L 5 KA 62/13

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 3 KA 150/11
Datum
31.07.2013
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 5 KA 62/13
Datum
19.08.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Landessozialgericht Hamburg

Urteil Im Namen des Volkes In dem Rechtsstreit

Verkündet am

19. August 2015

als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

L. GmbH - Klägerin und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigte:

gegen

Kassenärztliche Vereinigung H.

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

beigeladen: 1. GKV-Spitzenverband der Krankenkassen

2. Kassenärztliche Bundesvereinigung

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Hamburg aufgrund der mündlichen Verhandlung am 19. August 2015

für Recht erkannt:
1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten jeweils selbst tragen. 3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist der Anspruch der Klägerin auf höheres Honorar im Quartal IV/2010. Sie wendet sich gegen die nur quotierte Vergütung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM.

Die Klägerin ist ein seit 1. Januar 2009 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum in der Rechtsform der GmbH. Sie erbringt schwerpunktmäßig laboratoriumsmedizinische Leistungen.

Durch Honorarbescheid vom 24. Mai 2011 rechnete die Beklagte das Honorar der Klägerin für das Quartal IV/2010 in Höhe von 307.891,32 EUR ab. Dabei sind die Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM nur quotiert vergütet

worden, wobei die (nur) in einer dem Bescheid beigefügten Übersicht über die Honorartöpfe ausgewiesene Quote für Laborkosten 91,9% betrug, diejenige für die Kostenpauschalen des Kapitels 40 91,3%.

Die Klägerin legte am 22. Juni 2011 Widerspruch ein. Sie begehrte die Korrektur der Honorarabrechnung und forderte die Nacherstattung für entgangene Vergütung.

Durch am 29. August 2011 zugestellten Widerspruchsbescheid vom 25. August 2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Honorarabrechnung sei nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen durchgeführt worden; diese seien verbindlich und von ihnen könne nicht abgewichen werden. Das gelte insbesondere auch für die Quotierung der Laborleistungen. Diese ergebe sich aus der Regelung in Teil F Abschnitt I Nummer 2.5.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses mit Wirkung vom 1. Juli 2010, wonach die Leistungen aus einem gesonderten Vergütungsvolumen zu vergüten seien, sowie der Regelung in § 6 der Anlage A zum Verteilungsmaßstab (VM).

Hiergegen hat die Klägerin am 6. September 2011 Klage mit dem Ziel einer unquotierten Vergütung beim Sozialgericht (SG) Hamburg erhoben und unter anderem vorgetragen, der Honorarbescheid sei bereits deshalb rechtswidrig, weil gegen die Begründungspflicht nach § 35 Abs. 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) verstoßen worden sei. Der Bescheid gebe keine Auskunft über die Kontingentbildung und die Quotierung. Auch aus dem VM ergäben sich keine prüfbaren, nachvollziehbaren Angaben. Und auch eine Bezugnahme auf den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 erlaube es nicht, den Honorarbescheid nachvollziehbar zu machen. Denn für die Leistungen der Nummern 2.5.1 (Labor) und 2.5.4 (Kostenpauschalen) sei die Kontingentierung nur rudimentär und eine Quotierung überhaupt nicht geregelt. Zur Quotierung werde durch die Beklagte lediglich in einem Vorblatt zum Honorarbescheid, das nicht einmal dessen Bestandteil sei, aufgeführt, dass Laborkosten quotiert würden. Ausgeführt werde nicht, wie die jeweilige Quote ermittelt worden sei. Nachvollziehbare Rechenvorgänge enthalte der Honorarbescheid nicht. Es sei der Klägerin nicht zuzumuten, in ihren Honoraransprüchen unkontrollierbar limitiert zu werden. Bereits diese Intransparenz mache den Honorarbescheid rechtswidrig. Im Übrigen sei die Quotierung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM auch deshalb rechtswidrig, weil es sich bei Quotierungen nicht um Mengenbegrenzungsregelungen handele und es keine hinreichende Ermächtigungsgrundlage im VM gebe. Der dortige Hinweis auf den Erweiterten Bewertungsausschuss gehe fehl. Aber auch der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010, auf den der VM sich beziehen möge, sei nicht geeignet, eine Quotierung zu rechtfertigen, denn er finde keine Rechtfertigung im Gesetz. Eine Quotierung sei im Gesetz nicht vorgesehen und widerspreche auch den gesetzgeberischen Zielen. Dem Bewertungsausschuss stehe zwar ein Gestaltungsspielraum bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu, dieser erlaube aber kein Abweichen von dem gesetzgeberischen Ziel, Regelleistungsvolumen (RLV) und damit arztgruppentypische und kalkulierbare Honorarvolumen zu bilden (§ 87b Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)). Deren Sinn und Zweck sei es, dass der Vertragsarzt Kalkulationssicherheit erhalte und eine Leistungsmengenausweitung vermieden werde. Demgegenüber stelle eine Quotierung keine Mengenbegrenzung dar, denn es werde nicht die Menge der erbrachten Leistungen begrenzt, sondern lediglich ihre Honorierung. Die Quotierung stelle daher genau die Art der Honorierung mit floatenden Punktwerten dar, die der Gesetzgeber habe abschaffen wollen. Da eine derart geregelte Honorarabsenkung erst im Nachhinein erfolge, könne die Quotierung zudem keine lenkende und steuernde Wirkung entfalten. Von der im Gesetz vorgesehenen Ankündigung rechtzeitig vor Quartalsbeginn (§ 87b Abs. 5 SGB V) könne erst recht keine Rede sein. Auch betreffe die Quotierung überwiegend überweisungsgebundene Leistungen, die der Laborarzt gar nicht steuern könne. Darüber hinaus seien Honorarverteilungsregelungen nicht geeignet, eine verkürzte Honorierung von bundesweit festgesetzten Kostenpauschalen zu rechtfertigen. Der EBM sehe in Kapitel 32 von den Partnern der Bundesmantelverträge vertraglich vereinbarte bundeseinheitliche Euro-Beträge vor. Die Beklagte sei bereits aus normenhierarchischen Gründen gehindert, eine Quotierung dieser Kostenpauschalen zu vereinbaren. Auch der Bewertungsausschuss könne mit seinen Regelungen nicht bundeseinheitlich vereinbarte, verbindliche Vergütungsvorgaben abändern. Daher erlaube § 6 der Anlage A zum VM zumindest keine Quotierung von solchen Kostenpauschalen, die von den Partnern der Bundesmantelverträge als bundesweit gültige Kostenpauschalen vereinbart worden seien und scheide als Rechtsgrundlage für eine Quotierung der Laborkosten aus. Entsprechendes gelte für die Quotierung der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM. Der der Honorarverteilung zugrunde liegende Beschluss des Bewertungsausschusses sei schließlich auch insoweit rechtswidrig, als dort festgelegt sei, dass es keinesfalls zu einer Nachschusspflicht der Krankenkassen kommen solle. Dies sei nicht mit dem Grundsatz in Einklang zu bringen, dass das Morbiditätsrisiko von den Krankenkassen getragen werden solle.

