

L 5 KA 747/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 1247/15
Datum

18.10.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 747/17
Datum

14.11.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Vergütung pathologischer und zytologischer Leistungen nach Kapitel 19 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in den Quartalen 01/2013 - 03/2013 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Soweit hierbei ein Honorartopf gebildet worden ist, liegt hierin kein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Eine Reaktions- und Korrekturverpflichtung der KV besteht zwar insoweit, als ein gravierender Punktwertverfall von 15 % eintritt (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 31/03 R](#) -), bei dem anzustellenden Vergleich ist jedoch die Trennung des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs zu wahren, weswegen die Vergütungsquote im hausärztlichen Versorgungsbereich nicht heranzuziehen ist. Auch Leistungsbereiche, die vor der Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgezogen werden, vorliegend die Bereiche Labor und organisierter Notfalldienst, sind nicht in die vergleichende Betrachtung einzubeziehen. Aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich sind schließlich die Pathologen herauszurechnen, sodass der Vergleich anhand der Vergütungsquote der Pathologen mit der der (sonstigen) Fachärzte zu erfolgen hat. Der Umstand, dass im Honorarverteilungsmaßstab keine Mindestquote verankert ist, ist rechtlich gleichfalls nicht zu beanstanden; das Gebot der Kalkulationssicherheit stellt insofern nur ein relatives Ziel dar (BSG, Urteil vom 08.08.2018 - [B 6 KA 26/17 R](#) -).

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18.10.2016 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Der Streitwert des Verfahrens wird endgültig auf 15.000,- EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Vergütung für pathologische Leistungen, die der Kläger in den Quartalen 1/2013 - 3/2013 erbracht hat.

Der Kläger nimmt als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Vertragsarztsitz in F. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er betreibt ein dermato-histologisches Labor und ist abrechnungstechnisch den Pathologen zugeordnet.

Mit Bescheiden vom 15.07.2013, vom 15.10.2013 und vom 15.01.2014 setzte die beklagte K. V. das vertragsärztliche Honorar des Klägers für die Quartale 1/2013, 2/2013 und 3 /2013 fest, wobei sie erbrachte Leistungen nach Kapitel 19 ("Pathologische Gebührenordnungspositionen") des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) teilweise quotiert vergütete.

Hiergegen erhob der Kläger am 02.08.2013, am 25.10.2013 sowie am 28.01.2014 jeweils Widerspruch. Zu deren Begründung brachte der Kläger im Wesentlichen vor, die Vergütung pathologischer Leistungen sei im Hinblick auf die Quotierung rechtswidrig. So seien ihm im Quartal 2/2013 lediglich 77,30 % und im Quartal 3/2013 74,48 % der erbrachten pathologischen Leistungen vergütet worden. Er werde jedoch nur auf Überweisung tätig, so dass ihm eine Mengensteuerung nicht möglich sei, weswegen eine Mindestquote, wie sie vielfach im Umfang von 80 % vorgesehen sei, geboten sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.02.2015 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass die pathologischen und zytologischen Leistungen ab dem Quartal 1/2013 nicht mehr nach dem leistungsspezifischen Honorarvolumen vergütet worden seien. Vielmehr sei die Vergütung für pathologische und zytologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM in den Quartalen 1/2013 - 3/2013 auf Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2012 aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für den fachärztlichen Versorgungsbereich vorweg abgezogen worden. Dieses Vergütungsvolumen sei durch die abgerechneten und anerkannten

Honorarforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt worden, woraus sich eine Quotierung der Leistungen ergebe. Die Quote habe sich im Quartal 1/2013 auf 76,56%, im Quartal 2/2013 auf 77,30% und im Quartal 3/2013 auf 74,12 % belaufen. Indes zeige die Honorarentwicklung des Klägers, dass die Fallzahl und das Honorar in den Quartalen 1/2013 und 2/2013 jeweils gegenüber dem Vorjahresquartal in gleichem Maße angestiegen seien. Lediglich im Quartal 3/2013 sei ein geringerer Honoraranstieg zu verzeichnen. Ein subjektives Recht des Klägers auf höheres Honorar komme, so die Beklagte, erst dann in Betracht, wenn das vertragsärztliche Versorgungssystem zumindest in Teilbereichen gefährdet sei. Dies sei indes nicht der Fall. Auch der Umstand, dass der Kläger die erbrachten pathologischen Leistungen auf Überweisungen anderer Ärzte hin erbringe, rechtfertige keine andere Beurteilung. Schließlich zeige ein Vergleich der Fallwerte jeweils für das erste Quartal der Jahre seit 2008, dass diese keine wesentlichen Einbrüche erfahren hätten.

