerfungen hingewiesen. Ferner habe die Unternehmensberatung M. bereits in ihrem Abschlussbericht vom 30. April 1998 allein schon mit Rücksicht auf die angestrebte Reduzierung von ca. 15 % eine schrittweise Einführung der Mengenbegrenzung empfohlen, da ein Teil der Kosten nur mittelfristig abbaubar sei. Zumindest aber hätten die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge angesichts des schlicht mathematisch-betriebswirtschaftlichen Zusammenhangs von Serienlänge und notwendiger Höhe der Kostenerstattungen und des bekannten Risikos der Leistungsmengenrückgänge Auffangregeln treffen müssen. Problemlos hätte etwa geregelt werden können, dass bei einem Leistungsmengenrückgang um 25 % ein pauschaler Aufschlag auf die Kostenerstattung von 10 % und beim Mengenrückgang von 40 % ein pauschaler Aufschlag von 24 % auf die Kostenerstattung vorgesehen worden wäre. Derartige Instrumente seien zur Abschöpfung von Wirtschaftlichkeitsvorteilen aufgrund des bekannten Zusammenhangs zwischen Serienlänge und notwendiger Höhe der Kostenerstattungen in festen DM-Beträgen auch im Rahmen der Neufassung des Kapitels O EBM eingesetzt worden. Insbesondere sehe der letzte Absatz der Einleitung zum Abschnitt O III EBM in Satz 2 eine pauschale Abstaffelung der Kostenerstattungen in DM um 20 %, wenn eine Arztpraxis mehr als 450.000 Leistungen nach den Geb.-Nrn. 3901 bis 4823 im Quartal abrechne vor. Eine entsprechende Zuschlagsregelung für die Kostenerstattungen wäre - aufgrund ihres Eingreifens nur im Falle eines Rückgangs der Serienlänge und der damit zwingend einhergehenden Reduzierung der Ausgaben für die Kostenerstattungen - kostenneutral und - auch und gerade wegen der im zweiten Halbjahr 1999 unveränderten Höhe der Gesamtvergütungen - ohne Risiko für das Honorar anderer Arztgruppen möglich gewesen. Auffangregelungen wären auch umso mehr deshalb erforderlich gewesen, weil der Bewertungsausschuss nicht nur zum 1. Juli 1999 neben den Budgets, der Neukalkulation der Kostenerstattungen und den Abstaffelungsregelungen zusätzlich noch verschiedene Höchstregelungen für Untersuchungen in den EBM eingeführt habe, sondern zuvor schon zum 1. April 1999 die Leistungslegende der gerade für Laborfachärzte

wie den Kläger bedeutsamen Pauschalerstattungen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie Versendung bzw. für den Transport von Untersuchungsmaterial (GNR 7103 EBM) neu gefasst und die Regelungen über die Auftragserteilung präzisiert hatte. Die Kumulierung einer Vielzahl verschiedener Neuregelungen sowie die Einführung der Laborreform zum 1. Juli 1999 ohne Kenntnis der Auswirkungen der Neuregelungen, die schon zum 1. April 1999 eingeführt worden seien, verpflichte erst recht zu Vorsorgemaßnahmen. Im Übrigen habe die so genannte Laborreform im streitgegenständlichen zweiten Halbjahr 1999 lediglich zu einer Honorarumverteilung innerhalb der Ärzteschaft geführt, nicht aber zu Einsparungen. Mit dem Gemeinwohlbelang der Erhaltung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung könne die Weigerung, die im zweiten Halbjahr 1999 eingetretene Unterdeckungen der Kosten zumindest zum Teil auch auszugleichen, mithin nicht begründet werden. Dass die Beklagte sich weigere, für die Quartale 3/99 und 4/99 die zum 1. Januar 2000 pauschal eingeführte Aufstockung der Kostenerstattungen um 24 % zu zahlen, sei vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar. Die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge mögen sich im Januar 2000 bei der Entscheidung über die Aufstockung der Kostenerstattungen von der Überlegung haben leiten lassen, dass die regionalen KVen die im zweiten Halbjahr 1999 entstandenen Überschüsse für eine entsprechende Regelung auf regionaler Ebene verwenden würden. Andere KVen wie etwa die KV Nordbaden hätten dies auch getan, und auf die Kostenerstattungen für Laboranalysen im zweiten Halbjahr 1999 einen pauschalen Aufschlag von 24 % vergütet. Abgesehen davon, dass die Mittel für eine Aufstockung der Kostenerstattungen für die Laboranalysen um 24 % im zweiten Halbjahr 1999 bei der Beklagten aufgrund der in der Höhe unveränderten Gesamtvergütungen vorhanden gewesen wären, würde eine derartige Nachvergütung nicht dazu führen, dass der Kläger den Honorarumsatz des Vorjahres erreichen würde. Es verbliebe vielmehr ein erheblicher Honorarumsatzrückgang. So würde sich das O III-Honorar im vierten Quartal 1999 lediglich von 427.136,00 DM auf 679.724,00 DM erhöhen (im Quartal 4/98 betrug es 1.176.435,00 DM.). Im Ergebnis sei damit festzustellen, dass die hier zugrunde gelegte Kostenkalkulation auch deshalb missbräuchlich niedrig sei, weil eine evidente Ungleichbehandlung der verschiedenen Arztgruppen bei der Kalkulation vorliege. Denn es sei für keine andere Arztgruppe bekannt geworden, dass Erstattungen nach dem Durchschnittswert der 50 % kostengünstigeren Praxen kalkuliert worden wären. Es sei auch nicht ersichtlich, wie die von der Beklagten und dem SG als "sachliche Erwägungen" genannten angeblichen hohen Steigungsraten des Speziallabors in den Jahren vor der Laborreform einerseits und die Ziele der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie der Mengenbegrenzung, genauer der Mengenreduzierung, andererseits diese Form der Kostenkalkulation und ihre Einführung ohne Übergangsregelung als verhältnismäßig und gerechtfertigt erscheinen lassen könnten. Auch greife im Übrigen ein Erprobungsrecht - entgegen der Auffassung der Beklagten - hinsichtlich dieser Form der Kostenkalkulation von vorneherein nicht ein. Denn es sei eine Tatsache, dass ein Durchschnittslabor mit den nach den Durchschnittskosten der 50 % kostengünstigeren Praxen kalkulierten Kostenerstattungen zunächst nicht kostendeckend habe arbeiten können. Ein Erprobungsrecht greife von vorneherein nur dann ein, wenn eine unsichere Sachlage vorliege und der Normgeber die ihm zugänglichen Erkenntnisquellen ausgeschöpft habe (mit Hinweis auf Papier in: Wender/Maihofer/Vogel, Handbuch des Verfassungsrechts, Band I 2. Auflage 1995, § 18 Rdnr. 18 m. w. N.). Das Ignorieren einer Tatsache könne daher auch in einem Normsetzungsverfahren nicht mit einem Erprobungsrecht gerechtfertigt werden. Unverhältnismäßig niedrig und daher rechtswidrig seine Kostenerstattungen für die Laboranalysen aber auch insoweit, als sich die eingetretenen Rückgänge der Leistungsmenge ausgewirkt hätten. Die Rückgänge der Serienlängen hätten - wie bereits dargestellt - zu einer zusätzlichen Kostenunterdeckung durch die Kostenerstattung geführt. Ein Erprobungsrecht könnten die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge für die Auswirkungen der Rückgänge der Serienlänge auf die Kostenerstattungen nicht in Anspruch nehmen. Auch das Erprobungsrecht unterliege immanenten Grenzen. Es stelle keinen Freibrief für Normierung "ins Blaue" hinein dar, die offenkundig drohende schwerwiegende Konsequenzen für betroffene Arztgruppen sehenden Auges in Kauf nehmen würden. Bei bekannten Risiken und ersichtlich drohenden schwerwiegenden Auswirkungen auf die Berufsausübung der Normunterworfenen sei vielmehr jedenfalls dann, wenn dies problemlos möglich sei, der Normgeber zu Auffangregelungen hinsichtlich der zur Erprobung stehenden Neuregelungen verpflichtet. Denn das Erprobungsrecht diene nicht dazu, den Normgeber zu unverhältnismäßigen Eingriffen in die Rechte Betroffener zu ermächtigen, obwohl diese vermeidbar seien. Das Erprobungsrecht könne ggf. Normierungen für einen Übergangszeitraum rechtfertigen, deren Folgen nicht voraussehbar gewesen seien und/oder gegen deren Folgen keine Vorsorge habe getroffen werden können. Die Verpflichtung zur Auffangregelung habe für den Bewertungsausschuss bei der Einführung der Veranlasserbudgets und der Kostenerstattungen für die Laboranalysen in festen DM-Beträgen bestanden, nachdem sowohl der schlicht mathematisch-betriebswirtschaftliche Zusammenhang zwischen der Zahl der Untersuchungen - der so genannten Serienlänge - und der notwendigen Höhe der Kostenerstattungen als auch das Risiko nicht beabsichtigter Mengenrückgänge bekannt gewesen sei. Unabhängig von der Frage der Rechtmäßigkeit der EBM-Regelungen sei jedenfalls die Beklagte, der im zweiten Halbjahr 1999 die von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen in unveränderter Höhe zur Verfügung gestanden hätten, zu einer Nachvergütung verpflichtet. Bei strikter Beachtung des Gleichheitssatzes hätte die Beklagte richtigerweise für die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie ein arztgruppenbezogenes Teilbudget bilden und dieses nach den Gesamtvergütungsanteilen der Vorjahre - ggf. vermindert um das mit der "Laborreform" angestrebte Kürzungsvolumen von 15 % - notieren müssen. Mit einem solchen arztgruppenbezogenen Teilbudget wären die existenzbedrohenden Auswirkungen der Neufassung des Kapitels O EBM im zweiten Halbjahr 1999 vermieden worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund gem. § 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Der Kläger macht bezüglich des hier streitigen Honorarbescheides Einkommenseinbußen aufgrund der Laborreform in einer Größenordnung von mindestens 50 %, also cirka 500.000,00 DM bzw. 255.000,00 EUR geltend.

Streitgegenstand ist der Gesamthonorarbescheid des Klägers für das Quartal 4/99 vom 17. April 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 2000. Der Bescheid wurde vom Kläger in vollem Umfang angefochten. Der Kläger hat zwar zur Begründung mehrfach darauf hingewiesen, es gehe ihm in erster Linie um die Rechtswidrigkeit der seines Erachtens zu geringen Kostenerstattung für Leistungen des Speziallabors. Eine Beschränkung der Berufung etwa auf Abänderung der Abrechnung der GNRn. 3500 bis 3890 EBM für die technischen Untersuchungsleistungen des OI/II Labors oder der GNRn. 3901 bis 4823 EBM für die des OIII Labors, die die konkreten Gebühren für die verschiedenen Laboruntersuchungen in DM-Beträgen festgelegt haben, ist jedoch nicht erfolgt. Vielmehr hat der Kläger mit seinem Hilfsantrag nur allgemein eine Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats begehrt. Zwar ist auch im Vertragsarztrecht eine Teilanfechtung eines Bescheides möglich, die allerdings in dem Rechtsschutzbegehren entsprechend zum Ausdruck kommen muss. Von einer solchen Teilanfechtung kann hier nicht ausgegangen werden, denn der Kläger hat in seinen umfangreichen Schriftsätzen alle Aspekte der Laborreform mit unterschiedlichen Begründungen mehr oder weniger ausführlich angegriffen.

