

S 12 KA 780/10

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 780/10

Datum

18.04.2012

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 27/12

Datum

18.11.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 4/16 R

Datum

30.11.2016

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Der Bewertungsausschuss konnte die Steuerungsmaßnahmen für die sog. Vorwegleistungen ab dem Quartal III/09 (bis II/10) an die Vertragspartner des Honorarvertrags delegieren.

Die im Honorarverteilungsvertrag der KV Hessen gewählte Steuerungsmaßnahme für die sog. Vorwegleistungen (sog. Anpassungsindex 100 oder Sicherstellungsindex 100 bzw. Sicherstellungsindex 90) ist in Bezug auf die Einbeziehung von Laborärzten nicht zu beanstanden.

Bemerkung

verb. m. [S 12 KA 781/10](#) u. [S 12 KA 158/11](#)

1. Die Klagen werden abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Honorarbescheide für die drei Quartale III/09 bis I/10.

Die Klägerin ist ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in der Rechtsform einer GmbH. Es besteht seit 01.01.2006. Im MVZ sind zunächst sechs, seit dem Quartal III/08 sieben, seit dem Quartal IV/08 acht und seit dem Quartal III/09 wieder sieben Ärzte tätig, alles Fachärzte für Laboratoriumsmedizin mit Ausnahme eines, von Anfang an angestellten und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes (Herr Dr. D.). Von den Fachärzten für Laboratoriumsmedizin war Herr Dr. E. lediglich vom 01.01.2006 bis 04.06.2009 und sind Frau Dr. F. erst seit dem 01.07.2008 und Frau Dr. G. seit dem 01.10.2008 angestellt. Die Übrigen (Herr Dr. A., Herr Dr. H., Frau Dr. I., Frau Dr. J.) sind von Anfang an im MVZ tätig. Mit Ausnahme von Herrn Dr. A. sind bzw. waren alle Ärzte im MVZ angestellt.

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

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

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

Honorarbescheid vom 11.10.2009 23.12.2009 27.03.2010 29.06.2010

Widerspruch eingelegt am 14.12.2009 04.03.2010 14.06.2010 01.10.2010

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

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

Fallzahl PK + EK 158.974 156.791 161.048 168.560

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

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

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

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

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 137.737,78 144.483,84 183.257,21 166.853,31

Zur Begründung ihres Widerspruchs gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/09 trug die Klägerin mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 03.08.2010 vor, sie wende sich gegen eine generalisierende Quotierungsregelung der sog. Vorwegleistungen im Rahmen der Anwendung des sog. Anpassungsindex 100. Dadurch sei nur ein reduzierter Teil ihrer Leistungen vergütet worden. Als "Vorwegleistung" würden solche Leistungen bezeichnet werden, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet würden, jedoch

innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert werden müssten. Durch die Anwendung der aus den sog. Anpassungsindex 100 resultierenden Quotierungen der Vorwegleistungen mit einer Bruttoquote von 92,868 % und einer Nettoquote von 88,225 % sei es zu einem Honorarverlust in Höhe von 249.500,00 EUR gekommen. Sie verwies auf ihr erfolgloses Bemühen um Auskunfts- und Informationsveranstaltungen des Berufsverbandes Deutscher Laborärzte e. V./Landesgruppe Hessen, die sie bisher ohne Antwort an den juristischen Geschäftsführer der Beklagten mit Schreiben vom Juli 2010 gewandt. Es sei von Anfang an klar gewesen, dass das System der Honorarverteilung zu einer eigentlich unerwünschten Leistungsausweitung im Bereich der sog. Vorleistungen führen müsse. Sie habe keine Möglichkeiten gehabt, ihr vertragsärztliches Leistungsvolumen auszuweiten, da sie alleine auf der Basis von Überweisungen tätig werden könne. Das Honorarverteilungssystem begünstige diejenigen Fachärzte, denen einerseits ein Regelleistungsvolumen zugewiesen worden sei und die andererseits die Möglichkeit hätten, bestimmte Vorleistungen abzurechnen, ohne hierbei auf entsprechende Überweisungen angewiesen zu sein. Bei der Begrenzung der sog. Vorleistungen hätte zwischen überweisungsabhängigen und nichtüberweisungsabhängigen Fachgruppen unterschieden werden müssen. Es hätten Mengenbegrenzungen eingeführt werden müssen. Stattdessen würden jetzt "Steuerungsmechanismen" eingeführt, die einseitig zu Lasten kleinerer Arztgruppen, insbesondere der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, gingen, während gleichzeitig weitaus größere Leistungserbringergruppen, insbesondere solche, denen die Mengenausweitung angelastet werden müsse, offenbar aus sachfremden Erwägungen geschont würden. Dies sei willkürlich und verstoße in gravierender Weise gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Rechtswidrigkeit der Honorarverteilung folge auch daraus, dass die Leistungen im Wesentlichen des Abschnitts 32.3 des EBM angesichts der hohen Kosten und nach mehrfacher Herunterstufung in der Vergangenheit nicht mehr kostendeckend erbracht werden könnten. Solche Fachärzte, die als sog. Selbstweiser Leistungen des Speziallabors erbringen könnten, hätten zur Mengenausweitung beigetragen, was ursächlich für eine Absenkung des Honorars der Laborärzte sei. In keinem anderen Bundesland komme es zu derartigen Begrenzungen des Honorars, was zu einer gravierenden Wettbewerbsverzerrung im Bereich der labormedizinischen Leistungserbringung geführt habe. In der Gruppe "quotierbare Leistungen bei Fachärzten" sei ferner eine Vielzahl von Leistungen enthalten, die von ganz unterschiedlichen Ärzten erbracht werden könnten, die zum größten Teil ebenfalls nicht überweisungsgebunden seien. Auch dies habe zu einer Verschärfung der Honorarsituation geführt. Dies gelte insbesondere für den Bereich der "Kostenpauschalen" (Kapitel 40 EBM) sowie der sog. "probatorischen Sitzungen" (Nr. 35150 EBM), bei welchen es zu einer signifikanten Leistungsvermehrung gekommen sein soll, ohne dass dies bei der nachträglich vereinbarten Honorarbegrenzungsmaßnahme Berücksichtigung gefunden habe. Nach der Umstellung der Laborgemeinschaften auf Selbstabrechnung und Kostenerstattung seien in Quartal III/09 im hausärztlichen Bereich 10 Mio. Euro für Labor zurückgestellt worden, obwohl diese Leistungen, die ehemals dem hausärztlichen Topf zugeordnet worden seien, nunmehr aus dem fachärztlichen Topf der sog. freien Leistungen vergütet werden müssten.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 29.09.2010 den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 bestehe seit dem Quartal III/09 die Möglichkeit, die sog. Vorwegleistungen zu begrenzen. Dadurch solle einer Reduzierung der Regelleistungsvolumina vermieden werden. Insbesondere im fachärztlichen Bereich mache die vorgegebene Rückstellung mehr als 50% des Anteils an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aus, der für die Versorgungsebene insgesamt zur Verfügung stehe. Ohne eine gesonderte Regelung zur Begrenzung der Vorwegleistungen gehe eine Zunahme der Vorwegleistungen direkt zu Lasten der Fallwerte innerhalb der Regelleistungsvolumina. Mit Schreiben vom 16.12.2009 habe sie alle Vertragsärzte hierüber und über den sog. Anpassungsindex 100 informiert. Die angeforderten Vorwegleistungen würden mit dem Vorjahresquartal verglichen werden. Die Höhe der Rückstellungen ergebe sich durch die Bewertung der Leistungen im Vorjahresquartal, erhöht um evtl. Anpassungsfaktoren und multipliziert mit dem Orientierungspunktwert. Überschreite die aktuelle Anforderung der Vorwegleistungen den Rückstellungsbetrag (100%), so würden diese quotiert vergütet werden. Dadurch komme es nicht zu einer Reduzierung der Regelleistungsvolumina. Die Laborleistungen des Kapitels 32 EBM unterlägen dem Anpassungsindex 100 und würden ggf. quotiert ausgezahlt werden, sofern die Anforderung für diese Leistungen die Rückstellungsbeträge überstiegen. Ausgenommen seien die Kostenpauschale nach Kapitel 40 EBM sowie alle Leistungen, die innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen vergütet würden, ebenso die Zuschläge für die qualitätsgebundenen Leistungen sowie die Leistungen im organisierten Notfalldienst. Der Bewertungsausschuss habe hierzu die Partner der Gesamtverträge ausdrücklich ermächtigt. Hiervon habe sie Gebrauch gemacht. In Umsetzung dieser Vorgaben habe sie im Rahmen der dritten Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2009 unter anderem den Honorarvertrag um die Ziffer 6 mit Wirkung ab 01.07.2009 ergänzt. Diese Ziffer enthalte die Konvergenzregelung zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste. Es seien keine Anhaltspunkte erkennbar, dass der Grundsatz der angemessenen Vergütung zu Lasten der Gruppe für Fachärzte für Labormedizin verletzt sein könnte. Der Honorarverteilungsvertrag genüge auch dem Gleichbehandlungsgebot, da er sich im Rahmen der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung bei der Ermittlung des Arzthonorars an die im EBM festgelegten Relationen halte. Das Regelleistungsvolumen des Herrn Dr. D. sei rechtmäßig. Lediglich 1.536,04 EUR hätten nicht vollständig vergütet werden können. Dieser Teil sei jedoch noch mit einer Quote von 23,179% vergütet worden. Die Berechnung der Laborgrundpauschale nach Ziffer 12220 EBM sowie der Laborkosten sei korrekt erfolgt. Mit Ausnahme von Herrn D. sei bei den übrigen Ärzten der Klägerin der Wirtschaftlichkeitsbonus nicht zur Auszahlung gekommen. Er sei aber korrekt berechnet worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 04.10.2010 unter Wiederholung und Vertiefung ihres Vorbringens im Widerspruchsverfahren die Klage zum Aktenzeichen [S 12 KA 780/10](#) erhoben. Weiter trägt sie vor, aufgrund des Anpassungsindex 100 habe sie einen Honorarverlust in Höhe von 248.534,45 EUR erlitten. Da die angefochtene "Konvergenzregelung" bis zu den Quartalen II/10 Anwendung finden solle, treffe sie diese in ganz erheblichem Ausmaß. In den beiden Quartalen III und IV/09 sei ihr Honoraranspruch um über 900.000,00 EUR gekürzt worden. Es sei kein Fall der zulässigen "Generalisierung und Pauschalisierung" gegeben. Die Regelung könne auch nicht als "Anfangs- und Erprobungsregelung" gerechtfertigt werden, da der Beklagten zum Zeitpunkt des Abschlusses der Nachtragsvereinbarung bereits alle Umstände bekannt gewesen seien, die ein differenziertes und damit rechtmäßiges Vorgehen ermöglicht hätten. Es gelte auch nicht der "Einwand der mangelnden Praktikabilität und Effizienz", da der Abzug der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereits mit Quartal III/09 möglich gewesen wäre. Die Honorarbegrenzung sei weder von der Ermächtigung durch den Bewertungsausschuss gedeckt noch greife sie die mit den Honoraren verbundene gesetzgeberischen Intentionen auf. Es sei bereits zweifelhaft, ob die Voraussetzungen für die Schaffung einer Konvergenzregelung vorgelegen hätten. Ohne Kenntnis der validen Zahlen, die von der Beklagten vorzulegen seien, sei dies nicht zu beurteilen. Es gehe weniger um den Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses als darum, wie dessen Beschluss in Hessen umgesetzt worden sei. Die 3. Nachtragsvereinbarung stehe im Widerspruch zur gesetzgeberischen Intention wie etwa "Ablösung der bisherigen Budgetierung zugunsten der Schaffung neuer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung", "Transparenz und Planungssicherheit" und "Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten". Die Durchsicht der von der Beklagten auf ihrer Homepage zur Verfügung gestellten Daten