Hiergegen erhob der Kläger am 24.02.2015 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Zu deren Begründung brachte er vor, die von ihm in den streitbefangenen Quartalen erbrachten pathologischen Leistungen seien im Quartal 1/2013 nur zu 76,56 %, im Quartal 2/2013 nur zu 77,30% und im Quartal 3/2013 nur zu 74,12% quotiert vergütet worden. Dies sei rechtswidrig. Die Beklagte berücksichtige nicht, dass sich die Tätigkeit der Pathologen durch die gestiegene Anzahl an Untersuchungen pro Fall verändert habe. Auch die zunehmende Anzahl ambulanter Operationen mit einer vermehrten Anzahl von Untersuchungsaufträgen bedinge ein verändertes Tätigkeitsbild. Dem sei hinreichend Rechnung zu tragen, insb., da er nur auf Überweisung tätig werde, und hiernach keine Möglichkeiten der Mengensteuerung habe. Die dem Wertverfall zu Grunde liegende Ausweitung der Leistungsmenge dermato-histologischer Leistungen sei dem Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuschreiben und nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten oder von dieser steuerbar. Die Honorarverteilung der Beklagten müsse hierfür einen Ausgleich mit dem Honorar der diese Leistungen veranlassenden Arztgruppen schaffen. Dies habe die Beklagte unterlassen. Sie habe stattdessen bei der Bewertung pathologischer Leistungen ein statisches Budget geschaffen, indem sie den nach der Regelung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) vorzunehmenden Vorwegabzug anhand wechselnder Abrechnungszeiträume berechnet habe. So sei das erste Halbjahr 2012 auf Basis des zweiten Halbjahres 2008, das zweite Halbjahr 2012 auf Basis des ersten Halbjahres 2011, das Jahr 2013 auf Basis des ersten Halbjahres 2012, welches wiederum auf dem Jahr 2008 fuße, berechnet worden. Seit dem Jahr 2014 werde das jeweilige Vorjahresquartal herangezogen. Infolge dieses Rückgriff bestehe für die Pathologen keine Kalkulationssicherheit, was gegen [§ 87b Abs. 2 Satz 1](#) 2. Halbsatz Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) verstoße. Im Gegensatz hierzu würde Ärzten, für deren Fachgruppe ein Regelleistungsvolumen (RLV) gebildet worden sei, Leistungen, die sie innerhalb dieses Budgets erbracht hätten, voll vergütet. Nur darüber hinausgehende Leistungen würden abgestaffelt vergütet, weswegen insoweit eine gewisse Kalkulationssicherheit bestehe. Im Gegensatz zu den Pathologen erhielten die RLV-Ärzte neben den budgetierten Leistungen überdies auch freie Leistungen. Dort seien für einzelne, besonders gekennzeichnete Leistungen Mindestquoten festgelegt. Diese würden gegebenenfalls aus versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen bezahlt, weswegen die damit verbundene Stützung alle Ärzte des betreffenden Versorgungsbereichs betreffe. Für die im Vorwegabzug budgetierten Leistungen der Pathologen gebe es eine entsprechende Regelung nicht. Da das Pathologenbudget im Wesentlichen an die Verhältnisse im Jahr 2008 anknüpfe, lasse es die wesentlichen Entwicklungen in diesem Bereich außer Betracht. Soweit die Beklagte unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu Laborärzten, darauf hinweise, dass diese die Leistungsmenge steuern könnten, gelte dies für Pathologen nicht, da das dortige Einsendegut, anders als bei Laborärzten, den Charakter eines Unikats aufwies. Auch resultierten pathologisch Untersuchungsergebnisse aus persönlich erbrachter ärztlicher Tätigkeit und nicht, wie bei Laborärzten, aus einer automatisierten Analyse von Körperflüssigkeiten. Hieraus folge, dass Pathologen in der Regel höhere Personalkosten aufzuweisen hätten.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die Bildung des Honorartopfes für pathologische und zytologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM sei, so die Beklagte, rechtmäßig. Die Bildung von Honorartöpfen liege im Gestaltungsermessen des Normgebers, wobei durch das BSG Honorarkontingente gebilligt worden seien. Diese könnten sich auch an den Verhältnissen in früheren Quartalen orientieren. Dies gelte auch, soweit hiervon Leistungen erfasst seien, die überwiegend überweisungsgebunden seien. Weder die Nichteinbeziehung von Pathologen in das System der RLV sei zu beanstanden, noch sei eine Mindestquote erforderlich gewesen. Zwar bestünden bei der Bildung von Honorartöpfen gesteigerte Beobachtungspflichten, eine Erhöhung der Honorarkontingente sei indes erst dann erforderlich, wenn sich eine dauerhafte Steigerung der Leistungsmenge und zugleich ein dauerhafter Punktwertabfall bis deutlich unter andere vergleichbare Durchschnittspunktwerte ergebe, ohne dass dies vom Betroffenen selbst zu verantworten wäre. Hiervon sei im Falle der Pathologen jedoch nicht auszugehen. Hierzu legte die Beklagte vergleichende tabellarische Übersichten betreffend die Vergütungsquote im fachärztlichen Bereich mit der Vergütungsquote im Bereich Pathologie vor, hinsichtlich deren Inhalt auf Bl. 41 der erstinstanzlichen Gerichtsakte verwiesen wird.