Die Beklagte ist dem entgegengetreten und hat unter anderem erwidert, der Honorarbescheid genüge den Anforderungen des § 35 Abs. 1 SGB X, wie sie durch das Bundessozialgericht (BSG) für vertragsarztrechtliche Honorarbescheide konkretisiert worden seien. Im Übrigen habe das Gericht auch darauf hingewiesen, dass selbst eine den Anforderungen des § 35 Abs. 1 SGB X nicht genügende Begründung nicht dazu führe, dass ein Honorarbescheid aufzuheben wäre. Die hier streitige Vergütung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM sei im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010 im Teil F Abschnitt I Nummer 2.5.1 bis 2.5.4 geregelt worden. Unter Nummer 2.5.1 seien eingangs die maßgeblichen Leistungsbereiche benannt und sodann sei es den Partnern der Gesamtverträge überlassen worden, sich über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens zu einigen. Dabei sei der Grundsatz zu beachten, dass lediglich die Ausgangsgröße der Honorarverteilung festgelegt und eine Nachschusspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen werde. Damit sei die zentrale Aussage für die Vergütung der Laborpauschalen und -kosten durch den Bewertungsausschuss getroffen worden: Es werde ein definiertes Vergütungsvolumen für die genannten Leistungen vorgegeben und für den Fall von Unter- und Überschreitungen träfen die Partner der Gesamtverträge eine Regelung. Dieser Beschluss sei für die Beklagte verbindlich und regional umzusetzen. Der VM sehe dementsprechend Regelungen zur Überschreitung des Vergütungsvolumens und zur Quotierung vor. Diese Regelungen machten die maßgeblichen Rechenwege der Honorarverteilung nachvollziehbar. Dennoch hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 25. Juli 2013 auf Anfrage des SG Zahlen und Erläuterungen zur erfolgten Quotierung nachgereicht. Hierauf wird wegen der Einzelheiten Bezug genommen. Die Beklagte hat des Weiteren vorgetragen, die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Quotierung seien von seiner Legitimation her nicht zu beanstanden. Hier würden wie bei der Festlegung des EBM als Bestandteil der Bundesmantelverträge die Beigeladenen auf gesetzlicher Grundlage handeln. Ermächtigungsgrundlage für die Vorgaben des Bewertungsausschusses sei insofern § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V. Für Leistungen, die nicht dem RLV unterlägen, habe der Gesetzgeber dem Bewertungsausschuss die Befugnis eingeräumt, eigene Regelungen zu treffen. Diese Vorgaben habe der Bewertungsausschuss mit seinem Beschluss vom 26. März 2010 getroffen und diese seien durch den VM ausgestaltet worden. Die hier streitigen Kostenpauschalen seien unmittelbar Gegenstand der Euro-Gebührenordnung. Ihre Quotierung sei vom Wortlaut des VM erfasst. Bundeseinheitliche Festpreise bestünden nicht. Eine ggf. quotierte Vergütung für Laborleistungen folge auch dem Gebot einer leistungsproportionalen Verteilung der Gesamtvergütung. Denn das BSG habe anerkannt, dass bei Laborleistungen mit einer steigenden