bestätige ihren Verdacht, dass die Voraussetzungen zur Anwendung einer Mengengrenzung für die außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüteten Leistungsbereiche auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 nicht vorgelegen hätten und die tatsächliche Ausgestaltung der Mengengrenzungsregelung im Quartal III/09 offenbar bewusst zum Nachteil aller Fachärzte allgemein und im besonderen der Laborärzte erfolgt sei.

Die Beklagte wies ferner mit Widerspruchsbescheid vom 29.09.2010 den Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/09 und mit Widerspruchsbescheid vom 26.01.2011 den Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/10 mit weitgehend gleichlautender Begründung zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 04.10.2010 zum Aktenzeichen [S 12 KA 781/10](#) und am 23.02.2011 zum Aktenzeichen [S 12 KA 158/11](#) die Klage erhoben. Sie ist auch für die Folge quartale der Auffassung, dass die mit dem "Sicherstellungsindex 90" verbundene generalisierende Quotierungsregelung der Vorwegleistungen zu einer Vergütungsminderung geführt habe. Durch die Quotierung mit einer Bruttoquote von 80,748% und einer Nettoquote von 76,711% sei es im Quartal IV/09 zu einem Honorarverlust in Höhe von 689.475,40 EUR und im Quartal I/10 bei einer Bruttoquote von 82,781% und einer Nettoquote von 78,642% zu einem Honorarverlust von 503.642,64 EUR gekommen.