Mit Urteil vom 18.10.2016 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung seiner Entscheidung führte es aus, die angegriffenen Honorarbescheide der Beklagten seien rechtmäßig, die Beklagte sei insb. berechtigt gewesen, die angeforderten Leistungen nach Kapitel 19 des EBM nur quotiert zu vergüten. Die entsprechenden Regelungen des HVM, § 5 Abs. 3 B Buchst. c und der dort normierte Vorwegabzug, genügten den gesetzlichen Vorgaben des [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. Nach dieser Regelung seien Begrenzungsregelungen grundsätzlich zulässig. Deren Ausformung liege im Gestaltungsermessen des normgebenden Körpers, wobei die Bildung von Honorartöpfen an früheren Quartale anknüpfen könne. Die klägerseits geltend gemachte Stärkung der pathologischen Leistungen aus dem Gesamtvolumen heraus könne jedoch unter Berücksichtigung der bestehenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht nur dann beansprucht werden, wenn ein dauerhafter gravierender Punktwertverfall vorliege. Dies sei in den Quartalen 1/2013 – 3/2013 jedoch noch nicht anzunehmen. Ein gravierender Punktwertverfall sei, so das SG, erst dann anzunehmen, wenn der Punktwert für die zu vergütenden Leistungen um mehr als 15% unter dem sonstigen Punktwert liege. Dies müsse überdies dauerhaft der Fall sein, so dass frühestens nach Vorliegen von Daten aus mindestens zwei Quartalen von einem gravierenden Punktwertverfall ausgegangen werden könne. In diesem Sinne sei der streitgegenständliche Zeitraum zu kurz, um einen gravierenden und dauerhaften Punktwertverfall annehmen zu können. Die Honorarverteilung sei ab dem 01.01.2012 auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt worden. Die bisherige Honorarverteilung der Beklagten galt, entsprechend der gesetzlichen Regelung, im ersten Halbjahr 2012 fort. Erst zum 3. Quartal 2012 sei der HVM auf Grundlage der geänderten Gesetzeslage in Kraft getreten. Dies stelle eine Zäsur dar, die es der Beklagten gestattet habe, zunächst die Auswirkungen der geschaffenen Regelungen unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung zu beobachten. Eine Verpflichtung, einem Punktwertverfall zu begegnen habe daher frühestens nach Vorliegen von Daten für das Quartal 2/2013 bestanden. Da der Honorarbescheid für das Quartal 4/2012 auf den 15.04.2013 datiere, der HVM jedoch auf einer Beschlussfassung vom 24.04.2013 beruhe und der Beklagten überdies keine unverzügliche Reaktion zuzumuten gewesen sei, sei die Beklagte nicht verpflichtet gewesen, bereits zum Quartal 3/2013, dem letzten der vorliegend streitgegenständlichen Quartale, zu reagieren. In Ansehung dessen, dass die Beklagte die ihr obliegenden Beobachtungs- und Reaktionspflichten nicht verletzt habe, sei es unbeachtlich, ob tatsächlich ein Punktwertverfall vorliege. Die Vergütungsquoten des Klägers in den streitgegenständlichen Quartalen 1/2013 - 3/2013 (76,56 %, 77,3 % und 74,12 %) ließen überdies

hinsichtlich ihrer Schwankungsbreite eine hinreichende Kalkulationssicherheit erkennen.

Gegen das ihm am 07.02.2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 27.02.2017 Berufung eingelegt. Zu deren Begründung bringt er vor, das SG sei irrtümlich davon ausgegangen, dass die Beklagte den Honorarbescheid für das Quartal 4/2012 noch abwarten durfte und am 24.04.2013 noch nicht verpflichtet gewesen wäre, auf einen Punktwertverfall einzugehen. Anders als es das SG ausgeführt habe, stelle der Wechsel der Zuständigkeiten für den Erlass der Honorarverteilungsregelungen, weg von der Regelung einer vertraglichen Regelung hin zu einer Satzung, keine maßgebliche Zäsur dar und sei für die Beurteilung unbeachtlich. Es komme vielmehr einzig auf den Inhalt der jeweils geltenden Bestimmungen an. Diese hätten jedenfalls seit dem Quartal 3/2010 die Vergütung für pathologische Leistungen einheitlich im Wege eines Vorwegabzuges geregelt. Bis zur Mindestquotenregelung ab dem Quartal 1/2011 hätten sich die Auszahlungsquoten auf 93,86% (Quartal 3/2010) bzw. 82,94% (Quartal 4/2010) belaufen. Insofern sei der Beklagten die Honorarentwicklung bekannt gewesen. Hieraus folge, dass der Punktwertverfall, anders als das SG angenommen habe, beachtlich sei. In die hiernach anzustellende vergleichende Betrachtung seien alle Bereiche, d.h. auch der hausärztliche Versorgungsbereich sowie die Bereiche Labor und Notfalldienst, einzubeziehen. Insb. die Hausärzte trügen durch ihre Überweisungen maßgeblich zum Punktverfall bei den Pathologen bei. Unter Berücksichtigung dieser Gruppen liege ein Punktwertverfall von mehr als 15 % vor. Es sei überdies nicht nachvollziehbar, warum die Beklagte bis einschließlich dem Quartal 2/2012 für pathologische Leistungen eine Mindestquote berücksichtigt habe, diese jedoch im weiteren Fortgang nur für zahlreiche freie Leistungen aufrechterhalten habe, bei Leistungen der Pathologen des Kapitals 19 EBM indes nicht. Hierin sei eine Ungleichbehandlung zu erblicken.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18.10.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Honorarbescheide vom 15.07.2013, vom 15.10.2013 und vom 15.01.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.02.2015 zu verurteilen, über das Honorar des Klägers für die Quartale 1/2013, 2/2013 und 3/2013 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden,