Zuletzt hat er mit dem Schriftsatz vom 21. Oktober 2005 (Bl. 74 LSG-Akte) darauf hingewiesen, dass sich der Rechtsstreit nicht auf die Kostenerstattungen für die Laboranalysen beschränkt, sondern die Rechtmäßigkeit des angegriffenen Bescheids umfassend gerügt werde. Es ist daher davon auszugehen, dass der Kläger alles zugesprochen haben möchte, was ihm auf Grund des gegebenen Sachverhaltes zusteht (BSG Urt. v. 23. Februar 2005 - B 6 KA 77/03 R). Die dem angefochtenen Honorarbescheid zu Grunde liegenden oder ihn beeinflussenden Gebührenvorschriften des EBM sind deswegen vom Senat zu überprüfen, soweit sie zum 1. Juli 1999 als Folge der Laborreform neu gefasst oder neu in den EBM aufgenommen wurden.

Die Berufung der Beklagten ist begründet. Das SG hat zu Unrecht der Klage stattgegeben. Die im EBM im Kapitel O I bis O III geregelte Laborreform ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der angefochtene Bescheid beruht auf rechtmäßigen Normsetzungsverträgen. Weder der EBM noch der HVM der Beklagten waren im streitigen Quartal 4/99 rechtswidrig oder unvollständig.

Unstreitig ist im vorliegenden Falle, dass der angefochtene Bescheid die Honoraranforderungen des Klägers für das Quartal 4/ 99 sachlich und rechnerisch zutreffend wiedergibt. Beanstandet wird nicht eine fehlerhafte Anwendung der dem Honorarbescheid zu Grunde liegenden Gebührenordnungsnummern des EBM, gerügt wird die Rechtswidrigkeit dieser Vorschriften in ihrem Zusammenspiel als Regelungsgeflecht, weil sie bei gleichzeitiger Anwendung im Gesamtergebnis aus der Sicht des Klägers zu unzumutbaren Einkommenseinbußen führen.

Der Bewertungsausschuss war von Gesetzes wegen berechtigt, die seit 1. Juli 1999 gültigen, hier angefochtenen Vorschriften zu erlassen. Die Regelungen sind von gesetzlichen Ermächtigungsgrundlagen gerechtfertigt und halten sich innerhalb dieser Ermächtigungsgrundlagen. Ein Verstoß gegen höherrangiges Verfassungsrecht liegt nicht vor.

I.

Die Vorschriften der Laborreform erweisen sich gegenüber den überweisenden Ärzten als rechtmäßig.

Wie der Senat mit Urteil vom 9. April 2003 (- L 5 KA 1753/01 -bestätigt mit Urteil des BSG vom 23. Februar 2005 - B 6 KA 55/03 R -in Juris; zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR und BSGE) entschieden hat, ist die Ausgestaltung des O I/II Laborbudgets aus Sicht der Ärzte, die die Geb.-Nrn. 3450 und 3452 abrechnen können, rechtlich nicht zu beanstanden. Der Senat hat entschieden, dass es sich bei den Regelungen in Geb.-Nrn. 3450 und 3452 EBM um ein einheitliches Budget handelt. Das BSG hat diese Entscheidung bestätigt und hierzu im Einzelnen in seinem Urteil vom 23. Februar 2005 (B 6 KA 55/03 R) ausgeführt:

Die Laborgrundgebühr nach Nr. 3450 EBM-Ä, der Wirtschaftlichkeitsbonus nach Nr. 3452 EBM-Ä und die Abschmelzungsregelung in den Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä stehen in einem unmittelbaren Kontext. Sie stellen drei Elemente eines einheitlichen Gebührenkomplexes dar. Die Nrn. 3450 und 3452 EBM-Ä haben dieselbe im Zusammenhang mit Laboruntersuchungen anfallenden spezifisch ärztlichen Leistungen zum Gegenstand, nämlich die Stellung der Indikation zu und die Veranlassung von Laboruntersuchungen sowie gegebenenfalls die Befundung und Interpretation der Laborergebnisse. Dabei knüpft Nr. 3452 EBM-Ä speziell an die Wirtschaftlichkeit der Entscheidung, Laboranalysen zu erbringen oder zu veranlassen, an. Wirtschaftlichkeitsbonus und Abschmelzungsregelung stellen sich als untrennbare Teile einer einheitlichen Regelung dar.

Diese Kombination von Gebührentatbeständen (Nr. 3450 und 3452 EBM-Ä) und Abschmelzungsregelung (Absätze 1 bis 4 der Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä) ist durch die gesetzliche Ermächtigung in § 87 SGB V in der bei Erlass der streitigen Regelung geltenden Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 (BGBl I 1520) gedeckt ...

Für die Einführung neuer Gebührentatbestände in den Nrn. 3450 und 3452 EBM-Ä verfügte der Bewertungsausschuss über eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage in § 87 Abs. 2, Abs. 2a SGB V. In diesen Gebührentatbeständen erfolgte zunächst eine Bewertung ärztlicher Leistungen. Erstmals wurden die intellektuellen Leistungen, die der behandelnde Arzt bei der Indikation zu und Veranlassung von Laboranalysen sowie der Befundung und Interpretation von Laborergebnissen erbringt, eigenständig bewertet. Der Arzt erhält nunmehr für die Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Laboranalyse in jedem Behandlungsfall auch dann eine Vergütung, wenn er unter Würdigung der sonstigen Untersuchungsergebnisse nach den Regeln der Stufendiagnostik auf eine Laboruntersuchung verzichtet. Daher wird in den Fällen, in denen es zu keiner Laboruntersuchung kommt, nicht etwa eine Nicht-Leistung des Arztes vergütet, sondern eine fachlich-intellektuelle Leistung, die auch dem Verzicht auf eine Laboranalyse regelmäßig vorangehen muss. Dass in den Nrn. 3450 und 3452 EBM-Ä alle ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit Laboruntersuchungen in zwei Gebührentatbeständen zusammengeführt werden, entspricht § 87 Abs. 2a Satz 1 SGB V. Der vom Bewertungsausschuss gewählten Regelungstechnik steht auch nicht § 87 Abs. 2a Satz 2 SGB V entgegen. Denn in den Nrn. 3450 und 3452 werden nicht ohne medizinische Notwendigkeit Einzelleistungen aufgeführt. Vielmehr wird ein einheitlicher Leistungskomplex aus rein technischen Gründen aufgespalten, um einen Anknüpfungspunkt für die Abschmelzungsregelung der Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä zu erhalten. Das gleiche Ergebnis hätte auch bei der Verschmelzung der beiden Gebührentatbestände erzielt werden können, wenn in den Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä das der Nr. 3450 EBM-Ä entsprechende Punktzahlenvolumen als Untergrenze der Abschmelzung festgeschrieben worden wäre. Eine Bewertung ärztlicher Leistungen iS des § 87 Abs. 2 SGB V erfolgt auch durch die Abschmelzungsregelung in den Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä. Bei dieser handelt es sich um einen untrennbaren Teil des Wirtschaftlichkeitsbonus nach Nr. 3452 EBM-Ä, der - wie ausgeführt - wiederum zusammen mit der Laborgrundgebühr nach Nr. 3450 EBM-Ä eine Einheit bildet. Diese einheitlichen Regelungen beinhalten eine von § 87 Abs. 2 SGB V zugelassene, ergänzende Form der Leistungsbewertung zur Mengen- und Fallzahlsteuerung. Der Bewertungsausschuss ist nicht auf einen numerus clausus von Regelungstechniken zur Mengen- und Fallzahlbegrenzung festgelegt; er ist berechtigt, das ärztliche Leistungsverhalten auch durch solche ergänzenden Bewertungsformen zu steuern, die sich nicht als Abstaffelung iS des § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V oder als Obergrenze iS des § 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V - jeweils idF des 2. GKV-NOG - qualifizieren lassen. Voraussetzung ist allerdings immer, dass eine derartige Steuerung über die Beschreibung und Bewertung ärztlicher Leistungen erfolgt. Entgegen der Auffassung der Revision wird durch die Abschmelzungsregelung in den Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä eine Bewertung ärztlicher Leistungen vorgenommen. Eine Bewertung ärztlicher Leistungen stellt es nämlich auch dar, wenn ihr wirtschaftlicher Wert abhängig von der Einhaltung eines Punktzahlkontingents sinkt. Insoweit besteht zwischen Abschmelzung, Abstaffelung und Obergrenzen kein grundsätzlicher Unterschied. Allerdings erfordert eine Bewertung, dass zwischen den ärztlichen Leistungen und dem für sie festgelegten Punktzahlkontingent ein innerer Zusammenhang besteht. Ein solcher Zusammenhang liegt nicht nur dann vor, wenn das Kontingent aus den Punktzahlen für die jeweilige ärztliche Leistung gebildet wird, wie das bei Abstaffelungen oder Obergrenzen der Fall ist, sondern auch dann,

wenn in das Kontingent die (weiteren) Kosten eingehen, die durch den Arzt in diesem Behandlungsfall ausgelöst werden. Dabei spielt es keine Rolle, durch wen diese weiteren Leistungen abgerechnet werden. So wie es dem Bewertungsausschuss nicht verwehrt ist, die Veranlassung von Leistungen, die von Dritten erbracht werden, zum Gegenstand eines Gebührentatbestands zu machen, ist er auch befugt, bei der Bewertung der Leistung des Veranlassers die damit verursachten weiteren Kosten zu berücksichtigen. Dass es sich dabei um eine Leistungsbewertung handelt, wird durch den durch das GKVRefG 2000 eingeführten § 87 Abs. 2c SGB V bestätigt, in dem von einer "Bewertung der Leistungen ... durch Einführung einer veranlasserbezogenen Vergütungsregelung" die Rede war. Die hier streitige Abschmelzungsregelung kann sich allerdings auf diese mit Wirkung vom 1. Januar 2000 speziell für medizinisch-technische Großgeräte eingeführte Bestimmung nicht stützen. Dies ändert aber nichts daran, dass veranlasserbezogene Punktzahlkontingente nicht anders als Abstaffelungen und Obergrenzen zu den mengensteuernden Maßnahmen gehören, zu denen der Bewertungsausschuss in § 87 Abs. 2, Abs. 2a SGB V ermächtigt ist. Der zum 1. Juli 1999 in das Laborkapitel des EBM-Ä eingeführte Gebührenkomplex bestehend aus der Laborgrundgebühr (Nr. 3450 EBM-Ä), dem Wirtschaftlichkeitsbonus (Nr. 3452 EBM-Ä) und der Abschmelzungsregelung (Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä) ist nicht nur von seiner Art her durch die Ermächtigungsgrundlage in § 87 Abs. 2, Abs. 2a SGB V gedeckt, sondern entspricht auch in seiner Ausgestaltung den gesetzlichen Vorgaben und ist mit der Verfassung vereinbar. Entgegen den Einwänden der Revision ist die Abschmelzungsregelung, die der Bewertungsausschuss in den Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä eingeführt hat, auch geeignet, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern. Sie bewirkt Anreize dahingehend, die Erbringung und Veranlassung von Laboranalysen unter Beachtung von Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten, nämlich, ob sie notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind (vgl. § 12 Abs. 1 SGB V), zu überdenken. Diese Anreizwirkung entfaltet sie bei allen Ärzten, bei denen es nicht von vornherein ausgeschlossen ist, dass sie das am Fachgruppendurchschnitt orientierte Punktzahlkontingent überschreiten. Ohne die Abschmelzungsregelung käme dem Wirtschaftlichkeitsbonus dagegen keine Wirkung in der Weise zu, die Erbringung und Veranlassung von Laboranalysen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten kritisch zu prüfen. Die Einhaltung der begrenzten Gesamtpunktzahl (iS des Absatzes 1 der Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä) ist auch vom einzelnen Arzt beeinflussbar. Die zur Verfügung stehende Gesamtpunktmenge für Laborleistungen lässt sich nämlich durch Vervielfältigung der praxisindividuellen Fallzahl mit den im EBM-Ä festgelegten Punktzahlen jederzeit unschwer ermitteln. Wann dieses Punktzahlkontingent überschritten ist und die Abschmelzungsregelung greift, hängt von den Kosten der erbrachten, bezogenen oder veranlassten Laboranalysen ab. Soweit der Arzt nicht ohnehin diese Kosten kennt, kann er auf ein hierfür eingerichtetes Berichtssystem zurückgreifen (dazu Köhler, DÄ 1999 S A-65, 66). Es widerspricht nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot, dass der EBM-Ä die Gewährung des Wirtschaftlichkeitsbonus nicht davon abhängig macht, dass zuvor in jedem einzelnen Behandlungsfall geprüft wird, ob die Entscheidung über die Erbringung oder Veranlassung von Laboranalysen wirtschaftlich war. Eine derartige Regelung wäre unpraktikabel. Es ist vielmehr zulässig, dass im EBM-Ä Durchschnittswerte zur Bestimmung eines allgemeinen Maßstabs der Wirtschaftlichkeit herangezogen werden.