Die Klägerin beantragt, unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal III/09 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.09.2010, des Honorarbescheids für das Quartal IV/09 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.09.2010 und des Honorarbescheids für das Quartal I/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.01.2011 sie über ihren Honoraranspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, dass ihr Honorarverteilungsvertrag mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses und des SGB V im Einklang stehe. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 10. Sitzung am 27.02.2009 regle unter den Nr. 1 bis 8 die Rahmenbedingungen zur Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkung der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F. Nr. 1 gebe ihr eine Handlungsermächtigung für die dritte Nachtragsvereinbarung. Der Normgeber selbst habe vorgesehen, dass Leistungen der Arztgruppen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterlägen, ebenfalls in die Steuerung einbezogen werden dürften. Sie könne nicht nachvollziehen, inwiefern die Nachtragsvereinbarung über die gesetzgeberischen Ziele der Honorarreform 2009 hinausgehen sollten. Ein Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit bestehe nicht. Die Abstufung erfolge durch den Normgeber. Eine "Steuerung" von Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina erfolge, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte entgegen zu wirken, die bereits einer Budgetierung durch die Systematik der Regelleistungsvolumina unterlägen. Der Grundgedanke, dass alle Arztgruppen an einer Steuerung zu beteiligen seien, sofern eine Budgetierung anderer Arztgruppen sonst unverhältnismäßig wäre, sei vielmehr durch sachliche Erwägungen getragen. Die Klägerin gehe zu Unrecht von der Prämisse aus, eine Quotierung der "Vorwegleistungen" komme nur dann in Frage, wenn eine Mengenausweitung dieser Leistungen selbst unmittelbar nachzuweisen sei und fordere daher entsprechende Daten an. Dies sei aber nicht Voraussetzung einer Quotierung. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur angemessenen Honorierung sei weiterhin anzuwenden. Es fehle auch nicht an den tatbestandlichen Voraussetzungen zur Einführung einer Konvergenzregelung. Die Abrechnungen der ersten beiden Quartale 2009 sowie die Zuweisungen der Regelleistungsvolumina für das dritte und vierte Quartal 2009 hätten insbesondere bei Arztgruppen, die im Wesentlichen ihre Leistungen im Regelleistungsvolumen erbrächten, zu Verwerfungen geführt, die eine Gefährdung der Sicherstellung befürchten ließen. Die RLV-Fallwerte im fachärztlichen Bereich seien kontinuierlich gesunken. Betroffen seien überwiegend die Facharztgruppen der Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie mit einem Fallwertverlust von 79,26 EUR bzw. 78,11 EUR, die Kinder- und Jugendpsychiater mit einem Fallwertverlust von 50,70 EUR sowie die Radiologen mit Vorhaltung MRT mit einem Fallwertverlust von 49,03 EUR gewesen. Viele andere Fachgruppen hätten Fallwertverluste von 10,00 EUR und mehr erlitten. Aufgrund der gleichzeitigen deutlichen Leistungsausweitung im Bereich der Vorwegleistungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung habe die Gefahr einer weiteren Verringerung der Vergütung der RLV-Fachgruppen bestanden. Diese negative Auswirkung sei durch die Einführung des AI 100 sowie auch des SI 90 vermindert worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Die Klagen sind zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klagen sind aber unbegründet. Der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal III/09 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.09.2010, der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal IV/09 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.09.2010 und der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal I/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.01.2011 sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht abzuändern. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Honoraranspruchs für die Quartale III/09 bis I/10 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung i.d.F. des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) mit Geltung ab 01.04.2007, [BGBl. I S. 378](#) (im Folgenden: SGB V) werden abweichend von § 85 die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet.

Nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen (Satz 1). Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden (Satz 3). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist (Satz 4). Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist (Satz 7). Nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) sind die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen (Satz 1).

Nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten (Satz 1). Er bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5 (Satz 2). Nach [§ 87b Abs. 5 SGB V](#) obliegt die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens (Satz 1). § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt (Satz 2).

Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V gefasst (DÄBl. 2008 (Heft 38), A-1988, zitiert nach www.kbv.de/8157.html, im Folgenden: EB7F). Nach Nr. 1.2 EB7F werden die Regelleistungsvolumina nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt (Nr. 1.2.1 EB7F). Regelleistungsvolumen kommen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung (Nr. 2.1 Satz 1 EB7F). Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) ergeben, unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen (Nr. 2.2 EB7F).

Danach unterliegen neben den Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) ergeben, Leistungen gemäß Punkt 1.2 in Beschluss Teil A und die Substitutionsbehandlung nicht dem Regelleistungsvolumen (Nr. 1.3 EB7B). Nr. 1.2 EB7A nennt folgende Leistungen:

1. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß [§§ 63, 64 SGB V](#), Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß [§ 73b SGB V](#), Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß [§ 73c SGB V](#), Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß [§ 137f-g SGB V](#) und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß [§§ 140a bis h SGB V](#)),
2. Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
3. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe),
4. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,
6. Früherkennungsuntersuchung U 7a,
7. Hautkrebsscreening,
8. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
9. Strahlentherapie,
10. Phototherapeutische Keratektomie,
11. Leistungen der künstlichen Befruchtung.

Anlage 2 Nr. 2 EB7F führt für den fachärztlichen Bereich folgende Leistungen auf, die damit ebf. nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (GOP 01210 bis 01222)
- Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
- Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
- ESWL (GOP 26330)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Polysomnographie (GOP 30901)
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34297), soweit nicht durch Fachärzte für Diagnostische Radiologie erbracht
- MRT-Angiographie des Abschnitts 34.7
- Kostenpauschalen des Kapitels 40

Die Kritik an einer unzureichenden vertragsärztlichen Vergütung (vgl. Korzilius/Rieser, DÄBl. 2008 (Heft 38), A-1951((Interview mit Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbands); Flintrop/Stüwe, DÄB. 2008 (Heft 39), A-2013 (Interview mit Prof. Dr. med.

Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer); Rieser, DÄBl. 2008 (Heft 41), A-2136; Korzilius/Rieser, DÄBl. 2009, (Heft 4), A-111; dies., DÄBl. 2009, (Heft 9), A-373; Korzilius, DÄBl. 2009 (Heft 12), A-536) führte seit Oktober 2008 zu zahlreichen Änderungen der Eckpunkte des Erweiterten Bewertungsausschusses.