Leistungsmenge der Kostenanteil sinke. Diese betriebswirtschaftliche Tatsache rechtfertige eine Mengenbegrenzungsmaßnahme bzw. Abstaffelung in ihrer wirtschaftlichen Dimension und bei der Frage der Angemessenheit der Vergütung. Zudem müsse nach der geltenden Honorararchitektur, in der im Grundsatz alle in den Fachgruppen erbrachten Leistungen im Rahmen des RLV mit festen Preisen zu vergüten seien und darüber hinaus einer mengenbezogenen Abstaffelung unterlägen, bei einer begrenzten Honorarsumme (morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen – MGV) unter Umständen der Weg einer Quotierung der Vergütung von Leistungen im Vorwegabzug beschritten werden. Eine Vergütungsgarantie aller abgerechneten und erbrachten Leistungen im Laborbereich zu 100% sei nicht möglich. Dies würde zu geringen RLV-Fallwerten und zu einem drastischen Honorarverfall im Bereich der über die zugewiesenen RLV bzw. qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) hinausgehenden, ebenfalls medizinisch erforderlichen Leistungen führen. Die Laborärzte könnten bei einer leistungsproportionalen Vergütung, die dem Grundsatz der Honorargerechtigkeit entspreche, zwar eine stabile Vergütung für ihre wesentliche Leistungsmenge erwarten, jedoch keine vollkommen mengenunabhängige Vergütung all ihrer Leistungen zu 100% auf Kosten der Abschmelzung der RLV-Fallwerte für alle Vertragsärzte, die dieser Mengenbegrenzung unterlägen und zunehmend in eine Abstaffelung ihrer das RLV überschreitenden Leistungen gerieten. Auch die Effekte des Fremdkassenzahlungsausgleichs in der Honorarverteilung und der Mengendynamik sowie die negative Honorarentwicklung der den RLV unterliegenden Arztgruppen trügen zur Erforderlichkeit der Quotierung der Laborleistungen bei. Denn es müsse gewährleistet bleiben, dass ein Großteil der von den Krankenkassen insgesamt bereit gestellten MGV für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen von RLV verwendet werde. Dem trage die Quotierung der Laborleistungen Rechnung, denn auch bei einer steigenden Leistungsmenge im Laborbereich seien durch die Zahlung der begrenzten MGV grundsätzlich alle Vergütungsansprüche in allen vertragsärztlichen Leistungsbereichen abgegolten. Ein Absturz der Auszahlungsquoten seit Einführung der streitigen Laborquotierung lasse sich nicht feststellen: Quartal IV/2010 91,9%, Quartal I/2011 84,5%, Quartal II/2011 91,5%, Quartal III/2011 91,2%, Quartal IV/2011 89,1%, Quartal I/2012 85,6%.

Die mit Beschluss vom 11. Juni 2013 beigeladene Kassenärztliche Bundesvereinigung (Beigeladene zu 2) hat ausgeführt, dass durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 ausdrücklich die Möglichkeit zur Quotierung von Leistungen im Vorwegabzug vorgesehen worden sei. Denn nach Nummer 2.5.1 des Beschlusses sei für die Vergütung und Steuerung auch der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ein Vergütungsvolumen zu bilden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung dieses Vergütungsvolumens hätten sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes einer begrenzten MGV zu einigen. Hieraus werde deutlich, dass bei einer Überschreitung des Vergütungsvolumens eine Quotierung als ein mögliches Regelungsinstrument zugelassen werde, da Nachschüsse der Krankenkassen zur MGV in diesem Fall ausgeschlossen seien. Weiterhin sei nach Nummer 2.5.4 des Beschlusses ein Vergütungsvolumen für die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM zu bilden. Trete insoweit eine Überschreitung ein, könnten auch hier die Gesamtvertragspartner eine Quotierung vorsehen. Insbesondere könne aus Nummer 3.1.2 vierter Spiegelstrich nicht gefolgert werden, dass sämtliche angeforderten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM unquotiert zu vergüten seien; hieraus ergebe sich vielmehr, dass das Vergütungsvolumen für die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM von dem versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvermögen abgezogen werden müsse. Diese Möglichkeit der Quotierung der streitgegenständlichen Leistungen verstoße auch nicht gegen gesetzliche oder bundesmantelvertragliche Vorgaben. § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V sehe die Möglichkeit vor, Leistungen außerhalb der RLV quotiert zu vergüten (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – B 6 KA 45/12 R). Aus § 87b SGB V ergebe sich nicht, dass Leistungen außerhalb der RLV aber innerhalb der MGV zwingend mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung und damit unquotiert vergütet werden müssten. In § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V werde lediglich festgelegt, dass die Vergütung auf der Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung zu erfolgen habe. Hieraus ergebe sich, dass aufgrund weiterer Vorgaben durchaus vom Preis der Euro-Gebührenordnung abgewichen werden könne. In den Fällen, in denen der Gesetzgeber eine Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung habe vorgeben wollen, habe er dies auch explizit so formuliert (Hinweis auf § 87a Abs. 3 Satz 5 und § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V). Aus der hiervon abweichenden Formulierung in § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V ergebe sich im Umkehrschluss, dass eine Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nicht verbindlich habe vorgegeben werden sollen. Zudem gebiete eine verfassungskonforme Auslegung von § 87b SGB V eine dementsprechende Sichtweise. Denn ein anderes Verständnis würde dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nach Art. 12 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) zuwiderlaufen, der verletzt sei, soweit einer unbegrenzten Mengenentwicklung im Bereich der vorab zu vergütenden Leistungen zulasten budgetierter Leistungsbereiche einzelner Arztgruppen nicht nachhaltig entgegengewirkt werde. Im Ergebnis müsse daher aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit auch eine Mengensteuerung für die Leistungen im Vorwegabzug möglich sein. Deren Zulässigkeit ergebe sich schließlich auch aus der gesetzlichen Grundkonzeption, die an einem Vergütungssystem festhalte, in dem die Krankenkassen nicht jede ärztliche Leistung gesondert honorieren, sondern mit befreiender Wirkung eine von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu verteilende Gesamtvergütung entrichten. Dies habe zur Folge, dass der einzelne Vertragsarzt von vornherein keinen Anspruch auf ein Honorar in einer bestimmten Höhe haben könne, sondern nur einen Anspruch auf einen angemessenen Anteil an der Gesamtvergütung. Solange das Vergütungssystem auf einer begrenzten Gesamtvergütung beruhe, sei es systemwidrig, für bestimmte Leistungen eine vollständige unbudgetierte Vergütung zulasten anderer Ärzte oder Arztgruppen zu fordern. In diesem Sinne ergebe sich aus der gesetzlichen Konzeption der §§ 87a und 87b SGB V, dass einer Mengenentwicklung im Bereich bestimmter Leistungen zulasten anderer Ärzte oder Arztgruppen im Sinne des Gleichgewichts des Vergütungssystems entgegenzuwirken sei und der untergesetzliche Normgeber im Rahmen seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht zu entsprechenden Maßnahmen verpflichtet sei. Dies schließe auch die Quotierung von Leistungen im Hinblick auf die Kostenerstattungen des Kapitels 32 und Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM ein. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses, die nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V Bestandteil der Bundesmantelverträge seien, sähen die Möglichkeit einer Quotierung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 und Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM gerade vor. Dem Bundesmantelvertrag komme auch kein Vorrang vor den Regelungen des Bewertungsausschusses zu. Dieser sei vielmehr berechtigt, im Rahmen seines Aufgabenbereichs Bestimmungen der Bundesmantelvertragspartner zu modifizieren. Im Ergebnis habe der Bewertungsausschuss den Partnern der Gesamtverträge die Möglichkeit einräumen können, auf Mengenentwicklungen im Bereich der Leistungen im Vorwegabzug flexibel zu reagieren und die Leistungen bei einer Überschreitung der gebildeten Vergütungsvolumina quotiert zu vergüten.