hilfsweise,

die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrages verweist die Beklagte auf ihren erstinstanzlichen Vortrag und betont, dass die Bildung des Honorartopfes für pathologische und zytologische Leistungen in § 5 B Buchst. c des HVM rechtmäßig sei. Die rechnerische Vergütungsquote für Pathologen mit 76,56% (Quartal 1/2013), 77,30% (Quartal 2/2013) und 74,12% (Quartal 3/2013) habe lediglich einmal unterhalb der 15%-Quote gelegen. Anders als der Kläger vorbringe, sei hierbei nur auf den fachärztlichen Versorgungsbereich abzustellen. Hausärzte seien bei der Ermittlung des sonstigen Durchschnittsniveaus nicht zu berücksichtigen, da die Vergütungsbereiche der Haus- und Fachärzte strikt getrennt seien. Die fachärztliche Vergütungsquote, in die alle Fachgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs einschließlich der Pathologen eingeflossen seien, habe sich auf 88,12%, 88,55% bzw. 87,06% belaufen. Hieraus errechne sich eine Abweichung vom sonstigen Durchschnittsniveau i.S.d. Rechtsprechung des BSG von jeweils unter 15%. Dies gelte selbst dann, wenn, entsprechend dem klägerischen Vortrag, die Vergleichsquote anhand anderer Vergleichsgruppen gebildet werden würde. Hierzu hat die Beklagte tabellarisch wie folgt ausgeführt:

Fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Fachärzte für Pathologie, Leistungsbereiche: MGV ohne Labor und org. Notfalldienst:

Quartal	1/2013	2/2013	3/2013	FA-Quote	88,41 %	88,83 %	87,17 %	Pathologie	76,56 %	77,30 %	74,12 %	Abweichung	11,85 %	11,53 %	13,05 %
---------	--------	--------	--------	----------	---------	---------	---------	------------	---------	---------	---------	------------	---------	---------	---------

Fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Fachärzte für Pathologie, Leistungsbereiche: MGV inkl. Labor und org. Notfalldienst: Quartal 1/2013 2/2013 3/2013 FA-Quote 89,22 % 89,56 % 88,57 % Pathologie 76,56 % 77,30 % 74,12 % Abweichung 12,66 % 12,26 % 13,05 %

Haus-/Fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Fachärzte für Pathologie, Leistungsbereiche: MGV inkl. Labor und org. Notfalldienst: Quartal 1/2013 2/2013 3/2013 FA-Quote 91,15 % 93,54 % 92,91 % Pathologie 76,56 % 77,30 % 74,12 % Abweichung 14,59 % 16,24 % 18,79 %

In dem gleichfalls zwischen den Beteiligten geführten Verfahren vor dem erkennenden Senat - [L 5 KA 748/17](#) - hat die Beklagte dies ergänzend die Vergütungsquoten für die Quartale 3/2012 und 4/2012 wie folgt mitgeteilt:

Fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Fachärzte für Pathologie, Leistungsbereiche: MGV ohne Labor und org. Notfalldienst:

Quartal	3/2012	4/2012	FA-Quote	89,30 %	90,04 %	Pathologie	76,48 %	74,75 %	Abweichung	12,82 %	15,29 %
---------	--------	--------	----------	---------	---------	------------	---------	---------	------------	---------	---------

Fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Fachärzte für Pathologie, Leistungsbereiche: MGV inkl. Labor und org. Notfalldienst:

Quartal	3/2012	4/2012	FA-Quote	91,01 %	91,23 %	Pathologie	76,48 %	74,75 %	Abweichung	14,53 %	16,48 %
---------	--------	--------	----------	---------	---------	------------	---------	---------	------------	---------	---------

Haus-/Fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Fachärzte für Pathologie, Leistungsbereiche: MGV inkl. Labor und org. Notfalldienst:

Quartal	3/2012	4/2012	FA-Quote	92,67 %	93,10 %	Pathologie	76,48 %	74,75 %	Abweichung	16,19 %	18,35 %
---------	--------	--------	----------	---------	---------	------------	---------	---------	------------	---------	---------