Zunächst wurden die Vorgaben zur Berechnung des Regelleistungsvolumens (Teil F nebst Anlagen 1 und 2) sowie der Bildung von Rückstellungen (Teil G), die nunmehr versorgungsbereichsspezifisch erfolgt, durch den Bewertungsausschuss geändert (vgl. 164. Sitzung (Teil B) am 17.10.2008, DÄBl. 2008 (Heft 48), A-2607). Hinsichtlich der außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergütenden Leistungen fasste der Bewertungsausschuss Nr. 2.2 EB7F neu. Im Ergebnis ergänzte er den betreffenden Leistungskatalog um die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM und Leistungen im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung). Der Erweiterte Bewertungsausschuss hob – mit Ausnahme der Strahlentherapie, was der Bewertungsausschuss aber wieder aufhob (vgl. 172. Sitzung (Teil A), DÄBl. 2009 (Heft 5), A-122), und laborärztlichen Grundpauschale - Leistungen nach dem EBM 2008 (Notdienst, Früherkennung und Mutterschaftsvorsorge, Mammographie-Screening, Kindervorsorge U7a, Vakuumstanzbiopsie, Substitutionsbehandlung, Schmerztherapie, Akupunktur, Polysomnographie, MRT-Angiographie, ambulanten Operierens sowie PTK, Koloskopie und ERCP, antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie, belegärztliche Leistungen sowie systemische fibrinolytische Therapie, Radiojodtherapie und belegärztlich erbrachte Geburtshilfe und durch den Bewertungsausschuss - Reproduktionsmedizin (vgl. 172. Sitzung (Teil A), DÄBl. 2009 (Heft 5), A-122) an, senkte aufgrund neuer Veränderungsdaten des Anstiegs der Grundlohnsumme den Orientierungspunktwert auf 3,5001 Cent, veränderte die zuvor nur zwischen alten und neuen Bundesländern differenzierende Länderquote länderspezifisch mit Anhebung der Quoten für die KV-Bezirke Schleswig-Holstein, Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg zu Lasten der übrigen Bezirke (vgl. 8. Sitzung am 23.10.2008, DÄBl. 2008 (Heft 48), A-2602). Die Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendung (Nr. 12220 EBM) passte er mit Wirkung zum 01.04.2009 im Sinne der Fortschreibung des bisherigen Vergütungsniveaus mit einem Anpassungsfaktor von 0,6407 an (Nr. 1.16 EB8).

Ferner beschloss der Erweiterte Bewertungsausschuss mit Geltung ab 01.01.2009 eine "Konvergenzphase für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen". Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung sind die im Teil F seines Beschlusses vom 27./28.8.2008 beschlossenen Regelungen, insbesondere zu den Praxisbesonderheiten (Ziffer 3.6), deren Umsetzung zunächst den Partnern der Gesamtverträge überlassen worden war, zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (Ziffer 3.7) – bei einem Honorarverlust von mehr als 15 % war dies in das Ermessen der KV gestellt worden - und zur Modifikation von relevanten Arztgruppen (Anlage 1) anzuwenden. Sollte es weiterhin zu überproportionalen Honorarverlusten und zu Problemen der Sicherstellung kommen, können die Partner der Gesamtverträge - ab dem 01.04.2009 bis zum 31.12.2010 – das vom Erweiterten Bewertungsausschuss neu geschaffene Verfahren zur schrittweisen Anpassung des Regelleistungsvolumens (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern die Honorarverluste - die Grenze kann auch unterhalb von 15 % festgesetzt werden - nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet sind. Die Gesamtvertragspartner können im Einzelfall eine Praxisbesonderheit auch unterhalb des Grenzwertes von 30 % feststellen (vgl. 9. Sitzung am 15.01.2009, DÄBl. 2009 (Heft 7), A-308). Diese Regelungen fasste er kurz darauf neu durch eine weitere Autonomie der Gesamtvertragspartner, die er lediglich an Vorgaben zur Vergütung der Psychotherapeutenvergütung und die Trennung zur haus- und fachärztlichen Versorgung (Teil F, Anl. 2, Nr. 1) band. Den Vorrang der eigenen Regelungen in Nr. 1 Satz 1 u. 2 a.F. hob er zugunsten der Vertragsautonomie auf. So ermächtigte der Erweiterte Bewertungsausschuss die Partner der Gesamtverträge einvernehmlich zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen - ab dem 1. April 2009 und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2010 - ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) zu beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind (vgl. 10. Sitzung am 27.02.2009 (Teil A, Nr. 1), DÄBl. 2009 (Heft 12), A-574).