Der mit Beschluss vom 11. Juni 2013 beigeladene Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Beigeladener zu 1) hat sich der Stellungnahme der Beigeladenen zu 2 angeschlossen.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Das SG hat die Klage nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung am 31. Juli 2013 mit Urteil vom selben Tag abgewiesen. Die zulässige Klage sei unbegründet. Die Klägerin habe weder einen Anspruch auf unquotierte Vergütung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 und der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM noch auf erneute Bescheidung mit Blick auf diese Quotierungen unter Beachtung der

Rechtsauffassung des Gerichts. Der Bescheid der Beklagten vom 24. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. August 2011 sei – soweit er in diesem Klageverfahren zu überprüfen sei – rechtlich nicht zu beanstanden und verletze die Klägerin nicht in ihren Rechten. Diese Bescheide stünden im Einklang mit dem ihnen zugrunde liegenden VM nach § 85 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 87b SGB V vom 23. April 2010 in der Fassung des 1. Nachtrags vom 24. August 2010, der im Quartal IV/2010 gegolten habe, den diesem VM zugrunde liegenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 und den gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung. Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V in der vom 1. Juli 2008 bis 22. September 2011 geltenden und deshalb im streitbefangenen Quartal IV/2010 anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 26. März 2007 würden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V vergütet. Dieser Vergütung zugrunde liege die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende MGV für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V). Nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V in der genannten Fassung seien zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Ein RLV in diesem Sinne sei nach § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten sei. Abweichend von § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V sei die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten (§ 87b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V). Nach § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V könnten weitere vertragsärztliche Leistungen – neben den antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Satz 6 – außerhalb der RLV vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich sei (außerhalb der RLV zu vergütende Leistungsmengen nach § 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB V). Der Bewertungsausschuss bestimme nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V in der genannten Fassung erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Darüber hinaus bestimme er ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 nach § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V Vorgaben zur Umsetzung unter anderem von § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V. Auf der Grundlage dieser gesetzlichen Vorgaben seien für Laborärzte und deren Laborleistungen RLV nicht festgelegt worden. Die Vergütung für Laborleistungen einschließlich der für Kostenerstattungen und Kostenpauschalen sei im streitbefangenen Quartal außerhalb der RLV, aber innerhalb der MGV erfolgt. Insoweit sei vom Bewertungsausschuss von der Ermächtigungsgrundlage des § 87b Abs. 2 Satz 7 und § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V Gebrauch gemacht worden. Ausgangsgröße der Honorarverteilung sei nach den gesetzlichen Vorgaben auch insoweit die für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung entrichtete MGV nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V. Sie sei eine von vornherein begrenzte Ausgangsgröße für die Vergütung der Ärzte auf Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung einschließlich der auf Ebene der Bundesmantelverträge vereinbarten Kostensätze, die unmittelbar Bestandteil dieser Gebührenordnung seien. Ersichtlich hänge die Höhe des Honoraranspruchs danach von der Höhe der MGV und den weiteren aus ihr zu leistenden Vergütungen, insbesondere den RLV für die von ihnen erfassten Arztgruppen, ab. Für die Festsetzung des vertragsärztlichen Honorars seien so zahlreiche Gesichtspunkte zu berücksichtigen, dass schon deshalb nahe liege, dass feste Vergütungsbeträge nicht immer beansprucht werden könnten. Ohnehin sei auf der Grundlage der gesetzlichen und in Übereinstimmung auch mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes grundsätzlich begrenzt auf die angemessene und leistungsgerechte Teilhabe an den von den Krankenkassen an seine Kassenärztliche Vereinigung entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im VM. Ein fester Betrag des Vergütungsanspruchs oder ein bestimmtes Vergütungsniveau folgten hieraus nicht (Hinweis auf BSG, Beschluss vom 11. März 2009 – B 6 KA 31/08 B, juris, sowie Urteil vom 23. März 2011 – B 6 KA 6/10 R, SozR 4-2500 § 85 Nr. 63). Wie im Einzelnen das Honorar für Laborleistungen und Kostenerstattungen festzulegen sei, ergebe sich nach Maßgabe der Regelungen in § 87b Abs. 4 SGB V aus den Beschlüssen des Bewertungsausschusses. Nach § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V bestimme der Bewertungsausschuss (erstmalig bis zum 31. August 2008) Vorgaben zur Umsetzung von § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V. Dem sei der Bewertungsausschuss für den streitigen Zeitraum durch Beschluss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung vom 1. Juli 2010 nachgekommen. Teil F enthalte den 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 mit Wirkung zum 1. Juli 2010. Abschnitt I des Teils F enthalte Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen. Ziffer 2.5 des Abschnitts I betreffe die Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug. Nummer 2.5.1 betreffe die Vergütung und Steuerung der Labor-Konsiliar- und der Labor-Grundpauschale (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM. Nummer 2.5.4 betreffe die Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM. In Kapitel 32 EBM (Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie) sei in Abschnitt 32.2 (Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen) in Nummer 1 bestimmt: "Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen. Bei Erbringung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften haben diese Anspruch auf die Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten höchstens bis zum Betrag der im Abschnitt 32.2 hinter den Gebührenordnungspositionen aufgeführten EURO-Beträge (Höchstpreise). Das Nähere zur Abrechnung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften ist in § 25 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Abs. 3 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen und in den Richtlinien nach § 106 a SGB V geregelt." In Abschnitt 32.3 (Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen) sei in Nummer 1 bestimmt: "Bei den im Abschnitt 32.3 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen." Diesen EBM-Regelungen lasse sich nicht entnehmen, dass jede Steuerung der Kostenerstattungen ausgeschlossen sein solle. Das gelte erst recht im Abschnitt 32.2 für Laborgemeinschaften, für die ausdrücklich nur von Höchstpreisen die Rede sei. Kapitel 40 EBM betreffe Kostenpauschalen (BMÄ und E-GO). Abschnitt 40.3 enthalte unter anderem die hier maßgebliche Nummer 40100: "Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der - Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschl. der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleitungen des Abschnitts 32.3, - Histologie, - Zytologie, - Zytogenetik und Molekulargenetik, einmal im Behandlungsfall 2,60 EUR Die Kostenpauschale 40100 ist in demselben Behandlungsfall nicht neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 berechnungsfähig." Auch dieser EBM-Regelung lasse sich nicht entnehmen, dass jede Steuerung der durch diese Pauschale insgesamt verursachten Kosten von vornherein ausgeschlossen sein solle. Den Regelungen sei eine längere Geschichte voraus gegangen. Die Laborreform 1999 habe zur Trennung in einen analytischen und einen ärztlichen Honoraranteil (technischer Kostenanteil und Arzthonorar) geführt. Für die analytischen Leistungen

seine bundesweit einheitliche Kostensätze angesetzt worden, insbesondere weil durch die Möglichkeit des KV-übergreifenden Versands von Probenmaterial die Punktwertdifferenzen in den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erheblichen Problemen geführt hätten (Hinweis auf Köhler, DÄ 1999, A-65). Auch unter Geltung des zum 1. Juli 1999 in Kraft getretenen Kapitels O EBM (Hinweis auf DÄ 1999, A-71) seien verschieden ausgestaltete Abstaffelungen, Begrenzungen und Vergütungssenkungen, auch für Kosten, vorgesehen gewesen. Im Rahmen der weiteren Umsetzung der Laborreform 2008 sei in Protokollnotizen zu Änderungen des § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte und des § 28 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen die Rede davon gewesen, dass die Bundesmantelvertragspartner den Vertragsparteien der Gesamtverträge empfählen, laboratoriumsmedizinische Leistungen nach deren Überführung in den EBM unter separater Mengensteuerung in die MGV zu überführen (Hinweis auf DÄ 2008, A-1682). Auch diese Äußerungen der Partner der Bundesmantelverträge sprächen gegen die Annahme, eine Mengensteuerung von Laborleistungen und Kostenerstattungen oder eine mengenabhängige Quotierung der Vergütungen für diese widersprächen deren Willen oder seien von vornherein unzulässig, weil unabänderliche Festpreise vereinbart seien. Die Umstellung der Honorarsystematik auf RLV habe weiteren Handlungsbedarf ausgelöst. Hieran knüpfe in Abschnitt I des Teils F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 die Nummer 2.5.1 an. Sie laute in der im streitgegenständlichen Quartal IV/2010 anzuwendenden Fassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung vom 1. Juli 2010: "Die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), die Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18. vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz. Die Gebührenordnungsposition 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 wird immer zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet." Hieraus bereits werde deutlich, dass eine Steuerung auch der vorliegend streitigen Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM wegen der Begrenztheit des Vergütungsvolumens vom Bewertungsausschuss für nötig gehalten werde. Deren konkrete Ausgestaltung werde den Gesamtvertragspartnern überantwortet. Die Anlage 4 zum Beschluss Teil F, Abschnitt I, betreffe die Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Nummer 3.1.1. Versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen seien danach das hausärztliche und das fachärztliche Verteilungsvolumen, auf die die Ausgangsgröße der MGV verteilt werde. Anhang 1 zu Anlage 4 enthalte Vorgaben zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Nummer 3.1.1 mit Wirkung zum 1. Juli 2010. Schritt 18 laute in der im streitbefangenen Quartal IV/2010 anzuwendenden Fassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 228. Sitzung am 1. Juli 2010 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2010: "Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss B, 2.3.3 angepassten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für - die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM), - die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, - die GOP 32001, - Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