II.

Der Gebührenkomplex aus Laborgrundgebühr nach Nr. 3450 EBM-Ä, dem Wirtschaftlichkeitsbonus nach Nr. 3452 EBM-Ä und der Abschmelzungsregelung in den Präambeln zu den Abschnitten O erweist sich auch gegenüber den Laborärzten als rechtmäßig. Sie greifen nicht rechtswidrig in die Berufsausübungsfreiheit der Laborärzte ein. 1.) Bei der Beurteilung der Rechtmäßigkeit des Regelungsgeflechtes der Laborreform ist zu beachten, dass die Laborleistungen in Auftrag gebenden Ärzte von der Laborreform weit weniger stark betroffen werden als die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (Laborärzte). Während die Laboruntersuchungen für den Hausarzt oder den Facharzt nur einen Teil des Spektrums seiner beruflichen Tätigkeit ausmachen, in dem vom BSG entschiedenen Fall betrug der Nachteil aus der Nichtinanspruchnahme des Wirtschaftlichkeitsbonus lediglich ca. 3 % der Gesamthonorarsumme, werden die Laborärzte, die praktisch vollständig von Überweisungen anderer Ärzte abhängig sind, in ihrer Berufsausübung umfassend betroffen, weil das Überweisungsverhalten ihrer Auftraggeber durch den genannten Gebührenkomplex, insbesondere den Wirtschaftlichkeitsbonus sich erheblich verändert hat, sodass Zahl und Wert der ihnen erteilten Aufträge erheblich zurückgegangen sind, was im vorliegenden Fall aus der Tabelle S. 2 deutlich hervorgeht. Für die Rechtmäßigkeit der hier angegriffenen Gebührenordnungsvorschriften kommt es nach der ständigen Rechtsprechung des BSG allein darauf an, ob die Regelungen objektiv sachlich gerechtfertigt sind. Ihnen müssen objektiv ausreichende Erwägungen zu Grunde liegen, und die zur Erreichung der verfolgten Ziele müssen angemessen sein. Auf die Überlegungen des Normgebers im Einzelnen kommt es nicht an. Ihn trifft grundsätzlich keine Begründungspflicht (BSG Urt. v. 9. Dezember 2004 - B 6 KA 36/03 Abschnitte 3f und 4c). Die Laborreform war bezüglich des oben genannten Gebührenkomplexes objektiv sachlich gerechtfertigt. Sie diente der Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Dies ergibt sich aus dem gesamten Zuschnitt und den Auswirkungen der neu geschaffenen Gebührenziffern und geht auch aus den Überlegungen hervor, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung gegenüber dem Länderausschuss niedergelegt hat (vgl. die Darlegungen über ein "Neues Vergütungssystem für Laborleistungen" SG -Akte Bl. 31 - 43). Zu Beweggründen und Motiven des Bewertungsausschusses oder der Partner der Bundesmantelverträge sind weitere Ermittlungen insoweit auch im Lichte der Entscheidung des BVerfG vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 nicht erforderlich. Diese Entscheidung verpflichtet die Gerichte lediglich, die Übereinstimmung mit den bestehenden rechtlichen Grenzen und die Richtigkeit von Typisierungen und Pauschalierungen zu überprüfen und dabei von Amts wegen in Ermittlungen einzutreten. Ermittlungen von Amts wegen sind aber grundsätzlich nur dort erforderlich, wo Anlass zu weiterer Prüfung besteht. Dies ist hier bezüglich des Ziels der erhöhten Wirtschaftlichkeit im Zusammenhang mit Laborleistungen nicht der Fall, weil dieses Ziel nicht zweifelhaft ist. Wie das BSG im Urteil vom 23. Februar 2005 - B 6 KA 55/03 R eingehend dargelegt hat, bestand das Ziel der Laborreform darin, dem im SGB V an mehreren Stellen verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot auch im Bereich der Veranlassung von Laborleistungen größere Bedeutung zukommen zu lassen. Das BSG hat dazu in dem genannten Urteil folgendes ausgeführt:

Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist dem Bewertungsausschuss als Ziel der Ausgestaltung des EBM-Ä bereits allgemein in § 12 Abs. 1, § 70 Abs. 1 und § 72 Abs. 2 SGB V vorgegeben; § 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V bezieht sich hierauf und präzisiert die Zielvorgabe. Mit dem Ziel wirtschaftlicher Leistungserbringung hat der Gesetzgeber dem Bewertungsausschuss auch aufgegeben, für die Wirtschaftlichkeit der Veranlassung von Leistungen zu sorgen. Dazu besteht insbesondere deshalb Anlass, weil die Wirtschaftlichkeit der Veranlassung ärztlicher Leistungen mit den traditionellen Instrumenten der Wirtschaftlichkeitsprüfung schwer zu beeinflussen ist. Die Abrechnung der vom Vertragsarzt selbst erbrachten ärztlichen Leistungen wie die Veranlassung nichtärztlicher Leistungen - zB die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln - können mit einer gewissen Praktikabilität und Effizienz nach Durchschnittswerten (vgl § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung) geprüft werden. Für die Veranlassung solcher Leistungen, die von anderen Vertragsärzten erbracht und als eigene Leistungen abgerechnet werden, hat sich das bislang als kaum durchführbar erwiesen. Da ein Vertragsarzt berechtigt ist, radiologische, pathologische und labormedizinische Leistungen an alle zugelassenen Vertragsärzte zu überweisen, erweist sich die Zusammenfassung derartiger Leistungen, ihre Zuordnung zu einem veranlassenden Arzt und ein daran anschließender

Durchschnittsvergleich als besonders schwierig. Eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der diese Leistungen erbringenden Radiologen, Pathologen und Laborärzte wird im Regelfall inhaltlich dadurch begrenzt, dass diese an die ihnen erteilten Überweisungsaufträge gebunden sind und deshalb den Umfang ihrer Leistungen nur in gewissem Maße steuern können. Um diese "Lücke" bei der Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes effektiv und ohne zu großen Verwaltungsaufwand zu schließen, darf der Bewertungsausschuss bei der Leistungsbewertung sowohl ein wirtschaftliches Verhalten des Arztes bei der Veranlassung von (weiteren) Leistungen berücksichtigen als auch die Kosten, die er durch die Veranlassung von (weiteren) Leistungen verursacht, in Punktzahlkontingente einbeziehen. Damit entspricht sowohl der Wirtschaftlichkeitsbonus (Nr. 3452 EBM-Ä) als auch die Abschmelzungsregelung (Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM-Ä) grundsätzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Einkommenseinbußen von Laborärzten als Folge eines wirtschaftlichen Verhaltens der überweisenden Ärzte sind grundsätzlich nicht zu beanstanden. Alles andere wäre eine Vergeudung der ohnedies schon knappen Mittel. Ein Anspruch darauf, entgegen dem allgemeinen, in §§ 12 Abs. 1, 72 Abs. 2 und 92 Abs. 1 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V Untersuchungen erbringen und abrechnen zu können, besteht nicht. Der Bewertungsausschuss hat bei der Ausgestaltung des Gebührenkomplexes aus Laborgrundgebühr, Wirtschaftlichkeitsbonus und Abschmelzungsregelung im Laborkapitel des EBM-Ä seinen Regelungsspielraum somit nicht überschritten. Insbesondere hat er - wie aus der zitierten Entscheidung folgt - nicht Bedeutung und Tragweite des Wirtschaftlichkeitsgebots verkannt.

Laborärzte müssen also grundsätzlich Umsatzeinbußen hinsichtlich Fallzahl und - durch die Reduzierung der Zahl der zu messenden Parameter - des Fallwerts hinnehmen. Ein Vertrauensschutz besteht insoweit nicht. Denn der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit gehört zu den grundlegenden Rechtsgrundsätzen, der das gesamte Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durchzieht. Ihre Berufsausübungsfreiheit als Vertragsärzte ist von vornherein darauf beschränkt, dass sie nur die in einem Einzelfall erforderlichen, geeigneten und auch sonst wirtschaftlichen Untersuchungen erbringen dürfen. Die Beseitigung von Missständen und die Reduzierung des Maßes ihrer Tätigkeit auf das Gebot des Erforderlichen kann sie somit nicht in ihrer Berufsausübungsfreiheit einschränken. Es gibt keinen Anspruch auf Versorgung mit unwirtschaftlichen Aufträgen.

2.) Hiergegen kann nicht eingewendet werden, die überweisenden Ärzte würden entgegen ärztlicher Notwendigkeit von gebotenen Laboruntersuchungen absehen, um sich den Wirtschaftlichkeitsbonus zu sichern. Es kann nicht angenommen werden, dass medizinisch notwendige Leistungen nicht veranlasst werden. Ärzte sind gehalten, die wirtschaftlichen, notwendigen und erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu erbringen. Dazu gehören auch Laboruntersuchungen. Ein Arzt, der die erforderlichen Untersuchungen nicht vornimmt, läuft Gefahr, sich Schadensersatzansprüchen auszusetzen oder im schlimmsten Fall sogar sich strafbar zu machen. Die z.T. von den Laborärzten ihren Kollegen unterstellte Behandlungsweise übersieht das Verantwortungsbewusstsein der ganz weit überwiegenden Vielzahl der überweisenden Ärzte gegenüber ihren Patienten. Insoweit handelt es sich um Spekulationen über das Verhalten von Vertragsärzten, die schon im Ansatz nicht geeignet sind, eine Beeinträchtigung grundrechtlich geschützter Rechtspositionen plausibel zu machen (vgl. hierzu BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 35 S. 211).

Der Kläger übersieht des Weiteren, dass bei zahlreichen schweren Krankheiten, die besonders viele und aufwändige Laboratoriumsuntersuchungen erfordern, kein Grund besteht, notwendige Untersuchungen zu unterlassen, weil die entsprechenden Laboratoriumsleistungen nicht in das Budget eingerechnet werden (vgl. die Ausnahmekataloge der einleitenden Bestimmungen zu den O I/II und O III Laboratoriumsuntersuchungen). Wenn durch die Regelungen des "Wirtschaftlichkeitsbonus" erreicht wird, dass nur noch zielgerichtet und wohlüberlegt Laborleistungen in Auftrag gegeben werden, so ist dies im Interesse der finanziellen Stabilität des Systems des SGB V sachgerecht und wünschenswert und liegt mithin im Gemeinwohlinteresse.