Der Bewertungsausschuss kündigte für die Zeit ab Juli 2009 die Überprüfung und ggf. Änderung fast aller relevanten Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses zu den Regelleistungsvolumina an, ohne dass dies Auswirkungen auf die Höhe der für 2009 vereinbarten morbiditätsbezogenen Gesamtvergütungen haben sollte. Sofern in einer Region die Regelleistungsvolumina im 2. Quartal unter Vorbehalt zugewiesen wurden, können die angekündigten Maßnahmen in dem betroffenen KV-Bezirk auf Beschluss der Partner der Gesamtverträge bereits mit Wirkung zum 01.04.2009 in Kraft gesetzt werden. Betroffen sind insbesondere das Verfahren der Fallzählung (Teil F 1.2.2, 3.2.1 sowie Anlage 2, Nrn. 4, 5 und 6), die Notwendigkeit einer Steuerung der Leistungen im Vorwegabzug (Teil F Anlage 2, Nr. 2), von Arztgruppen, die bisher keiner Mengensteuerung unterliegen, oder mit geringer regionaler Arztzahl, der nicht genehmigungspflichtigen und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie, Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen sowie die darin enthaltenen Leistungen gemäß Beschluss Teil F Anlage 1, Nrn. 5 und 6 sowie die Zuordnung der Gebührenordnungspositionen für Bronchoskopien, Gastroskopien, Narkosen des Abschnitts 5.3 (ggf. Angleichung der Bewertungen an die des Abschnitts 31.5), nephrologische Leistungen sowie Gesprächsleistungen der Psychiater, Nervenärzte und Kinder- und Jugendpsychiater zu den Regelleistungsvolumen gemäß Beschluss Teil F 2, ferner ggf. Anpassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 164. Sitzung zur Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % bei der Berechnung der Regelleistungsvolumen für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes (vgl. 175. Sitzung, DÄBl. 2009 (Heft 12), A-576). In Umsetzung seines Ankündigungsbeschlusses aus der 175. Sitzung änderte der Bewertungsausschuss zum 01.07.2009 (Rückwirkungsreserve für die Gesamtvertragsparteien zum 01.04.2009) mit Beschluss in seiner 180. Sitzung am 20.04.2009 die Vorgaben zum Regelleistungsvolumen nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August und 23. Oktober 2008. In der Präambel verpflichtete er sich selbst, nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals 2009 diese zu prüfen und ggf. ergänzende Beschlüsse zu fassen. U. a. nahm er mehrere Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen der entsprechenden Arztgruppen heraus. Dadurch sollen die betreffenden Leistungen besser bezahlt werden können (vgl. 180. Sitzung, DÄBl. 2009 (Heft 19), A-942; Rieser, DÄBl. 2009 (Heft 18), A-862). Anlage 2 Nr. 2 EB7F fasste er neu (Nr. 9.2.b B180A). Daraus ergab sich für den fachärztlichen Versorgungsbereich, dass ergänzend folgende Leistungen nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen:

- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7,
- Leistungen des Abschnitts 5.3,
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225),
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 13253 und 27323),

- Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6,
- Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670),
- Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222).
Nicht mehr aufgeführt wurden die Leistungen der diagnostischen Radiologie (GOP 34210 bis 34297), soweit nicht durch Fachärzte für Diagnostische Radiologie erbracht.

Für den Zeitraum 01.07. bis 31.12.2009 ergänzte er in Teil B seines Beschlusses Nr. 1 EB10A durch Anfügung eines weiteren Absatzes: Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss fasste im September 2009 auf der Grundlage der bisherigen Beschlüsse die Eckpunkte für das Jahr 2010 (Teil A bis E, G und H) (vgl. 15. Sitzung am 03.09.2009, DÄBl. 2009 (Heft 39), A-1907). Die Regelungen zum Regelleistungsvolumen fasste der Bewertungsausschuss. Der Bewertungsausschuss dehnte mit Beschluss in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009 die Konvergenzphase bis 31.12.2010 aus; zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherstellung können die Gesamtvertragsparteien ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind; nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegende Leistungen können weiterhin einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z.B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken (Abschnitt II.1) (vgl. 199. Sitzung, DÄBl. 2009 (Heft 42), A-2103; 215. Sitzung, DÄBl. 2010 (Heft 9), A-408; DÄBl. 2010 (Heft 9), A 408; s.a. Rieser, DÄBl. 2010 (Heft 6), A-220; Korzilius/Rieser, DÄBl. 2010 (Heft 9), A-374). In Abschn. II.1 Abs. 2 bestimmte er:

Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können – soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I. dieses Beschlusses erfolgt – einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Zum 01.07.2010 fasste der Bewertungsausschuss Teil F Regelleistungsvolumen (RLV) des EB7 neu. Es wurden aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zunächst die Regelleistungsvolumina und nicht wie bisher erst die freien Leistungen (z.B. Akupunktur, Schmerztherapie) finanziert, weil letztere in der Menge z. T. Zuwächse von bis zu 60 % oder mehr hatten. Zur Steuerung der neuen Finanzierung wurden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt, deren - komplizierte - Modalitäten auf KV-Ebene zu regeln sind. Die Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften blieben unverändert mit Geltung bis Ende 2010 (vgl. 218. Sitzung, DÄBl. 2010 (Heft 16), Beilage. Korzilius, DÄBl. 2010 (Heft 16), A-735; (Heft 26), A-1283).