TVG2Quartal = VGVJQ (Labor) x 1,016616

Vorgehen bei wirksamer Bereinigung ab dem 3. Quartal 2010 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern für das Vorjahresabrechnungsquartal aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, ist das entsprechende, aktuellste noch vollständige Quartal eines Vorjahres zu verwenden." Geregelt sei damit zunächst nur, dass es für diese Leistungen und Kostenerstattungen innerhalb der MGV ein bestimmtes Vergütungsvolumen gebe und wie es zu berechnen sei. Klar sei damit aber auch, dass das Vergütungsvolumen begrenzt sei und dass es deshalb je nach abgerechneter Leistungsmenge zu Über- und Unterschreitungen kommen könne. Und im Begriff der Steuerung (Überschriften zu 2.5 und 2.5.1: "Vergütung und Steuerung") sei angelegt, dass Einflussnahmen auf die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen intendiert seien. Der Beschluss in Teil F, Abschnitt I, Nummere 2.5.1, knüpfe hieran an und bestimme, dass sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz, über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigten. Abschnitt I, zweiter Absatz, laute: "Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V. Die mit diesem Beschluss erfolgende Anpassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 42 vom 16. Oktober 2009, Seiten A 2103 bis A 2112), geändert durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 215. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 9 vom 5. März 2010, Seite A 408) und in seiner 219. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 12 vom 26. März 2010, Seiten A 568f.) kann daher keine Nachschusspflicht der Krankenkassen begründen." Der bei der Einigung der Partner der Gesamtverträge über das Verfahren zu beachtende Grundsatz sei danach, dass es bei der für das Abrechnungsquartal entrichteten MGV bleibe und es auch bei Überschreitungen des zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens nicht zu einer Nachschusspflicht der Krankenkassen kommen könne. Allein die Mengenentwicklung führe danach nicht zur Erhöhung der MGV; sie sei auch nicht notwendig ein Ausdruck einer Veränderung der Morbidität. Der Spielraum für die Steuerung bei Überschreitungen des Vergütungsvolumens sei dadurch ersichtlich erheblich verengt. In Nummer 2.5.4 des Beschlusses Teil F, Abschnitt I, sei zur Vergütung und Steuerung der vorliegend auch streitigen Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM geregelt: "Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, vierter Spiegelstrich vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz." Nummer 3.1.2 betreffe für den jeweiligen Versorgungsbereich (hausärztlich/fachärztlich) als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen. Es werde nach seinem vierten Spiegelstrich gebildet unter Abzug der Vergütung für innerhalb der MGV finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM. Damit sei geregelt, zum einen, dass auch die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM Bestandteil der begrenzten MGV seien ("innerhalb"), und zum anderen, dass sie vergütet würden aus einem Volumen, das als Abzug vom versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen für diese Vergütung zur Bildung des versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen gebildet worden sei ("aus dem"). Auch dieser Abzug sei begrenzt. Dies erhelle zumal daraus, dass auch insoweit vorgesehen sei, dass sich die Partner der Gesamtverträge über das Verfahren "bei" Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz, einigten. Und auch insoweit sei bei