3.) Es ist grundsätzlich auch nicht zu beanstanden, dass der Bewertungsausschuss eine Reduzierung der Einkommen der Laborärzte um 15 % und eine Verstetigung der Einkünfte auf diesem reduzierten Niveau angestrebt hat.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und dem dort der Leistungserbringung dienenden Vertragsarztrecht stellt die Verfolgung der Aufgabe, die finanzielle Stabilität und Funktionsfähigkeit dieses Sozialleistungssystems zu erhalten, ein sensibles, weil hochrangig einzustufendes Gemeinschaftsgut dar. Hierzu hat das BSG in seinem Urteil vom 9. Dezember 2004 nochmals darauf verwiesen, dass das BVerfG in ständiger Rechtsprechung formuliere, die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sei eine Gemeinwohlaufgabe, welche der Gesetzgeber nicht nur verfolgen könne, sondern der er sich nicht einmal entziehen dürfe (stRspr seit BVerfGE 68, 193, 218). In seinem Beschluss vom 20. März 2001 hat das BVerfG den Zusammenhang zwischen der Entscheidung des Gesetzgebers für die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems und der Stabilität der GKV noch einmal verdeutlicht: "Soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems erreicht werden, stellt auch dessen Finanzierbarkeit einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang dar, von dem sich der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Systems und der damit verbundenen Steuerung des Verhaltens der Leistungserbringer leiten lassen darf" (BVerfGE 103, 172, 185 = SozR 3-5520 § 25 Nr. 4 S 27). An anderer Stelle formuliert das BVerfG, die Leistungs- und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung müsse erhalten und deren finanzielle Stabilität als Voraussetzung ihrer Funktionsfähigkeit gesichert bleiben (vgl BVerfG (Kammer), NJW 1997, 2444, 2445 = SozR 3-2500 § 47 Nr. 8 S 19). Daraus ergibt sich zunächst, dass es für die Frage, ob Vergütungsansprüche von Leistungserbringern im Hinblick auf die Sicherung der Stabilität der gegenwärtig bestehenden GKV beschränkt und eingeschränkt werden können, nicht darauf ankommt, ob der Gesetzgeber das gegenwärtig praktizierte Krankenversicherungssystem von Verfassungs wegen einführen und unverändert beibehalten musste. Verfolgt der Gesetzgeber im Rahmen eines insgesamt verfassungsmäßigen Sozialversicherungssystems das von der Verfassung vorgegebene Ziel einer gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, kann die Verfassungskonformität gesetzlicher Vergütungsregelungen nicht mit dem Hinweis in Frage gestellt werden, das Ziel einer angemessenen Gesundheitsversorgung sei nach den Vorgaben des GG auch auf anderem Wege als im Rahmen des gegenwärtig praktizierten GKV-Systems erreichbar. Ohne Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch, ob allein mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften über die Vergütung der ärztlichen Leistungen die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung in notwendigem Maße gesichert werden kann oder nicht. Das BVerfG hat ausgeführt, dass jeder einzelne Schritt, mit dem der Gesetzgeber die Sicherung von Leistungsfähigkeit und finanzieller Stabilität der GKV zu erreichen sucht, von erheblicher Bedeutung ist, auch wenn eine einzelne Maßnahme immer nur einen Teilbetrag zur Verwirklichung des Gesamtziels leisten kann. Die öffentlichen Belange verlieren nicht an Gewicht, wenn sie sich nur durch eine Vielzahl kleiner Schritte verwirklichen lassen (BVerfGE 103, 172, 192 f = SozR 3-5520 § 25 Nr. 4 S 33).

Entsprechend dieser Rechtsprechung durfte der Bewertungsausschuss im Interesse der Stabilisierung der Einkommen der übrigen Ärzte

darauf hinwirken, dass die erhebliche Steigerung der Ausgaben für Laborleistungen eingeschränkt und - angesichts des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und der damit verbundenen faktischen Festschreibung der Gesamtvergütungen - auf einem im wesentlichen gleich bleibenden Niveau festgeschrieben wird. Wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Ihrer Stellungnahme vom 17. April 1998 über ein "Neues Vergütungssystem für Laborleistungen" dargelegt hat, ist die Menge der OIII Leistungen von 1988 bis 1996 um jährlich 12,5 % angewachsen und damit fast anderthalbmal so schnell wie der Durchschnitt aller ärztlicher Leistungen. Äußere Faktoren können dieser Quelle nach nicht dafür verantwortlich gemacht werden: Weder die Anzahl Erkrankter in der Bevölkerung noch die Nachfrage nach teuren Tests stiegen in auffälligem Maße - rapide gewachsen ist jedoch die Anzahl abgerechneter Fälle und auch die Anzahl abgerechneter Parameter pro Fall nahm zu. Die Beklagte hat für ihren Bereich eine Leistungsmengenausweitung vom Quartal 4/97 auf das Quartal 4/98 sogar um 39 % vorgetragen. Den aus dieser Entwicklung sich ergebenden Verwerfungen entgegenzusteuern ist Aufgabe des Bewertungsausschusses. Denn entweder folgt das Geld der erhöhten Leistung der Laborärzte, dann führt dies bei der auf Grund des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität praktisch unveränderten Gesamtvergütung dazu, dass die Laborärzte Umsatz und Gewinn zu Lasten der anderen ärztlichen Berufsgruppen steigern mit der Folge, dass die Honorarverteilung sich von dem Ziel eines einheitlichen ärztlichen Einkommens für alle Fachgruppen noch weiter entfernt und dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zuwider läuft, oder die Laborärzte sind auf HVM-Ebene budgetiert, was bei einer Leitungsmengensteigerung zu einem erheblichen Punktwertverfall mit der Gefahr der ruinösen Abgabe von Leistungen unterhalb der Gestehungskosten führen muss. Diesen Entwicklungen Einhalt zu gebieten ist sachgerecht und liegt im Interesse einer funktionierenden Versorgung. Durch den Rückgang des Umsatzes werden die Laborärzte in ihrem Anspruch auf angemessene Vergütung nicht beeinträchtigt. Denn der Umsatzrückgang wird durch das weitere Ziel der Laborreform, den Laborärzten ein anderen Arztgruppen vergleichbares Einkommen zu sichern, abgefedert. Bleibt somit für die Laborärzte als Ergebnis der Reform ein Einkommen (Gewinn vor Steuern), das dem anderer Arztgruppen entspricht, so kann sich trotz Umsatzrückgängen dadurch eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation ergeben. Unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist dies alles nicht zu beanstanden.

III.

Gegen die Aufteilung der Vergütung der Laborärzte in einen ärztlichen und einen technischen Honoraranteil (sog. Vergütungssplitting) bestehen im Grundsatz keine Bedenken.

Bei der Ausgestaltung der Laborreform hat der Bewertungsausschuss zwei Ziele verfolgt: zum einen sollten die ärztlichen Éinkommen gesichert werden und zwar in einer Höhe, die dem Einkommen von Ärzten anderer Fachgebiete entspricht. Wie aus den vom Kläger vorgelegten Unterlagen der KBV (Bl. 107-109 LSG-Akte) hervorgeht, war beabsichtigt, einen Betrag von knapp 150.000 DM - wie bei allen anderen Arztgruppen auch - als angemessenen Arztlohn zu Grunde zu legen. Um diese Einkommen zu sichern, hat der Bewertungsausschuss mit GNr. 3554 für die Ärzte des Speziallabors eine entsprechende Vergütungsregelung geschaffen. Diese sichert das Einkommen aus der ärztlichen Tätigkeit ab. Zwischen der Bewertung der ärztlichen Leistungen und dem für sie festgelegten Punktzahlkontingent besteht auch ein innerer Zusammenhang (vgl. dazu BSG Urt. v. 23. Februar 2005 - B 6 KA 55/03 R). Dass diese Regelung rechtswidrig sein könnte, ist nicht ersichtlich und wird noch nicht einmal von den Klägern behauptet.

Zum anderen wurden für die technischen Laborkosten (das sind die Kosten für den Transport und die Annahme der Proben, sowie die eigentliche Analyse, inklusive der vorbereitenden Tätigkeiten), und zwar für jede einzelne Untersuchung gesondert, Erstattungsbeträge in festen DM (inzwischen Euro-) Beträgen eingeführt (vgl. dazu GNRn 3500 bis 3890 und 3901 bis 4823 EBM-Ä in der seit 1. Juli 19999 geltenden Fassung). Diese Neuregelung sollte im Interesse der Laborärzte dafür sorgen, dass die mit den durchgeführten Laboruntersuchungen verbundenen Kosten ihnen durch Einräumung eines festen, wenn auch knapp kalkulierten Betrages vollständig erstattet werden. Auch dagegen bestehen grundsätzlich keine Bedenken: Soweit Laborärzte in der Vergangenheit im Einzelfall durch eine gute Organisation ihres Labors bei hohen Fallzahlen gut verdient haben und diese Verdienstquelle durch die jetzt knapp kalkulierten konkreten Geldbeträge entfallen ist, wird der Kläger nicht in seinen Rechten verletzt. Denn mit den Vergütungsregelungen des EBM sollen ärztliche Leistungen entschädigt werden, nicht aber die Managementleistung in Bezug auf einen effizienten Betrieb eines unter Umständen einem Gewerbebetrieb ähnlichen Labors. Ob damit, wie Mertens/Früh J Lab Med 2001, 25, 7 meinen, jeder Anreiz entfällt, die für einen Laborbetrieb erforderlichen Investitionen aufzubringen, kann ebenso unbeantwortet bleiben wie seine Kritik, ohne wirtschaftlichen Gewinn werde das mit dem Betrieb eines Labors erhebliche Unternehmerrisiko nicht mehr ausgeübt. Denn zum einen betreibt der Kläger ein vollständig ausgestattetes Labor, zum anderen muss der Bewertungsausschuss die Folgen seiner Entscheidungen beobachten und ggfs. langfristig darauf reagieren. Für das hier streitige erste Quartal nach In-Kraft-Treten der Laborreform stellen sich diese Probleme (noch) nicht.

Die Trennung eines Vergütungsanteils für die ärztliche Leistungen einerseits und einen Anteil, der dem Arzt die entstehenden Unkosten erstattet, ist logisch und im Grundsatz nicht zu beanstanden. Es gibt insoweit keine Gesichtspunkte für eine Überschreitung des dem Bewertungsausschuss eingeräumten Ermessens. Die dem Bewertungsausschuss eingeräumte Steuerungsbefugnis ermöglicht es ihm, durch ergänzende Bewertungsformen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen herbeizuführen (Urteil des 6. Senats des BSG vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R – zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen; BSGE 88, 126, 129 f = SozR 3 2500 § 87 Nr 29 S 147 f). Auch wenn der Bewertungsausschuss damit nicht auf einen numerus clausus von Regelungstechniken festgelegt ist, so hat die Steuerung des Leistungsverhaltens doch immer über die Beschreibung und Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen zu erfolgen (vgl BSGE 78, 98, 105 = SozR 3 2500 § 87 Nr. 12 S 41).

Die Regelung unterscheidet sich insofern von anderen und auch den bisherigen Vergütungsregelungen, als bisher das ärztliche Einkommen und die damit verbundenen Unkosten dem Arzt über den festgelegten Punktwert erstattet wurden. Bei einer EKG-Untersuchung wird nicht zwischen dem Unkostenaufwand und dem ärztlichen Einkommen unterschieden, vielmehr werden beide Faktoren über den Punktwert vergütet. Obwohl mit der Einführung fixer Kostenerstattungsbeträgen von der bis dahin üblichen Art der Erfassung und Vergütung ärztlicher Leistungen abgewichen und eine neue Vergütungsart eingeführt wurde, bestehen dagegen keine Bedenken. Es gibt keine Gründe die bisherige Art der Vergütung in allen ärztlichen Bereichen beizubehalten. Es muss dem Bewertungsausschuss überlassen bleiben, auf welche Art und Weise er Aufwand, Unkosten oder Betriebskosten, die bei den ärztlichen Leistungen der verschiedenen Fachgruppen anfallen, berücksichtigt.