Hieran zeige sich, dass sich lediglich bei einer Bildung der Vergleichsgruppen aus dem haus- und dem fachärztlichen Versorgungsbereich für die Quartale 2/2013 und 3/2013 eine Überschreitung der 15%-Marke errechne. Indes setze die Rechtsprechung des BSG, wie vom SG zutreffend ausgeführt, eine dauerhafte Entwicklung voraus, die frühestens nach Vorliegen von Daten aus mindestens zwei Quartalen

angenommen werden könne. Da die Ergebnisse aus den Quartalen 2/2013 und 3/2013 logischerweise in diesen beiden Quartalen noch nicht hätten vorliegen können, die Daten aus dem Quartal 3/2013 seien vielmehr erst im nicht streitbefangenen Quartal 4/2013 abgerechnet worden, fehle es auch an der Voraussetzung einer dauerhaften Entwicklung. Überdies könne eine Reaktionspflicht ohnehin nur für die Zukunft bestehen. Auch bedinge die klägerseits angeführte Notwendigkeit der Kalkulationssicherheit keine Mindestquote. Schließlich verletze der Umstand, dass keine Mindestquote vorgesehen sei, den Gleichbehandlungsgrundsatz nicht.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten geführte Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 14.11.2018 geworden sind, und das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 14.11.2018 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat in der Besetzung mit ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Die form- und fristgerecht (vgl. [§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegte Berufung des Klägers ist in Ansehung des 750,- EUR übersteigenden Wertes des Beschwerdegegenstandes (vgl. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)) statthaft und auch im Übrigen zulässig.

Die Berufung führt jedoch für den Kläger inhaltlich nicht zum Erfolg; das SG hat die Klage in nicht zu beanstandender Weise abgewiesen. Die streitbefangenen Honorarbescheide vom 15.07.2013, vom 15.10.2013 und vom 15.01.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.02.2015 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seiner Honorarabrechnungen für die Quartale 1/2013, 2/2013 und 3/2013.

Der Kläger ist als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Obschon er ein dermatohistologisches Labor betreibt, ist er ausschließlich pathologisch tätig. Im Hinblick hierauf behandelt ihn die Beklagte (mit seinem Einvernehmen) hinsichtlich der Leistungsabrechnung als Pathologen. Rechtliche Bedenken bestehen insoweit nicht. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, hinsichtlich des "Honorarstatus" des Vertragsarztes zwingend auf dessen Zulassung abzustellen, da für die Honorierung in erster Linie die (konkrete) Leistungserbringung und nicht der (abstrakte) Zulassungsstatus maßgeblich ist. Ist die Leistungserbringung des Arztes (ohne Verstoß gegen das Zulassungsrecht) deckungsgleich mit dem Leistungsspektrum einer anderen Arztgruppe, darf der Arzt für die Leistungserbringung bzw. -abrechnung dieser Arztgruppe zugeordnet werden (Urteil des erkennenden Senats vom 26.09.2012 - [L 5 KA 2743/11](#) - n.v.).

Gemäß [§ 87b Abs. 1 Satz SGB V](#) in der ab dem 01.01.2012 (bis zum 22.07.2015) geltenden Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 ([BGBl. I S. 2983](#); a.F.) verteilt die Kassenärztliche Vereinbarung die (gemäß [§ 87a SGB V](#) a.F. zwischen ihr und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen) vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Sie wendet hierbei bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkasse und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist ([§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) a.F.).

Die in den streitbefangenen Quartalen 1/2013 - 3/2013 geltenden HVM der Beklagten (Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 06.02.2013 betr. die Zeit ab dem 01.01.2013 und in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 24.04.2013 betr. die Zeit ab dem 01.07.2013) sahen - im Wesentlichen übereinstimmend - vor, dass die MGW zunächst auf den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich zu verteilen war ([§ 5 Abs. 2 HVM](#)). Aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen waren sodann Vorwegabzüge, u.a. für Rückstellungen gem. Anlage 3b des HVM, vorzunehmen. Für den fachärztlichen Versorgungsbereich ([§ 5 Abs. 3 B HVM](#)) war vorgesehen, dass für die Vergütung von pathologischen und zytologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2012 eine Rückstellung zu bilden war ([§ 5 Abs. 3 B Buchst. c Nr. 1 HVM](#)). Dieses Vergütungsvolumen war durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal zu teilen, woraus sich die jeweilige Quotierung für diese Leistung ergab ([§ 5 Abs. 3 B Satz 2 HVM](#)). Die Vergütung pathologisch-zytologischer Leistung erfolgte im streitgegenständlichen Zeitraum mithin "direkt" und vollumfänglich aus einem Honorartopf und nicht mehr, wie in den vorangegangenen Quartalen 3/2012 und 4/2012 im Wege eines leistungsspezifischen Honorarvolumens. Selbiges wurde gebildet, in dem zunächst auf Basis der arztindividuellen Honoraranforderungen aus dem Vorjahresquartal, 2% in Abzug gebracht und für die Abrechnungen der GOP 19310 und 19311 EBM ein Volumen in Höhe der im Vorjahresquartal abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen separiert worden ist. Das sodann verbleibende Vergütungsvolumen wurde sodann durch die im Vorjahresquartal abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen im entsprechenden Vorjahresquartal geteilt, wodurch sich eine durchschnittliche leistungsspezifische Quote ergab. Für jeden Arzt, der im Vorjahresquartal entsprechende Leistungen abgerechnet hatte, wurde sodann ein "leistungsspezifisches Volumen" gebildet, das sich, bezogen auf die im Vorjahresquartal abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen in voller Höhe der Leistungen nach den GOP 19310 und 19311 EBM und aus den übrigen Leistungen des Kapitels 19 EBM multipliziert mit der durchschnittlichen leistungsspezifischen Quote ergab. Die sodann im Leistungsquartal innerhalb des leistungsspezifischen Volumens abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen wurden zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Nach Feststellung der über das leistungsspezifische Volumen hinausgehenden Vergütungen, wurde das reservierte Honorarvolumen durch die überschreitenden Vergütungen dividiert, woraus sich die Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen errechnete (vgl. [§ 5 Abs. 3 B Buchst. c Nrn. 2 - 4 HVM](#) in der bis zum 31.12.2012 geltenden Fassung der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 17.10.2012).