der Einigung über das Verfahren der Grundsatz zu beachten, dass es bei der für das Abrechnungsquartal entrichteten MGV bleibe und es auch bei Überschreitungen des zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens nicht zu einer Nachschusspflicht der Krankenkassen kommen könne. Und im Begriff der Steuerung sei auch hier angelegt, dass Einflussnahmen auf die abgerechneten Kostenpauschalen intendiert seien. Dieses Konzept des Bewertungsausschusses einer Vergütung und Steuerung von Leistungen und Kostenerstattungen des Laborbereichs im Vorwegabzug aus der MGV, das die bundeseinheitlichen Vorgaben zur Bildung der Vergütungsvolumen enthalte und die regionalen Gesamtvertragspartner in die Pflicht nehme, wenn es zu Über- und Unterschreitungen komme, sei rechtlich nicht zu beanstanden. Es stehe mit den gesetzlichen Vorgaben im Einklang. Zwar treffe es zu, dass im Wortlaut des § 87b Abs. 2 Satz 7 und § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V von Steuerung oder gar Quotierung nicht die Rede sei. Doch sei die Reichweite der durch diese Vorschriften eingeräumten Ermächtigung des Bewertungsausschusses mit Blick auf den Gesamtzusammenhang des Honorarsystems zu bestimmen, das seinen Ausdruck im Gesetz gefunden habe. Dabei ergebe sich, dass auch die Leistungen und Kostenerstattungen des Laborbereichs nicht außerhalb dieses Systems stünden. Vielmehr würden auch sie von den Begrenzungen der MGV erfasst, auch wenn sie nicht in die RLV-Systematik einbezogen werden müssten. Mit der Einbeziehung in die MGV sei aber bereits notwendig verbunden, dass die Vergütung im Laborbereich nicht unbegrenzt sein könne. Die Grenze bilde dabei nicht erst die MGV, sondern sie werde gebildet auch durch die gesetzlich ebenso abgesicherten Ansprüche der anderen Vertragsärzte auf angemessene und leistungsgerechte Teilhabe an der MGV im Rahmen der Honorarverteilung. Steuerungsbedarfe und Honorarbegrenzungen – in welcher konkreten Gestalt auch immer – seien in diesem gesetzlichen Gesamtzusammenhang notwendig angelegt. Sie gewönnen kaskadenartig durch den Gesetzgeber, durch Bundesmantelvertragspartner und Bewertungsausschuss sowie zuletzt durch die Gesamtvertragspartner auf regionaler Ebene nähere Gestalt. Festpreise, die unabhängig von der Menge der Leistungen, der Höhe der MGV und den Vergütungsansprüchen anderer Vertragsärzte durchgesetzt werden könnten, seien mit dieser Systematik unvereinbar. Sie könnten nicht garantiert sein. Zu prüfen bleibe danach nur die Rechtskonformität der konkreten Gestalt, die Steuerungen der Vergütung im Rahmen des Honorarsystems gewonnen hätten, vorliegend also die nur quotierte Vergütung von Kostenerstattungen nach Kapitel 32 EBM und Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM. Entgegen der Auffassung der Klägerin sei der Bewertungsausschuss dazu ermächtigt gewesen, insoweit den Partnern der Gesamtverträge eine Einigung über das Verfahren auch bei Überschreitungen des Vergütungsvolumens aufzugeben. Durchgreifende kompetenzrechtliche Bedenken mit Blick auf durch die Partner der Bundesmantelverträge vereinbarte Preise bestünden nicht. Von den in Kapitel 32 und 40 EBM auf Bundesmantelvertragsebene vereinbarten Euro-Preisen (Pauschalerstattungen) könne abgewichen werden, diese seien einer Vergütungssteuerung durch den Bewertungsausschuss und nachfolgend die Gesamtvertragspartner zugänglich. Der Bewertungsausschuss überschreite nicht seine Kompetenz, wenn er die Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge aufgreife und fortgestalte (Hinweis auf BSG, Urteil vom 11. Oktober 2006 – B 6 KA 46/05 R, SozR 4-2500 § 87 Nr. 13). Dabei sei auch zu würdigen, dass die Partner der Bundesmantelverträge zugleich den Bewertungsausschuss bildeten. Insoweit habe das BSG entschieden, dass der Bewertungsausschuss durch eine Regelung im EBM Vorgaben oder Definitionen der Bundesmantelverträge modifizieren könne. Danach erfolge die Vereinbarung der Bewertungsmaßstäbe – als einer Normsetzung durch Vertrag – zwar nicht unmittelbar zwischen den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge, sondern durch gesonderte Bewertungsausschüsse, jedoch werde deren Handeln den Partnern der Bundesmantelverträge als eigenes zugerechnet. Es handele sich um vertragliche Vereinbarungen zwischen den beiden Beigeladenen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; diese seien die Normgeber des EBM. Entsprechend habe das BSG den Bewertungsausschuss ungeachtet seiner Verselbständigung als "Vertragsorgan" bezeichnet, durch das die Partner der Bundesmantelverträge den EBM vereinbarten. Der Bewertungsausschuss sei somit nicht lediglich ein (Unter-)Ausschuss des Normgebers "Bundesmantelvertragspartner", sondern repräsentiere den Normgeber in der besonderen Organisationsform "Vertragsorgan". EBM und Bundesmantelvertrag hätten somit letztlich denselben Normgeber. Innerhalb desselben Normgebers könne es aber nicht zwei unterschiedlich gewichtige Hierarchieebenen – mit und ohne Berechtigung zur Abänderung der Normen – geben. Kompetenzkonflikte resultierten hieraus im Regelfall nicht, denn das Gesetz habe dem Bewertungsausschuss durch § 87 SGB V bestimmte originäre Aufgaben übertragen und sie damit der – ansonsten nach § 82 SGB V bestehenden – Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner entzogen (Hinweis auf BSG, Beschluss vom 10. Dezember 2008 – B 6 KA 37/08 B, juris). Dieser Rechtsprechung schließe sich die Kammer an. Innerhalb des speziellen Aufgabenbereichs des Bewertungsausschusses halte sich auch die vorliegend streitige Ermöglichung einer Quotierung von Leistungen im Vorwegabzug. Sie beruhe auf der dem Bewertungsausschuss durch § 87b Abs. 2 Satz 7 und § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V zugewiesenen Aufgabe, Vorgaben für die Vergütung von Leistungen innerhalb und außerhalb von RLV zu formulieren. Der Bewertungsausschuss sei deshalb kompetenzrechtlich berechtigt gewesen, auch unter Ausgestaltung von Regelungen des EBM die entsprechenden Bestimmungen der Bundesmantelverträge zu modifizieren. Letztlich lasse sich auch der Gedanke formulieren, dass die durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbarten Preise durch den Bewertungsausschuss nicht geändert würden. Denn sei genug Vergütungsvolumen vorhanden, würden die Preise voll bezahlt. Quotiert werde das Gesamtergebnis, das sich aus den Preisen ergebe, wenn dieses das Vergütungsvolumen überschreite. Das lasse die Preise unberührt. Die vorbeschriebenen, rechtlich nicht zu beanstandenden gesetzlichen Vorgaben und hierauf gründenden Regelungen des Bewertungsausschusses, insbesondere die durch den Bewertungsausschuss vorgesehenen "Einigungen der Partner der Gesamtverträge über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens" seien umgesetzt worden durch den zwischen der Beklagten und den ... Gesamtvertragspartnern auf Krankenkassenseite geschlossenen VM nach § 85 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 87b SGB V. Im Quartal IV/2010 habe der VM vom 23. April 2010 in der Fassung des 1. Nachtrags vom 24. August 2010 gegolten. Auch danach sei Ausgangsgröße der Honorarverteilung die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende MGV (§ 2 Abs. 1 Satz 1 VM). Diese Ausgangsgröße werde unter Abzug im Einzelner genannter Vergütungsbereiche auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt (§ 2 Abs. 1 Satz 2 VM). Den vorliegend relevanten Vergütungsbereich der Laborleistungen nach Nummer 2.5.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses Teil F Abschnitt I (dort firmierend nach § 1 Abs. 2 als "Beschlüsse des EBA", weshalb die Kritik der Klägerin insoweit ins Leere gehe) nenne und bestimme näher § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 VM: "Die Vergütung und Steuerung der Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), die Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM (Laborleistungen nach Ziffer 2.5.1 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA) sowie der Abzug des hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der vorgenannten Ausgangsgröße erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA - insbesondere Anlage 4 Anhang 1 Schritt 18 - und den näheren Bestimmungen dieses VM in § 6 Anlage A." Zum einen sei damit im regionalen VM schlicht auf die schon dargestellten bundeseinheitlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses Bezug genommen. Zum anderen sei auf die eigene Regelung in § 6 der Anlage A zum VM Bezug genommen. Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 VM werde für den jeweiligen Versorgungsbereich als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet. Dies erfolge nach § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 VM unter Abzug unter anderem der Vergütung für innerhalb der MGV finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM. Die Vergütung und Steuerung dieser Kostenpauschalen sowie der Abzug des (auch) hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der