Entgegen der Auffassung des Klägers liegt insoweit auch keine Verletzung von § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V vor. Soweit dort eine Bestimmung der ärztlichen Leistungen in Punkten vorgeschrieben ist, bezieht sich dies ausdrücklich auf ärztliche Leistungen. Diese werden im Falle der Laborärzte über GNR 3454 EBM in Punkten bewertet. Eine Verpflichtung, die Hilfsleistungen von Mitarbeitern oder die Gerätekosten in Punkten zu bewerten, ergibt sich aus dieser Vorschrift gerade nicht. Da die technischen Untersuchungsleistungen im Labor im Allgemeinen von angestellten Mitarbeiter/innen durchgeführt werden - anders sind die enorm hohen Fallzahlen überhaupt nicht zu bewältigen - , besteht auch keine rechtliche Notwendigkeit, sie in Punkten zu bewerten.

Grundsätzlich bestehen gegen die Laborreform, so wie sie vom Bewertungsausschuss konzipiert und mit Wirkung zum 1. Juli 1999 beschlossen wurde, keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken.

IV.

Die konkrete Höhe der Erstattungsbeträge für die technischen Untersuchungen nach GNRn. 3901 bis 4823 EBM war im hier streitigen Quartal 4/1999 nicht rechtswidrig. Die Einwendungen des Klägers greifen nicht durch, wenn er die Höhe der technischen Erstattungsbeträge als um mindestens 24% zu niedrig beanstandet. Der Umstand, dass die Gruppe der Laborärzte durch den unerwartet starken Rückgang der Fallzahl erhebliche Einbußen erleiden mussten, macht die Labortreform nicht im nachhinein rechtswidrig. Der Bewertungsausschuss ist seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen, indem er nach Kenntnis der ersten Zahlen sofort reagiert und ab 1.1.2000 eine 24%ige Erhöhung der Erstattungsbeträge vorgeschrieben hat. Die konkrete Höhe der Erstattungsbeträge für die technischen Untersuchungen des OIII Labors nach GNRn. 3901 bis 4823 EBM -Ä muss der Kläger für das hier streitige Quartal 4/99 hinnehmen.

1.) Wie jedem anderen Normsetzer steht auch dem Bewertungsausschuss bei der ihm überantworteten Rechtssetzung Gestaltungsfreiheit zu. Bei den auf der Grundlage des § 87 SGB V von den Bewertungsausschüssen vereinbarten Bestimmungen des EBM handelt es sich um untergesetzliche Rechtsnormen in der Form der Normsetzungsverträge (vgl. z.B. BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 18; siehe auch Urt. vom 9. Dezember - B 6 KA 44/03 R-). Der Gestaltungssielraum eines Normgebers ist umso mehr zu beachten, wenn - sei es auch nur mittelbar - Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit sind oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte geht, wie sie vielfach im KV- und Vertragsarztrecht - so auch hier - anzutreffen sind.

Mit der oben bereits angesprochenen weiten Gestaltungsfreiheit des Normsetzers korrespondiert eine eingeschränkte Überprüfungsbefugnis der Gerichte. So dürfen die Entscheidungen des Bewertungsausschusses nur im Ausnahmefall korrigiert werden (BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 34 S. 192). Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Die gerichtliche Überprüfung ist daher im Wesentlichen darauf beschränkt, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten und seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt hat (BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 21 S. 109 m.w.N.). Dies hat das BSG in seinem Urteil vom 9. Dezember 2004 nochmals ausdrücklich bestätigt und ausgeführt, dem Bewertungsausschuss als Normgeber stehe bei der Erfüllung des ihm in § 87 Abs. 1 SGB V übertragenen Auftrags ein Gestaltungsspielraum zu (BVerfG (Kammer), Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris; BSGE 79, 239, 242 = SozR 3-2500 § 87 Nr.14 S 49; BSGE 83, 218, 219 f = SozR aaO Nr.21 S 108 f; BSGE 88, 126, 133 f = SozR aaO Nr. 29 S 152 f; BSGE 89, 259, 264 = SozR aaO Nr. 34 S 192). Dieser ist grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren, die daher Regelungen des EBM nur in Ausnahmefällen korrigieren darf. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen (BVerfG (Kammer), Beschluss vom 22. Oktober 2004, aaO; BSGE 83, 218, 220 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 21 S 109; BSGE 88, 126, 133 = SozR aaO Nr. 29 S 152). Eine strengere gerichtliche Kontrolle hat das BSG auch dann für geboten erachtet, wenn das eigene Normprogramm des EBM auf tatsächliche Verhältnisse Bezug nimmt; allerdings beschränkt sich diese strengere Kontrolle darauf, ob der Bewertungsausschuss alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben behandelt hat und ob seine Festsetzungen inhaltlich frei von Willkür sind (BSGE 89, 259, 265 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 34 S 193 für die Kostensätze der Praxisbudgets). Dagegen ist es nicht Aufgabe der Gerichte, ihre eigenen Vorstellungen von der Sachgerechtigkeit der Bewertung einer Leistung oder eines Leistungskomplexes an die Stelle der Beurteilung durch den Bewertungsausschuss zu setzen. Nach diesen Maßstäben hat das BSG bereits in anderem Zusammenhang die Beschränkung der Zahl abrechenbarer Leistungen je Behandlungsfall als rechtmäßig angesehen. Das BSG hat dies als "Teilbudget" bezeichnet und hervorgehoben, dass solche "kleinen Budgets" von der Gestaltungsfreiheit des EBM-Normgebers gedeckt sind und deren Bemessung nicht allein unter fachmedizinischen Aspekten beurteilt werden kann (BSGE 88, 126, 134-136 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 29 S 153-156). Dies gilt ebenso für die Begrenzungen der Gesamtscanzahlen und Sequenzzahlen bei CT- und MRT-Leistungen (so schon Urteile vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 26/03 R und B 6 KA 31/03 R).

2.) Soweit der Kläger geltend macht, die festgesetzten DM-Beträge (jetzt in EUR) seien schon viel zu niedrig angesetzt worden, weil man sich nicht bei der Festsetzung hätte auf die 50% der kostengünstigeren Laborpraxen stützen und deren durchschnittliche Kosten als Maßstab hätte heranziehen dürfen, kann der Senat dem nicht folgen. Zunächst ist hierzu auszuführen, dass die Festlegung derartiger Kostensätze eine normative Tätigkeit des Bewertungsausschusses darstellt. Es handelt sich um gerichtlich nicht voll nachprüfbare Tatsachenfeststellungen (siehe BSG Urteil vom 15. Mai 2002 - B 6 KA 33/01 R - in SozR 3-2500 § 87 Nr.34 = BSGE 89, 259 und - B 6 KA 21/00 R - zu den Kostensätzen beim Praxisbudget Fachgruppe der Hautärzte). Dem Bewertungsausschuss steht als Normgeber - wie bereits oben ausgeführt - ein weiter Gestaltungs- und Regelungsspielraum zu. Er ist deshalb befugt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität eine Regelung zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalieren. Den Gerichten ist eine Überprüfung verwehrt, ob der Bewertungsausschuss die jeweils zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden hat (BSG SozR 3-2500 § 87 Nrn. 15 und 16).

Die betroffenen Laborarztpraxen waren - entgegen den Einlassungen des Klägers - zumindest schon ein Jahr vor Einführung der Laborreformen über die voraussichtlichen Maßnahmen informiert (siehe "Bericht zur Neugestaltung des "Labors": Die KBV will Missstände offensiv angehen" vom 29. Mai 1998 in: Deutsches Ärzteblatt Jahrgang 95, 1998, Seite A-1356, in dem u. a. bereits auf den Bericht von M. - "Neues Vergütungssystem für Laborleistungen" vom 30. April 1998 - und die dortige Kalkulationsgrundlage, nämlich die "kostengünstigere Hälfte" der untersuchten Praxen, Bezug genommen und bereits darauf hingewiesen wird, dass im Hinblick darauf unwirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer effizienter werden müssen), sodass sie sich entsprechend vorbereiten und ihre Kostenstrukturen überprüfen konnten. Zum weiteren ist für den Senat überhaupt nicht nachvollziehbar, weshalb der Bewertungsausschuss sich bei der Festsetzung der Festbeträge an den Kostensätzen teurerer, kostenintensiverer Praxen hätte orientieren und damit - um es ganz deutlich zu sagen -

ungünstige und ineffiziente Organisations- und Kostenstrukturen hätte noch belohnen müssen. Der Bewertungsausschuss ist insoweit noch hinter den vom BSG angedeuteten Maßstäben zurückgeblieben, das im Urteil vom 9. Dezember 2004 - B 6 KA 36/03 R - Umdruck S. 57 auf eine optimale wirtschaftliche Praxisausrichtung abgestellt hat.

Bei der vom Bewertungsausschuss gefundenen Lösung, den Durchschnitt der preisgünstigeren Hälfte der geprüften Labors festzusetzen, bleibt immer noch ein Anteil von 25 % der Laboratorien, die aus der reinen Labortätigkeit durch den optimalen Einsatz sächlicher Mittel und ihres Personals immer noch zusätzlich zur ärztlichen Leistung Gewinn erzielen. Diesen Anteil zu erhöhen bestand jedenfalls unter dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit kein Anlass. Eine 50% Regelung, wie sie dem Kläger vorschwebt, würde zu einer im Verhältnis zu anderen Arztgruppen nicht gerechtfertigten Einkommenserhöhung bei der besseren Hälfte der Laborärzte führen und bei den anderen Laborärzten den Druck zur Ausschöpfung aller Rationalisierungsreserven mindern.

3.) Auch der Umstand, dass der Bewertungsausschuss den Rückgang der Fallwerte und der Fallzahlen für Laborärzte nicht in der später eingetretenen Größenordnung vorhergesehen hat, und als Folge dessen die ursprüngliche Kalkulationsbasis für die Höhe der Erstattungsbeträge insoweit zum Wegfall kam, ist rechtlich unbeachtlich. Zwar ist davon auszugehen, dass die Erstattungsbeträge im Durchschnitt um 24 % auch im streitigen Quartal 4/99 zu gering waren, denn sonst hätte der Bewertungsausschuss für die Quartale ab 1/00 die Erstattungsbeträge nicht um diesen Betrag erhöht, dies macht die Erstattungsbeträge im hier allein streitigen Quartal 4/99 indes (noch) nicht rechtswidrig.

Die GNRn. 3901 bis 4823 EBM sind unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung zu rechtfertigen. Dem Bewertungsausschuss stand eine Beobachtungs- und Reaktionsphase zu (vgl. etwa BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 16 m.w.N.)

Auch das SG hat in dem Zusammenhang zu Recht darauf verwiesen, dass auch betriebswirtschaftliche Berechnungen nicht nur entweder falsch oder richtig sein können, sondern es sich hierbei nur um Hilfskriterien handelt, die aber keine abschließend einzig richtige Berechnung in jedem Einzelfall ergeben, weil beim Erlass der maßgeblichen Vorschriften sich deren Auswirkungen regelmäßig nicht bis in die letzte Einzelheit übersehen lassen. Daher müssen auch größere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden. So waren auch vor Einführung der Laborreform zahlreiche Berechnungen auf der Basis von Prognosen erforderlich, die zwangsläufig mit Unsicherheitsfaktoren behaftet waren. Diese Unsicherheiten hätten wie bei jeder Prognose sogar dann bestanden, wenn der Bewertungsausschuss an den Rahmenbedingungen nichts geändert hätte. Auf Grund der tiefgreifenden Neuregelungen war die Unsicherheit sehr hoch und hatten die einzelnen Kostensätze zwangsläufig daher Erprobungscharakter. Dies war dem Bewertungsausschuss auch durchaus bewusst, denn bereits in der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Weiterentwicklung des EBM für die Vereinbarung von Gesamtvergütungen im Jahr 1999 (Deutsches Ärzteblatt -DÄ- 1999, Jahrgang 96, Seite A-86) verpflichteten sich die Partner dieser Vereinbarung in § 2, die Auswirkungen der Reform des Kapitels O EBM im Hinblick auf die Versorgung der Versicherten mit labormedizinischen Leistungen, den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft und Technik in Laboratoriumsmedizin und die Veränderungen der Kosten für die Erbringung von Laborleistungen künftig sorgfältig zu analysieren.