In Einklang mit den Regelungen der HVM für das Jahr 2013 hat die Beklagte die Honoraransprüche des Klägers zutreffend berechnet. Einwendungen gegen die konkrete Honorarabrechnung wurden klägerseits nicht geltend gemacht und sind dem Senat auch anderweitig nicht ersichtlich.

Die Regelungen des [§ 5 HVM](#) und die dortige Bildung eines Honorartopfes für erbrachte pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM steht

zur Überzeugung des Senats in Einklang mit der gesetzlichen Grundlage des [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) a.F. sowie mit höherrangigem Recht.

[§ 87b Abs. 2 Satz 1](#) 2. Halbsatz SGB V a.F. bestimmte hierzu, dass der HVM Regelungen vorzusehen hat, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach [§ 95 Abs. 3 SGB V](#) oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.

Dem normgebenden Gremium des HVM kommt bei dessen Ausformung ein Gestaltungsspielraum zu (BSG, u.a. Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -; vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) - und vom 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) -, jew. in juris), wie er typischerweise mit Rechtssetzungsakten einhergeht. Diese Gestaltungsfreiheit gilt nicht allein für die Honorarverteilung im engeren Sinne, sondern umfasst insb. auch die Art und Weise der Ausformung von Honorarbegrenzungsregelungen. Die Ausarbeitung des HVM erfordert Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Dieser Gestaltungsspielraum ist von den Gerichten grds. zu respektieren; die richterliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Demgemäß ist der Gestaltungsspielraum durch die gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung, insb. die Grundsätze der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Verteilung begrenzt (vgl. BSG, Urteil vom 30.11.2016 - [B 6 KA 4/16 R](#) -, in juris m.w.N.).

Vor diesem Rahmen ist die Bildung eines Honorartopfes für pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM nicht zu beanstanden. Sog. Honorartöpfe begrenzen die Auswirkungen der Leistungsdynamik auf einzelne Arztgruppen und bestimmte Leistungen. Sie setzen über ein absinkendes Vergütungsniveau prinzipiell Anreize zu zurückhaltender Leistungserbringung, schützen aber vor allem Ärzte oder Arztgruppen vor einem Absinken der für die Honorierung ihrer Leistungen zur Verfügung stehenden Anteile der Gesamtvergütung. Derartige Steuerungsinstrumente hat das BSG sowohl für einzelne Fachgruppen und Leistungsbereiche als auch für Mischsysteme als rechtmäßig angesehen (BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) -; Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R](#) -; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 31/03 R](#) -, alle in juris). Dies ist sachlich in dem Bestreben gerechtfertigt, zu verhindern, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert wird (vgl. BSG, Urteil vom 09.09.1998 und vom 20.10.2004, jew. a.a.O.).

Auch der Umstand, dass vorliegend nicht nur einzelne Leistungsbereiche sondern das gesamte pathologische Leistungskapitel 19 EBM insgesamt einer Kontingentierung unterworfen worden ist, rechtfertigt keine andere Beurteilung (vgl. BSG, Urteil vom 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) -, in juris). Die Leistungskontingentierung wird im Übrigen weder dadurch rechtswidrig, dass, wie klägerseits geltend gemacht, die pathologischen Leistungen überweisungsgebunden sind und daher einer Mengensteuerung durch die Ärzte, an die überwiesen wird, nicht zugänglich sind (vgl. BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 31/03 R](#) -, in juris m.w.N.) noch dadurch, dass durch eine Veränderung der Behandlungspraxis die Leistungsmenge ausgeweitet wird (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2004, a.a.O.).

Es ist vorliegend auch nicht zu beanstanden, dass die Höhe der Rückstellung für die Vorwegabzüge an die Höhe des im 1. Halbjahr 2012 ausbezahlten Honorars angeknüpft worden ist, da bei der Bildung von Honorarkontingenten grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden kann (st. Rspr. des BSG, vgl. Urteil vom 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) -, in juris). Dem liegt die berechtigte Annahme zu Grunde, dass die in der Vergangenheit ausbezahlten Honorare bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang der im aktuellen Quartal abzurechnenden Honorarforderungen sind. Auch wird durch die Anknüpfung an einen zeitnahen Bezugszeitraum die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit gestärkt. Der Umstand, dass die Beklagte als Bezugszeitraum für das Jahr 2013 durchgängig an das 1. Halbjahr 2012 angeknüpft hat, ist vom Gestaltungsermessen der Beklagten umfasst. Dass hierdurch keine dauerhafte Anknüpfung beabsichtigt oder manifestiert worden ist, zeigt sich bereits daran, dass in dem HVM für das Jahr 2014 eine Anknüpfung an das jeweilige Vorjahresquartal niedergelegt worden ist. Eine Statik i.S. einer dauerhaften Festschreibung der Höhe der Vorwegabzüge ist daher, anders als klägerseits geltend gemacht, nicht gegeben.