Auf der Grundlage dieser Regelungen im SGB V und des Bewertungsausschusses haben die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen einen Honorarvertrag vom 13.12.2008 für die Zeit ab 01.01.2009 geschlossen (im Folgenden: HVV 2009). In Abschnitt II HVV 2009 werden auf der Grundlage des EB7F, B164B und EB8II (Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Teil A, DÄBl. 2008 (Heft 4), A 2602) weitgehend wortgleich die Regelungen des EB7F mit den Änderungen durch den B164B übernommen. Mit der 3. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2009 vom 30.09.2009 haben die Vertragspartner festgestellt, dass auf der Grundlage der bislang vorliegenden Erkenntnisse der Abrechnungen der ersten beiden Quartale 2009 sowie der Zuweisungen der Regelleistungsvolumenbescheide für das 3. und 4. Quartal 2009 die für die Vergütung der in den RLV enthaltenen Leistungsbereiche insb. bei den Arztgruppen, die im Wesentlichen ihre Leistungen im RLV erbringen, zu Verwerfungen führen, die eine Gefährdung der Sicherstellung befürchten ließen. Es werde deshalb die Möglichkeit einer abweichenden Steuerung im Rahmen einer Konvergenzphase genutzt. Für das Quartal III/09 steht nach der eingefügten Ziff. II.6.1 für die in der Anlage aufgeführten Leistungen im jeweiligen Versorgungsbereich deren im Quartal III/08 anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035001 EUR sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 multiplizierte Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche. Für das Quartal IV/09 steht nach der eingefügten Ziff. II.6.2 aufgrund des weiteren Rückgangs der RLV-Fallwerte im Vergleich zu dem Quartal III/09 für diese Leistungen deren im Quartal IV/08 entsprechend anerkannter Leistungsbedarf nur noch zu 90 % zur Verfügung. Das frei werdende Honorarvolumen ist gezielt zur Stützung der RLV-Leistungen zu verwenden. Im Ergebnis wird der Betrag der Vergütung für die das RLV überschreitenden Leistungen mit Ausnahme der von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern erbrachten Leistungen zugeführt. Im Honorarvertrag für 2010 ist diese Regelung in Abschnitt II Ziff. 6 für das Quartal I/10 - unter Anpassung des Punktwerts (0.035048 EUR) zur Ermittlung des Leistungsbedarfs und mit dem Aufsatzquartal I/08 - fortgeführt worden. Mit Ziff. 5 der 1. Nachtragsvereinbarung zum HVV 2010 wurde diese Regelung entsprechend fortgeführt; nach Ziff. 6 wurden allerdings die Stützungsmodalitäten detaillierter gefasst. Erst mit der 2. Nachtragsvereinbarung zum HVV 2010 erfolgte zum Quartal III/10 eine veränderte Regelung.

In Anwendung der Bestimmungen ihrer HVV hat die Beklagte das Honorar der Klägerin zutreffend festgesetzt. Dies wird letztlich von der Klägerin nicht bestritten. Soweit sie die Rechtsgrundlagen hierfür, insbesondere die Quotierung der laborärztlichen Leistungen beanstandet, war ihr nicht zu folgen.

Ziff. II.6 HVV 2009 und Ziff. II.6 HVV 2010 sind rechtmäßig. Sie beruhen auf den genannten Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 180. Sitzung am 20.04.2009 und in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009. Danach können sog. Vorwegleistungen, also Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, wozu auch die Leistungen gehören, die von Arztgruppen, zu denen auch die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin gehören, erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Wie

die Steuerung zu erfolgen hat, hat der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragsparteien überlassen.

Wenn auch grundsätzlich der Bewertungsausschuss selbst nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina zu regeln hat, so ist es noch zulässig, Detailregelungen an die Gesamtvertragsparteien zu delegieren (s. bereits SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 - [S 11 KA 189/10](#) - juris Rdnr. 119 f.; SG Marburg, Urt. v. 16.11.2011 - [S 12 KA 919/10](#) - juris Rdnr. 46). Im Hinblick auf möglicherweise unterschiedliche Auswirkungen der Vergütungen für die sog. Vorwegleistungen können regionale Besonderheiten berücksichtigt werden.

Steuerungsmaßnahmen für die sog. Vorwegleistungen werden gesetzlich nicht ausgeschlossen. Lediglich für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens ist eine Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung vorgeschrieben ([§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Nach [§ 87b Abs. 1 Satz 7 SGB V](#) können auch Leistungen vom Regelleistungsvolumen ausgenommen werden. Soweit aber Leistungen vom

Regelleistungsvolumen ausgenommen werden können, bedeutet dies nicht, dass das Gesetz Steuerungsmaßnahmen neben der Geltung von Regelleistungsvolumina ausgeschlossen hätte.