Der Bewertungsausschuss ist seiner Verpflichtung zur Nachbesserung nachgekommen und hat unverzüglich, nachdem die ersten verlässlichen Zahlen vorlagen zum 1. Januar 2000 bereits mit dem 24-prozentigen Aufschlag für bis zu maximal 450.000 Leistungen nach dem Abschnitt O III EBM (Beschluss vom 16. Februar 2000, siehe DÄ 2000, Jahrgang 97, Seite A-555/A-559 ff) reagiert, wobei auch ausdrücklich ausgeführt wurde, dass diese Korrekturen vorgenommen worden seien, weil "der Leistungsmengenrückgang der Leistungen des Speziallabors sowie die daraus resultierenden Honorarverluste für die Labore höher sind als erwartet". Darüber hinaus wurden zusätzlich ab dem 1. April 2000 die auf Grund bestimmter Indikationen nicht auf das Budget abzurechnenden Leistungen ausgeweitet (s. DÄ aaO).

Umgekehrt kann aber keineswegs - wie vom Kläger vertreten - dies als Beleg dafür herangezogen werden, der Bewertungsausschuss sei von vorneherein von völlig falschen Zahlen ausgegangen und habe dies auch erkennen können. Es konnte sich bei den zuvor ermittelten Zahlen zu den Kostenstrukturen und zum notwendigen Kostendeckungsgrad nur um Orientierungsgrößen handeln, und zwar auf der Basis einer angenommenen Mengenreduzierung um 15%, und damit auch nur um eine Prognoseentscheidung. Dass der Bewertungsausschuss auf dieser Basis die entsprechenden Festsetzungen vorgenommen hat, ist daher nicht zu beanstanden. Von Willkür oder Missbrauch kann insoweit keine Rede sein.

Zu keinem anderen Ergebnis führt auch die vom Kläger genannte Darstellung von Merten/Früh in ihrem Aufsatz (Der Internist 3/99 M70/M73 - Blatt 156 ff SG-Akte). Diese Darstellung kann nicht als verlässliche Berechnungsgrundlage angesehen werden. Es handelt sich lediglich um die Auswertung einer einzelnen Laborarztpraxis, die Auswahlkriterien der Einsender je Arztgruppe sind nicht beschrieben, ebenso wenig ob und in welchem Umfang in den hohen Fallwerten unwirtschaftliche Leistungen enthalten sind. Außerdem sagen hohe Prozentwerte für prognostizierte Umsatzeinbußen nichts aus, wenn die Ausgangsbasis nicht definiert ist. Auch kann ein überdurchschnittlicher Mengenrückgang auf Unwirtschaftlichkeit in der Vergangenheit beruhen, die gerade als Folge der Einführung der veranlasserbezogenen Budgets abgestellt wurde.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass zunächst primäre Ursache für die deutlichen Umsatzeinbußen bei den Laborärzten in den Quartalen 3/99 und 4/99 nicht die Höhe der Kostensätze (bzw. Festbeträge) sondern die drastisch zurückgegangenen Aufträge sind, was folgerichtig bei kleineren Serien zu höheren "Stückkosten" führte, die durch die ursprünglich festgesetzten Festbeträge wohl in der Tat nicht mehr abgedeckt waren. Der Bewertungsausschuss war bei der Festsetzung der Festbeträge (gerade auch auf der Grundlage des Berichtes von M. "Neues Vergütungssystem für Laborleistungen", S.8 - Bl.126 SG-Akte) von einem Rückgang des Auftragsvolumens von (nur) 15% ausgegangen.

Wie das BSG entschieden hat, brauchte der Berufungsausschuss grundsätzlich keine Ermittlungen anzustellen (vgl. dazu zusammenfassend BSG Urt. v. 9. Dezember 2004 -B 6 KA 36/03 R (unter 3f iVm 4c). Vorliegend hat der Berufungsausschuss aber umfangreiche Untersuchungen veranlasst. Es war also nicht so, dass der Bewertungsausschuss lediglich sich auf subjektive Erfahrungen und Einschätzungen oder Erkenntnisse vom Hörensagen verlassen hat. Vielmehr hat er sehr konkrete Studien und Untersuchungen durch renommierte, betriebswirtschaftlich erfahrene Beratungsfirmen veranlasst, um die Verhältnisse im Laborbereich für alle Beteiligten

zumutbar und tragfähig zu gestalten. Wären die Fallzahlen in dem prognostizierten Umfang zurückgegangen, wären die Berechnungen des Bewertungsausschusses nicht zu beanstanden gewesen. Das einzige, was so nicht vorhersehbar war und von dem Bewertungsausschuss so nicht richtig vorhergesehen wurde, war der erhebliche Rückgang der Fallzahlen und - zu einem geringeren Anteil - der Fallwerte. Im Rückgang von Fallzahlen und Fallwerten spiegelt sich zugleich auch das durch die Reform verbesserte wirtschaftliche Verhalten der überweisenden Fachärzte wider. Anders gesagt, der Berufungsausschuss hat das Ausmaß der bis dahin versteckten Unwirtschaftlichkeit nicht zutreffend prognostiziert. Dies macht seine Reform nicht rechtswidrig. Es handelt sich um den typischen Fall der Fehlprognose, bei der nachgebessert werden muss und hier auch unverzüglich nachgebessert worden ist.

Aus dem gesagten folgt, dass die Klägerbevollmächtigten mit ihrer Ansicht, die Laborärzte seien vom Bewertungsausschuss in missbräuchlicher Absicht bzw. (objektiv) willkürlich zum Spielball gebührenordnungspolitischer Experimente gemacht worden, sowohl von der Wortwahl als auch von der Sache her falsch liegen.

V.

1.) Der Bewertungsausschuss brauchte für die Laborärzte keine Ausnahmeregeln vorsehen

Das bedeutet allerdings nicht, dass der Bewertungsausschuss generell nicht verpflichtet wäre, Ausnahmeregelungen vorzusehen. Vielmehr ist es seine Aufgabe, den mit jeder notwendig typisierenden und generalisierenden Regelung im Einzelfall möglicherweise einhergehenden Verwerfungen in angemessener Weise Rechnung zu tragen, um im Einzelfall für den Arzt unverhältnismäßige und somit gegen sein Grundrecht aus Art 12 Abs. 1 GG verstoßende Ergebnisse zu vermeiden (vgl BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 23 S 121). Die der Rechtsnorm zugrunde liegenden Einschätzungen und/oder Prognosen sind jedoch solange hinzunehmen, solange sie offensichtlich nicht fehlerhaft sind, d.h. sie vernünftiger Weise keine Grundlage für normative Maßnahmen abgeben können (vgl. BSG Urteil vom 8. März 2000 - B 6 KA 12/99 R - in SozR 3-2500 § 72 Nr. 11 m.w.N.). Unter welchen Voraussetzungen der Bewertungsausschuss Ausnahmen vorsehen muss hat das BSG in dem Urteil vom 23. Februar 2005 - B 6 KA 55/03 R im Einzelnen dargestellt:

Ausnahmebestimmungen bei der Neugestaltung von Leistungsbeschreibungen und der Einführung von mengensteuernden Bewertungsformen sind Ausdruck des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit und können ua den unvermeidbaren Unsicherheiten bei weit reichenden Neuregelungen im ärztlichen Vergütungsrecht Rechnung tragen (vgl BSGE 87, 112, 113 f = SozR 3-2500 § 87 Nr. 26 S 135 f zu den zum 1. Juli 1996 im EBM-Ä eingeführten Teilbudgets). Daraus ist indessen nicht abzuleiten, dass der Bewertungsausschuss gehalten wäre, bei jeder Änderung des EBM-Ä Ausnahme- und Übergangsregelungen in der Weise zu normieren, dass bestimmte Praxen, auf die sich die Neuregelung nachteilig auswirken könnte, von der Umstellung ausgenommen werden (Hervorgehoben durch den erk. Senat). Ob und welche Ausnahmeregelungen von Verfassungs wegen erforderlich sind, beurteilt sich in erster Linie nach der Wirkungsbreite und Eingriffsintensität einer jeweiligen Regelung. Daher sind bei Budgetierungen nahezu des gesamten ärztlichen Leistungsumfangs Ausnahmeregelungen eher erforderlich als bei Fallzahlkontingenten, die nur eng begrenzte Leistungsbereiche betreffen.

In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass der Bewertungsausschuss Verwerfungen nur dann begegnen kann, wenn diese vorhersehbar sind. Der Bewertungsausschuss war bei der Festsetzung der Festbeträge (gerade auch auf der Grundlage des Berichtes von M. "Neues Vergütungssystem für Laborleistungen", S.8 - Bl.126 SG-Akte) von einem Rückgang des Auftragsvolumens von (nur) 15% ausgegangen. Angesichts dieser- wie oben dargelegt - auch für die Fachgruppe der Laborärzte zumutbaren Umsatzeinschränkung und der sorgfältigen Vorbereitung der Laborreform braucht er nicht eine generelle Härteklausel für den unvorhergesehenen Fall einer für einzelne Praxen oder Fachgruppen unzumutbaren Entwicklung zu treffen. Es reicht in diesen Fällen grundsätzlich aus, die Entwicklung zu beobachten und danach - wie geschehen - zu reagieren.

2. Soweit als Folge der zu geringen Höhe der Erstattungsbeträge für analytische Leistungen eine Kostenunterdeckung für die Dauer von zwei Quartalen eingetreten ist, ist dies für die Laborärzte noch zumutbar. Der Kläger wird dadurch nicht in seien Grundrechten aus Art. 12 GG verletzt.

Zu berücksichtigen ist zunächst, dass die zunächst bei dem Kläger unstreitig aufgetretenen Umsatzeinbußen in einer Größenordnung von über 50 Prozent in den Quartalen 3/99 und 4/99 auf Grund des ab dem 1. Januar 2000 für das Quartal 1/00 erfolgten 24-prozentigen Zuschlags auf die Kostenerstattungen für Laboranalysen und weiterer Anpassungen ab 1. April 2000 zumindest zum Teil ausgeglichen wurden und der Kläger im Zusammenhang damit auch nicht mehr geltend macht, weiter in seiner wirtschaftlichen Existenz bedroht zu sein.