Die Beklagte hat mit der Regelung des [§ 5 Abs. 3 HVM](#) ihren Gestaltungsspielraum auch unter Beachtung der Grundsätze der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Verteilung gewahrt.

Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden (Gebot einer leistungsproportionalen Verteilung des Honorars). Der hierzu erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG (u.a. BSG, Urteil vom 14.03.2001 - [B 6 KA 54/00 R](#) -, in juris) - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (st. Rspr. des BSG, vgl. Urteil vom 11.12.2013, - [B 6 KA 6/13 R](#) -, in juris m.w.N.). Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die vom Kläger angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Pathologie gefährdet haben könnten, bestehen für den Senat nicht.

Der aus den [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist - im Sinne einer unzulässigen Gleichbehandlung - verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten oder Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist (vgl. BSG, Ur. v. 23.03.2011 - [B 6 KA 6/10 R](#) -, a.a.O.). Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit garantiert zwar dem Grunde nach weder ein gleichmäßiges Einkommen aller vertragsärztlich tätigen Ärzte, noch kann die Stärkung der Honorierung einzelner Arztgruppen aus der Gesamtvergütung zu Lasten anderer Arztgruppen auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gestützt werden, indes begründet der Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung bei der Bildung von Honorarkontingenten bzw. Honorartöpfen eine dahin gehende Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen, dass sie Verteilungsregelungen, mit denen sie in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abweicht, regelmäßig zu überprüfen hat. Sie hat sie zu ändern bzw. weiterzuentwickeln, wenn sich herausstellt, dass der Zweck der Regelung ganz oder teilweise nicht erreicht oder gar verfehlt wird. Eine Korrekturverpflichtung setzt hierbei voraus, dass es sich um eine dauerhafte, also

nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt, wovon i.d.R. frühestens nach Vorliegen von Daten aus mindestens zwei Quartalen auszugehen ist (BSG, Urteil vom 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) -, a.a.O.). Außerdem muss ein vom Umsatz her wesentlicher Leistungsbereich einer Arztgruppe betroffen sein. Der Punktwertabfall muss erheblich sein; nicht jede Punktwertdifferenz zwischen verschiedenen Honorartöpfen gibt Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung. Die Kassenärztliche Vereinigung kann zudem berücksichtigen, dass auch bei von den Leistungserbringern nicht mitzuverantwortenden Mengenausweitungen typischerweise Rationalisierungseffekte entstehen, die einen gewissen Ausgleich für den Punktwertabfall darstellen können. Werden, wie vorliegend, Honorartöpfe für Leistungen gebildet, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können und bei denen ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit ein Punktwertabfall nicht zugerechnet werden kann, besteht im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen (BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) -, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 31/03 R](#) - beide in juris m.w.N.). Die Anwendung dieser Grundsätze vermag für den Kläger keinen Anspruch auf höheres Honorar zu begründen. Eine Abweichung vom Durchschnittsniveau von 15 % ist vorliegend nicht anzunehmen. Die (rechnerische) Vergütungsquote der Pathologen lag im Quartal 3/2012 bei 76,48 %, im Quartal 4/2012 bei 74,75 %, im Quartal 1/2013 bei 76,56 %, im Quartal 2/2013 bei 77,3 % und im Quartal 3/2013 bei 74,12 %. Im Vergleich zum sonstigen fachärztlichen Versorgungsbereich und den dortigen Vergütungsquoten (ohne Pathologen und ohne die Leistungsbereiche Labor und organisierter Notfalldienst) von 89,30 % (Quartal 3/2012), 90,04 % (Quartal 4/2012), 88,41 % (Quartal 1/2013), 88,83 % (Quartal 2/2013) und 87,17 % (Quartal 3/2013) überschreitet die Differenz von 12,82 % (Quartal 3/2012), 15,29 % (Quartal 4/2012), 11,85 % (Quartal 1/2013), 11,53 % (Quartal 2/2013) bzw. 13,05 % (Quartal 3/2013) die 15%-Grenze ausschließlich im Quartal 4/2012, sodass jedenfalls nicht von einer dauerhaften Entwicklung im oben beschriebenen Sinn ausgegangen werden kann.