Bei der Ausgestaltung des Honorarverteilungsvertrags haben die Vertragspartner einen Gestaltungsspielraum. Diese Gestaltungsfreiheit geht typischerweise mit Rechtssetzungsakten einher und wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unvertretbar oder unverhältnismäßig ist (vgl. BSG, Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 50 = [MedR 2010, 809](#) = USK 2010-53, juris Rdnr. 22 m.w.N.).

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

Solche sog. Honorartöpfe sind bisher von der Rechtsprechung als zulässig angesehen worden (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.1996 - [6 RKa 68/94](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 11 = [BSGE 77, 288](#) = USK 9686 = [NZS 1996, 636](#) = [MedR 1997, 40](#) = [NJW 1997, 822](#), juris Rdnr. 18 ff.; BSG, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 51/97 R](#) - USK 99101, juris Rdnr. 14 m.w.N.). Dies gilt auch für die geänderte Rechtslage ab dem Jahr 2009, soweit nicht eine Vergütung innerhalb der Regelleistungsvolumina erfolgt. Durch die in den vorangegangenen Quartalen I und II/09 bestehende Vergütungssystematik, die im Grundsatz in den hier streitbefangenen Quartalen fortbestand, bestand bei einer Leistungsdynamik der sog. Vorwegleistungen die Gefahr einer sich verringernenden Vergütung für die Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina, die ihrerseits zudem durch die Regelleistungsvolumina bereits einer strengen Mengensteuerung unterlagen. Soweit Arztgruppen nicht die Möglichkeit offen stand, evtl. vermehrt sog. Vorwegleistungen zu erbringen, bestand bei sinkenden Regelleistungsvolumina auch keine Ausgleichsmöglichkeit. Die Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass eine Quotierung der sog. Vorwegleistungen nicht nur dann in Frage kommt, wenn eine Mengenausweitung dieser Leistungen selbst unmittelbar nachzuweisen ist. Honorartöpfe dienen insofern nicht nur einer Mengensteuerung, sondern auch der Stabilisierung des Werts der Leistungen bzw. begrenzen das Risiko der Mengendynamik auf einen Teil der Ärzteschaft. Die Beklagte hat insofern auf die Auswirkungen dieser Mengendynamik hingewiesen, die einen sachlichen Grund für die strittige Regelung im Honorarverteilungsvertrag abgeben.

Die strittige Regelung im Honorarverteilungsvertrag ist jedenfalls unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung zu rechtfertigen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann es im Fall komplexer Sachverhalte vertretbar sein, dem Normgeber zunächst eine angemessene Zeit zur Sammlung von Erfahrungen einzuräumen und ihm in diesem Anfangsstadium zu gestatten, sich mit größeren Typisierungen und Generalisierungen zu begnügen, die unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität gerechtfertigt werden können (vgl. BSG, Urt. v. 13.11.1996 - [6 RKa 15/96](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 16 = [MedR 1997, 467](#), juris Rdnr. 23 m.w.N.). Es bestehen erweiterte Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräume, die bewirken, dass für einen Übergangszeitraum auch an sich rechtlich problematische Regelungen hingenommen werden müssen; größere Typisierungen und geringere Differenzierungen sind in derartigen Fällen vorübergehend unbedenklich, weil sich häufig bei Erlass der Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen (vgl. BSG, Urt. v. 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) - SozR 3-2500 § 87 Nr. 29 = [BSGE 88, 126](#) = USK 2001-156, juris Rdnr. 39 m.w.N.). Wie bereits ausgeführt, steht die strittige Regelung mit keiner gesetzlichen Regelung in Widerspruch und wird sie hinreichend gedeckt von der Ermächtigung des Bewertungsausschusses. Bereits der Bewertungsausschuss selbst hat die Regelung begrenzt und sie zum Quartal III/10 wesentlich geändert. Auch im Honorarverteilungsvertrag wird die Regelung zunächst nur quartalsweise eingeführt. Letztlich galt sie nur vier Quartale.

Soweit die Klägerin eine Ungleichbehandlung geltend macht, war ihr nicht zu folgen. Wie bereits ausgeführt, kommt es nicht darauf an, ob die Klägerin als weitgehend überweisungsabhängige Leistungserbringerin selbst zur Leistungsvermehrung beigetragen hat.

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

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

Soweit die Klägerin auf ihre Honorarverluste hinweist, macht sie letztlich geltend, ihre Leistungen würden unzureichend vergütet werden. Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung 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 (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - aaO., juris Rdnr. 130 m. w. N.). Anzeichen hierfür sind nicht ersichtlich. Auch für das klägerische Fachgebiet ist im Bezirk der Beklagten die vertragsärztliche Versorgung gewährleistet. Insofern besteht auch kein Anspruch auf eine bestimmte oder eine Mindestvergütung für die einzelne ärztliche Leistung, da nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nur ein Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung, nicht aber auf eine bestimmte Vergütung der Einzelleistungen besteht.

Im Ergebnis waren die Klagen daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-11-22