Hinzu kommt, dass die Gruppe der Laborärzte, die nicht den Budgetierungsregeln des EBM unterlegen ist, in der Vergangenheit ihre Umsätze als Gruppe jedes Jahr im Durchschnitt um 12,5 % erhöhen konnte. Damit war für die Leistungen der Laborärzte ein immer größerer Teil der Gesamtvergütung aufzubringen, sodass die Umsatzsteigerungen der Laborärzte zu Umsatzminderungen anderer Arztgruppen geführt haben. Wie der drastische Rückgang der Fallzahlen und der Fallwerte gezeigt hat, beruhte dieses Wachstum auf teilweise unwirtschaftlichem Verhalten der Vertragsärzte. Mit diesem Wachstum dürften - allein wegen der geringeren Unkosten bei größeren Serienlängen - aber auch vergleichsweise höhere Gewinne aus ärztlicher Tätigkeit insgesamt im Durchschnitt der Fachgruppe erzielt worden sein. Es ist also davon auszugehen, dass Laborärzte über Jahre hinweg vergleichsweise höhere Einkünfte aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit erzielen konnten als andere ärztliche Fachgruppen und zwar genau aus den 15 % des Umsatzvolumens, um die der Bewertungsausschuss die Laborkosten insgesamt reduzieren wollte. In der genanten Ausarbeitung der KBV vom 17. April 1998 über ein "Neues Vergütungssystem für Laborleistungen" heißt es: " Durch die Neubewertung von EBM-Leistungen werden im OIII- Bereich 95 Millionen DM freigesetzt: die Abwertung bisher überbewerteter Parameter ergibt eine Ausgabensenkung um 102 Millionen DM, gegenzurechnen sind 7 Millionen aus der Aufwertung bislang unterbewerteter Parameter". Angesichts dieses Umstandes bestand für den Bewertungsausschuss keine Notwendigkeit im EBM eine rückwirkende Erhöhung der Laborkostenerstattungen vorzusehen. Wer wie die Laborärzte offensichtlich jahrelang die Möglichkeit hatte, überdurchschnittliche Gewinne zu erzielen, wird durch eine vorübergehende, nur zwei Quartale dauernde Kostenunterdeckung nicht so hart getroffen, dass dies für ihn unzumutbar wäre. Die Richtigkeit dieser Entscheidung zeigt der weitere Verlauf: Von einem Sterben der Labors als Folge vorübergehend unzureichender Vergütung ist nichts bekannt. Die Laborärzte wurden somit durch die aus dem Verhältnis von Anfangs- und Erprobungsregel einerseits und Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht andererseits sich notwenig ergebende kurze Phase fehlerhafter Vergütung nicht unzumutbar hart betroffen und damit auch nicht in ihrem Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit beeinträchtigt.

Einkommenseinbußen der Laborärzte sind somit von diesen jedenfalls so lange hinzunehmen, als ihr Einkommen nicht deutlich unter den Durchschnitt der Einkommen anderer Ärzte absinkt. Als Maßstab hierfür ist nicht der Zeitraum eines Quartals oder auch von zwei Quartalen anzunehmen, abzustellen ist vielmehr auf einen deutlich längeren Zeitraum, mindestens von einem Jahr (so BSG Urt. v. 9. Dezember 2004 - B 6 KA 36/03 R Umdruck S. 50/51). Die Verluste im Quartal 3/99 und 4/99 sind nur dann unzumutbar, wenn sie nicht durch Gewinne in der Zeit zuvor kompensiert werden konnten oder die spätere laborärztliche Tätigkeit durch aufgelaufene Verluste finanziell erheblich beeinträchtigen. Dass sich die Verluste aus dem hier streitigen Quartal für den Kläger in diesem Sinne im Ergebnis unzumutbar ausgewirkt haben, ist nicht vorgetragen. Der Kläger hat zwar vorgetragen, welche Verschiebungen zu Lasten der Laborärzte hinsichtlich des hier streitigen Quartals 4/99 eingetreten sein sollen und in welchen konkreten Beträgen sich dies beim Kläger ausgewirkt hat (vgl. Tabelle S. 2), er hat es aber abgelehnt, die Höhe seines ärztlichen Einkommens bzw. eventuelle negative Einkünfte aus vertragsärztlicher Tätigkeit konkret zu Begründung einer für ihn unzumutbaren Vergütungssituation darzulegen.

3. Ausgehend hiervon teilt der Senat nicht die Auffassung des Klägers, die Fehlprognose des Bewertungsausschusses hinsichtlich des Ausmaßes an Unwirtschaftlichkeit mache die Festsetzungen der Kostenerstattungsbeträge der Höhe nach rechtswidrig. Sind somit die zur Anwendung gekommenen Gebührenordnungsnummern des EBM rechtmäßig, so besteht keine Notwendigkeit sich damit auseinanderzusetzen, ob der Bewertungsausschuss mit Wirkung für die Quartale 3/99 und 4/99 hätte rückwirkend Regelungen zum Ausgleich der erlittenen Einbußen treffen müssen oder ob er bereits bei In-Kraft-Treten der Laborreform zum 1. Juli 1999 für den Fall eines Prognoseirrtums Vorsorge hätte treffen müssen und wenn ja, in welcher Weise.

VI.

Der Kläger hat aber auch keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Nachbesserung im Bereich der HVM-Ebene. Die Beklagte war hierzu nicht verpflichtet.

Sind die Regelungen des EBM in den Quartalen 3/99 und 4/99 nach dem Gesagten auch gegenüber den Klägern rechtmäßig, besteht schon aus diesem Grund keine Verpflichtung der Beklagten zum Ausgleich der Kostenunterdeckung, die durch zu geringe Kostenerstattung für analytisch-technische Laborleistungen entstanden ist. Auch sonst kann der Senat sich der Auffassung des Klägers über die Notwendigkeit solcher ergänzenden Regelungen nicht anschließen. Der Umstand, dass verschiedene andere KVen ihre Laborärzte auf HVM-Ebene gestützt haben, sagt noch nichts darüber aus, ob dies überhaupt rechtmäßig war. Jedenfalls musste die Beklagte diesen Beispielen nicht folgen.

1.) Ob der HVM der Beklagten eine allgemeine Härteklausel enthält für Praxen, die von EBM-Änderungen in unzumutbarer Weise in ihrer Existenz betroffen sind, kann offen bleiben. Denn der Kläger hat einen solchen Antrag nicht gestellt. Er hat in seiner gesamten Begründung im Klage- und im Berufungsverfahren allein darauf abgestellt, dass die Fachgruppe in unzumutbarer Weise durch die beanstandeten Regelungen belastet wird und es unzumutbar sei, Opfer eines Prognoseirrtums des Bewertungsausschusses zu werden. Dass der Kläger selbst durch die beanstandete Höhe der Kostenerstattungen in wirtschaftliche Schwierigkeiten gekommen ist und deshalb Sonderzahlungen aus Härtefallgründen benötigt, ist von ihm nicht geltend gemacht worden. Ein entsprechender Antrag ist bei der Beklagten auch nicht gestellt worden, sodass hierüber auch nicht zu entscheiden ist (vgl. dazu BSGH Urt. v. 9. Dezember 2004 - B 6 KA 36/03 R Umdruck S. 10/11).

2.) So weit der Kläger des Weiteren rügt, der HVM sei rechtswidrig, weil die ärztlichen Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie im Quartal 3/99 und 4/99 nur mit dem durchschnittlichen Auszahlungspunktwert für Leistungen von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, die nicht in Abschnitt 8.1. HVM aufgeführt worden sind, vergütet worden seien (§ 6 Abs. 7 Satz 4 HVM), kann ihm der Senat nicht folgen.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger nicht eine hierdurch entstehende unzureichende Vergütung seiner ärztlichen Leistungen aus den GNRn 3454 EBM rügt. Es besteht insoweit kein Anlass zu der Annahme, dass das Ziel der Laborreform, dem Grundsatz, die ärztlichen Leistungen der Ärzte aller Fachgruppen im Wesentlichen gleich zu entlohnen, auch für Laborärzte Geltung zu verschaffen, durch die genannte HVM-Regelung zu Lasten der Laborärzte unterlaufen worden wäre. Der Kläger meint vielmehr, dass die Verluste aus den von ihm betriebenen technischen Labortätigkeiten durch entsprechend höhere Gewinne aus ärztlicher Tätigkeit hätten kompensiert werden müssen. Er verlangt im Ergebnis eine Quersubventionierung der Kosten des technischen Labors durch das ärztliche Einkommen und damit eine Abkehr von dem im EBM vorgesehenen Vergütungssplitting. Der Kläger verkennt, dass die Beklagte bei Erlass des HVM gem. § 82 Abs. 1 Satz 2 iVm § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V an den EBM gebunden ist und der HVM die Ziele des EBM nicht unterlaufen darf. Gerade dies verlangt er aber mit seiner Forderung nach einseitiger Erhöhung der ärztlichen Einkommen aus Labortätigkeit.

Aus den gleichen Gründen ist es der Beklagten verwehrt, die bundeseinheitlich ermittelten Kostensätze einseitig um 24 % zu erhöhen. Wäre dies erlaubt, hätte der Bewertungsausschuss die Festsetzung der Höhe der Erstattungsbeträgen gleich den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen können. Die Höhe der Erstattungsbeträge im EBM sind für die Beklagte verbindlich; Regelungen, die regionale Abweichungen erlauben (wie etwa früher bei der Höhe der Praxisbudgets), fehlen in den entsprechenden Vorschriften des EBM.

VII.

Das Recht der Laborärzte auf angemessene Vergütung wird durch die streitigen Gebührenordnungsregelungen auch nicht beeinträchtigt.

Auch ein Anspruch des Klägers auf höheres Honorar für die streitigen Quartale 3/99 und 4/99 aus § 72 Abs. 2 SGB V kommt ebenso wenig in Betracht. Das BSG hat hierzu in seinem Urteil vom 9. Dezember 2004 (betreffend die Arztgruppe der Radiologen -B 6 KA 44/03 R-) ausgeführt:

Der Kläger macht einen weiter gehenden Honoraranspruch aus § 72 Abs. 2 SGB V bzw aus § 2 Abs. 1 Buchst a der Satzung der Beklagten geltend. Er stützt dies auf einen Anspruch auf angemessene Vergütung seiner vertragsärztlichen Leistungen, die sich grundsätzlich auf einen Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit (also nach Abzug der Praxiskosten, aber vor Steuern) in Höhe von 180.000 DM pro Jahr bzw 45.000 DM pro Quartal belaufe. a) Nach § 72 Abs. 2 SGB V ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der KÄVen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass

(auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung kann 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 wird (BSGE 75, 187, 189 ff = SozR 3-2500 § 72 Nr. 5 S 6 ff; BSG SozR 3-5555 § 10 Nr. 1 S 5 f; BSGE 88, 20, 24 = SozR 3-2500 § 75 Nr. 12 S 70; BSGE 88, 126, 136 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 29 S 155; s zuletzt BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen). Bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe ist dies regelmäßig nicht der Fall (vgl BSG SozR 3-5555 § 10 Nr. 1 S 6; SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1 S 6). Die an dieser Rechtsprechung geübte Kritik (Wimmer in: Sodan (Hrsg), Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und Grundrechte der Leistungserbringer, 2004, S 45, 48 ff; ders, NZS 1999, 480 ff; ders, MedR 1998, 533 ff; Sodan, GesR 2004, 305, 307; Isensee, VSSR 1995, 321 ff) veranlasst den Senat nicht dazu, diese zu ändern. Wortlaut, Systematik und Zweck des Gesetzes stehen der Annahme entgegen, dem einzelnen Vertragsarzt könne aus § 72 Abs. 2 SGB V allgemein ein Rechtsanspruch auf eine Vergütung in einer bestimmten Höhe gegen die KÄV zustehen. Schon dem Wortlaut nach ist § 72 Abs. 2 SGB V nicht als Anspruchsgrundlage ausgestaltet (so auch Spoerr, MedR 1997, 342, 343). § 72 Abs. 2 SGB V enthält danach nur ein an die KÄVen und die Krankenkassen-Verbände gerichtetes Gebot, wie die Verträge über die vertragsärztliche Versorgung auszugestalten sind. § 72 Abs. 2 SGB V formuliert insoweit kein konkretes Normprogramm, sondern lediglich eine abstrakte Zielvorgabe. Angemessenheit ist ein hochabstrakter Begriff (vgl Isensee, VSSR 1995, 321, 322 f). Er bedarf der Konkretisierung, damit erkennbar wird, welche Vergütungshöhe dem Gesetz entspricht. Hierfür hat das Gesetz einen prozeduralen Weg gewählt. Dies zeigt sich bereits an § 72 Abs. 2 SGB V, in dem die Angemessenheit der Vergütung als Ziel einer vertraglichen Regelung vorgegeben wird. Für die vertragliche Regelung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen sieht das Gesetz ein komplexes System vor. Danach honorieren die Krankenkassen nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung, sondern entrichten mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Höhe der Gesamtvergütung sowie deren Veränderung wird in einem Gesamtvertrag von den KÄVen und Landesverbänden der Krankenkassen bzw den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart (§ 85 Abs. 3 iVm § 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Kommt eine solche Vereinbarung auf diesem Wege nicht zu Stande, kann das Schiedsamt angerufen werden (§ 89 Abs. 1, Abs. 1a SGB V). Nur die vereinbarte oder die durch Schiedsspruch festgesetzte Gesamtvergütung kann die KÄV auf der Grundlage des § 85 Abs. 4 SGB V an die Vertragsärzte verteilen; Nachforderungen der KÄVen an die Krankenkassen sind grundsätzlich ausgeschlossen (vgl BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 30 S 228 f). Lediglich in der besonderen, nicht auf andere Konstellationen übertragbaren Situation der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen hat der erkennende Senat im Hinblick auf die von den Partnern des Bewertungsausschusses in diesem speziellen Fall gemeinsam zu tragende Verantwortung für ein angemessenes Vergütungsniveau der zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen die Möglichkeit angesprochen, nachträglich die Höhe der Gesamtvergütung zu modifizieren (BSGE 92, 87 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 8, jeweils RdNr. 35). Von Bedeutung für die Vergütung des einzelnen Vertragsarztes ist darüber hinaus auch der von der KÄBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuss vereinbarte Bewertungsmaßstab (§ 87 Abs. 1 SGB V); denn von den darin enthaltenen Bewertungsrelationen darf in den Verteilungsmaßstäben und den anderen die Vergütung betreffenden Regelungen nicht abgewichen werden. Die angemessene Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen ist nach den Vorstellungen des Gesetzgebers Ergebnis dieses komplexen Konkretisierungsprozesses. Bei dem Ziel einer angemessenen Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in § 72 Abs. 2 SGB V handelt es sich um eine Vorgabe für die Regelung der vertraglichen Beziehungen zwischen den KÄVen und den Krankenkassenverbänden, mithin für die Ausgestaltung der Normenverträge, durch die diese Regelung erfolgt. Die Partner dieser Verträge verfügen dabei zwar über Spielräume, sind aber nicht frei. Zu den Belangen, die sie bei der Ausgestaltung der vertraglichen Regelungen zu einem sachgerechten Ausgleich bringen müssen, zählt § 72 Abs. 2 SGB V auch die Angemessenheit der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Es handelt sich dabei aber nur um einen von mehreren Gesichtspunkten, der in die erforderliche Gesamtabwägung einzustellen ist. § 72 Abs. 2 SGB V nennt bereits mit der Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse eine weitere - aus mehreren Teilaspekten zusammengesetzte - Zielvorgabe. Darüber hinaus enthält das Gesetz, insbesondere in §§ 70, 71 SGB V, noch weitere Gesichtspunkte, die in unterschiedlicher Weise bei der Vereinbarung der Verträge nach § 72 Abs. 2 SGB V von den Gesamtvertragspartnern zu berücksichtigen sind. Von zentraler Bedeutung ist insoweit der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Dieser normiert eine verbindliche gesetzliche Vorgabe für den Inhalt von Vergütungsvereinbarungen, der im Verhältnis zu den anderen Kriterien für die Festsetzung der Gesamtvergütung sogar Vorrang zukommt (BSGE 86, 126, 135 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr. 37 S 296 ff). Aus einer die Verwirklichung unterschiedlicher, teilweise gegenläufiger Belange und Interessen durch vertragliche Normsetzung dirigierenden Bestimmung, wie sie § 72 Abs. 2 SGB V darstellt, lassen sich subjektive Rechte einzelner Normunterworfener im Regelfall nicht ableiten. Die fehlende Eignung des § 72 Abs. 2 SGB V als generelle Anspruchsgrundlage auf eine bestimmte Vergütung, die uU höher ist als in den maßgeblichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften vorgesehen, zeigt sich schon darin, dass Vergütungsansprüche dem Vertragsarzt nur gegenüber seiner KÄV zustehen, während Normadressaten des § 72 Abs. 2 SGB V die Partner der Gesamtverträge sind. Diese könnten aber die Obliegenheit, beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen nach § 83 Abs. 1, § 85 Abs. 1 und Abs. 3 SGB V auf eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen hinzuwirken, allenfalls dann verletzen, wenn flächendeckend und unabhängig von Besonderheiten in einzelnen Regionen und/oder bei einzelnen Arztgruppen ein Vergütungsniveau zu beobachten wäre, das mangels ausreichenden finanziellen Anreizes zu vertragsärztlicher Tätigkeit zur Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten führt. Eine solche Situation hat in den streitbefangenen Quartalen nicht bestanden.

Nichts anderes gilt auch hier für die Gruppe der Laborärzte.

VIII.

Der vom Kläger (hilfsweise) beantragten weiteren Beweiserhebungen bedurfte es nicht.

Die beantragten Beweiserhebungen waren schon deshalb nicht erforderlich, weil wie bei jeder Normgebung dem - von dem betroffenen Kläger insoweit im Kern postulierten - Verlangen nach Transparenz und Offenlegung der Erwägungen des Normgebers im Rahmen einer gerichtlichen Überprüfung Grenzen gesetzt sind. Die Begründung von Akten der Rechtsetzung ist weder einfachgesetzlich (vgl § 39 des Verwaltungsverfahrensgesetzes - VwVfG -, § 35 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch - SGB X -) noch aus Gründen des Verfassungsrechts geboten. Nur wenn Grundrechtsbeeinträchtigungen von gewisser Intensität zu besorgen sind, muss ein Normgeber Annahmen und Wertungen, die ihn zur Schaffung einer Regelung bestimmt haben, spätestens in einem Gerichtsverfahren offen legen (so BVerfGE 85, 36, 57 zur Festsetzung von Studienplatzkapazitäten durch Verordnung; vgl. auch BVerfGE 54, 173, 197; 66, 155, 179 f). Außerhalb dieses Bereichs - wie hier beim Streit über eine - wie oben ausführlich begründet - nicht statusrelevante Mengensteuerung- ist der Normgeber auf

die Rüge hin, eine von ihm geschaffene Bestimmung verstoße gegen höherrangiges Recht, dagegen nicht generell verpflichtet, seinen Prozess der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung in allen Einzelheiten offen zu legen; dieses gilt jedenfalls dann, wenn überhaupt tragende sachliche Gründe erkennbar sind, die die Regelung als nicht willkürlich erscheinen lassen (zum Ganzen: BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 29 und 34 mwN; siehe auch Urteil vom 9. Dezember 2004 -B 6 KA 44/03 R-). Solche Gründe liegen hier aber wie dargelegt vor (vgl auch Urteil des Senats vom 16. Juli 2003 - L 5 AL 2361/02).

Den Beweisanträgen war davon abgesehen auch sonst nicht zu folgen:

Zu 1.-4.: Der Senat hat sich mit diesem Vorbringen auseinandergesetzt, es als wahr unterstellt, ihm jedoch keine rechtserhebliche Bedeutung beigemessen.

Zu 5-6: Den Ursachen eines eventuellen Rückgangs meldepflichtiger Erkrankungen braucht nicht weiter nachgegangen zu werden. Den Ärzten kann weder in ihrer Gesamtheit noch hinsichtlich eines nennenswerten Teils unterstellt werden, dass sie die notwendigen Untersuchungen aus finanziellen Gründen unterlassen. Außerdem würde dies nicht zwingend eine Änderung der Laborreform zur Folge haben, sondern nur die Notwendigkeit belegen, Anreize für die niedergelassenen Ärzten in den EBM einzuführen, damit sie ihren Meldepflichten korrekt nachkommen.

Zu 7.: Diese Tatsache ist nicht beweisbedürftig. Sie ergibt sich aus den vom Kläger vorgelegten Unterlagen und ist vom Senat als richtig unterstellt worden.

Zu 8.: Der Senat ist eben so wie der Bewertungsausschuss von dem ebenfalls vorgetragenen Rückgang von 39 % (15 % geplanter Umsatzrückgang zuzüglich 24 % Erhöhung auf die bei Speziallabors überwiegenden OIII Leistungen) ausgegangen. Der Umsatzrückgang sagt im Übrigen nichts über den Gewinn aus ärztlicher Tätigkeit aus. Auch ein höherer Rückgang der Umsätze wäre für die Fachgruppe angesichts der früheren überhöhten Einkünfte nicht unzumutbar.

Zu 9-12: Der Senat hat keine hiervon abweichenden Feststellungen getroffen. Das Vorbringen ist teilweise rechtlich unerheblich, teilweise werden die vorgetragenen Tatsachen rechtlich anders gewürdigt.

Zu 13: Dass die Gesamtvergütungen wegen des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität praktisch unverändert geblieben sind, ist eine allgemeinkundige Tatsache.

Zu 14-16: Auf dieses Vorbringen kam es nach der Rechtsauffassung des Senats nicht an.

IX.

Aus all diesen Gründen kann daher der Senat der Auffassung des SG, dass hier die Rechtmäßigkeit der im streitigen Quartal geltenden Kostensätze der Leistungen des Speziallabors bzw. des von der Beklagten insgesamt festgesetzten Honorars nicht mit dem Argument der Anfangs- und Erprobungsregelung begründet werden könnte, nicht folgen. Auch wenn hier zugegebenermaßen die Umsatzeinbußen bei den Laborärzten (in dem vom Senat parallel zu entscheidenden Fall einer Gemeinschaftspraxis von Laborärzten - L 5 KA 4427/03 - mit ca. 30%) und konkret beim Kläger sehr deutlich (hier gut 50%) ausgefallen sind, rechtfertigt dies zur Überzeugung des Senats nicht die vom SG vertretene Auffassung, in diesem Falle in Abweichung zur bisherigen obergerichtlichen Rechtsprechung (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 26) im Rahmen der Beobachtungs- und gegebenenfalls Nachbesserungspflicht auch rückwirkend die Betroffenen von den Auswirkungen der Laborreform deutlich zu entlasten. Nachdem sich dieses "höherem Maß an Nachteilen" auf letztlich zwei Quartale (3/99 und 4/99) beschränkt hat und der Normgeber im übrigen, sobald er das wahre Ausmaß der Belastungen auf Grund der Laborreform für die betroffenen Laborärzte auf Grund entsprechender verlässlicher Zahlen (betreffend das Quartal 3/99 im Januar 2000) erkannt hatte, unverzüglich reagiert hat, ist dies zur Überzeugung des Senats nicht zu beanstanden und sind damit im übrigen die hier konkret eingetretenen Belastungen (noch) hinzunehmen.

X.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 und 4 SGG in der bis zum 2. Januar 2002 geltenden Fassung, da das gerichtliche Verfahren vor diesem Tag anhängig geworden ist.

Die Revision war wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Sache gem. § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zuzulassen. Außerdem haben die Bevollmächtigten des Klägers glaubhaft dargelegt, dass noch zahlreiche Streitsachen von Laborärzten betreffend die Quartale 3 und 4/99 anhängig sind.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2006-02-09