Anders als klägerseits geltend gemacht, ist bei der Ermittlung des Durchschnittsniveaus der hausärztliche Bereich nicht einzustellen, da der fach- und der hausärztliche Versorgungsbereich streng getrennt sind. Eine Einbeziehung des hausärztlichen Versorgungsbereichs ist daher nicht gerechtfertigt (vgl. hierzu BSG, Beschluss vom 06.09.2006 - [B 6 KA 22/06 B](#) - zum Vergleich des Punktwertrückgangs bei budgetierten und nicht budgetierten Arztgruppen, in juris). Vielmehr ist der dauerhafte Punktwertabfall von mehr als 15 % in Bezug auf die Versorgungsbereiche zu prüfen, die ebenfalls einer Quotierung unterworfen sind. Ein Vergleich mit dem zu 100 % vergüteten hausärztlichen Versorgungsbereich bietet keinen geeigneten Vergleichsmaßstab. Überdies würde sich selbst bei Berücksichtigung des hausärztlichen Bereichs bzgl. der streitgegenständlichen Quartale erstmalig im Quartal 2/2013 eine Überschreitung der 15 %-Grenze ergeben, die in Ansehung dessen, dass ein dauerhafter Punktwertverfall vorliegen muss, jedenfalls für den streitbefangenen Zeitraum keine Reaktionspflicht der Beklagten begründet hätte.

Da für die Bereiche Labor und Notfalldienst vor der Trennung der MGV in den haus- und den fachärztlichen Bereich gesonderte Vorwegabzüge erfolgen (vgl. § 5 Abs. 2 Satz 2 Buchs a und b HVM), die nicht ausschließlich einem der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen zugeordnet werden können, ist auch eine Einbeziehung der Leistungsbereiche Labor und organisierter Notfalldienst nicht sachgerecht.

Schließlich sind bei der Ermittlung der Vergleichsgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs die vorliegend zu beurteilenden Pathologen nicht einzustellen. Die Berücksichtigung auf beiden Seiten der Vergleichsbetrachtung, einerseits als eigene Vergleichsgruppe, andererseits als Teil der hiermit zu vergleichenden Gruppe würde dazu führen, dass der Abgleich der Vergütungsquoten auf beiden Seiten des Vergleichs durch die (quotierte) Vergütung der Pathologen beeinflusst würde und der dem Vergleich zu Grunde liegende Gedanke der gleichmäßigen Honorarverteilung nicht voll zum Tragen käme, da der Vergleich den Punktwertverfall infolge der Quotierung nicht exakt wiedergeben würde.

Auch der Umstand, dass im HVM keine Mindestquote vorgesehen ist, verstößt nicht gegen das aus [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. folgende Gebot der Kalkulationssicherheit. Selbiges stellt unter der Geltung einer begrenzten Gesamtvergütung nur ein "relatives" Ziel dar, das im Übrigen nicht "isoliert" und zu Lasten anderer Arztgruppen verwirklicht werden kann (BSG, Urteil vom 19.08.2015 - [B 6 KA 34/14 R](#) -, Urteil vom 08.08.2018 - [B 6 KA 26/17 R](#) -, beide in juris). Kalkulationssicherheit i.S.d. [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. bedeutet daher nur, dass den Leistungserbringern die inhaltliche Ausgestaltung der Honorarkontingentierung bekannt ist und sie sich bei der Praxisführung hierauf einstellen können müssen. Da der Umstand der Quotierung des Vergütungsvolumens im Bereich der Pathologie bekannt war und sich die Vergütungsquote seit Einführung des Vergütungsvolumens ab dem Quartal 1/2013 stets zwischen 70 und 80% bewegt hat, bestand die Möglichkeit, dies in die Honorarkalkulation miteinzubeziehen. Die Honorierungsquoten und Ergebnisse des Klägers weisen eine Stetigkeit auf, die es dem Kläger ermöglicht hat, seine Kalkulation hierauf einzustellen.

Auch bedingt der Einwand einer Ungleichbehandlung im Hinblick darauf, dass die Beklagte bis einschließlich dem Quartal 2/2012 für pathologische Leistungen eine Mindestquote berücksichtigt habe, diese im weiteren Fortgang für pathologische Leistungen, anders als für zahlreiche freie Leistungen, nicht aufrechterhalten worden sei, vorliegend keinen Anspruch auf ein höheres vertragsärztliches Honorar, da Korrekturen der Honorarverteilung auf der Normebene, nach dem oben angeführten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit oder dem Gebot einer leistungsproportionalen Verteilung des Honorars keinen Anspruch auf Beibehaltung einer abgelösten (rechtmäßigen) Regelung begründen können (vgl. BSG, Urteil vom 11.10.2006 - [B 6 KA 46/05 R](#) - in juris, dort Rn. 42).

Mithin verstößt die Regelung des § 5 Abs. 3 HVM, auf die die quotierte Vergütung der pathologischen Leistungen gründet, zur Überzeugung des Senats nicht gegen höherrangiges Recht.

Die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale 1/2013, 2/2013 und 3/2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.02.2015 sind daher nicht zu beanstanden.

Die Berufung des Klägers gegen das klagabweisende Urteil des SG ist zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 GKG](#); pro streitbefangenen Quartal ist der Regelstreitwert von 5.000,- EUR anzusetzen.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor. Der Sache kommt im Besonderen die klägerseits geltend gemachte grundsätzliche Bedeutung nicht zu.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-11-27