Ausgangsgröße des versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumens erfolge nach "Maßgabe der Beschlüsse des EBA und den näheren Bestimmungen dieses VM in § 6 Anlage A" (§ 2 Abs. 2 Satz 2 VM). Auch insoweit sei damit zum einen schlicht auf die schon dargestellten Vorgaben des Bewertungsausschusses Bezug genommen. Zum anderen sei auf die eigene Regelung in § 6 der Anlage A zum VM Bezug genommen. Zudem erhelle bereits aus § 3 Abs. 1 Satz 1 VM, dass die Pauschalerstattungen des Kapitels 40 EBM nicht in der im Einzelfall entstandenen und nachgewiesenen Höhe erstattet werden müssten. § 6 der Anlage A zum VM betriffe die Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug, zu denen Laborleistungen, Kostenpauschalen und humangenetische Leistungen gehören. Diese Regelung laute: "(1) Die Vergütung von Leistungen gemäß Ziffer 2.5.1 bis 2.5.4 Beschluss Teil F Abschnitt I erfolgt aus den jeweils hierfür gebildeten Vergütungsvolumen gemäß der Beschlüsse des EBA zu Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung. (2) Wird das für die vorgenannten Leistungen jeweils gebildete Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreitungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung. (3) Wird das jeweils für die vorgenannten Leistungen gebildete Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung soweit durch die Auflösung der Rückstellungen hierfür ausreichende Mittel verfügbar sind. Bei den Auflösungen der Rückstellungen für Leistungen nach Ziffer 2.5.1 und 2.5.3 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA ist die Veranlassung der Leistungen zu berücksichtigen. Sind für eine Vergütung der Leistungen nach den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung keine Mittel vorhanden, werden die Preise nach den im jeweils hierfür gebildeten Vergütungsvolumen (Vorwegabzug) verfügbaren Mitteln quotiert." Danach sei es schlicht so: Reiche das gebildete Vergütungsvolumen für die Vergütung der abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des Laborbereichs nicht aus, würden die Preise für die Leistungen und Kostenerstattungen nach den verfügbaren Mitteln des Vergütungsvolumens quotiert. Gegen dieses Konzept der ... Gesamtvertragspartner im VM sei rechtlich nichts zu erinnern. Die hier streitbefangenen Vorwegleistungen als Leistungen innerhalb der MGV, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet würden, könnten nach den Beschlüssen des Bewertungsausschusses einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die MGV zulasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch die Mengenentwicklung) entgegenzuwirken (Teil F Abschnitt II Ziffer 1 Abs. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010). Wie die Steuerung zu erfolgen habe, habe der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern überlassen (Hinweis auf SG Marburg, Urteile vom 18. April 2012 – S 12 KA 780/10, S 12 KA 781/10, S 12 KA 158/11, juris). Steuerungsmaßnahmen für die hier streitbefangenen Vorwegleistungen auf der Grundlage von Beschlüssen des Bewertungsausschusses seien auch in der Sache gesetzlich nicht ausgeschlossen. Lediglich für Leistungen innerhalb des RLV sei eine Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung vorgeschrieben (§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V). Nach § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V könnten auch Leistungen vom RLV ausgenommen werden. Soweit aber Leistungen vom RLV ausgenommen werden könnten, bedeute dies nicht, dass das Gesetz Steuerungsmaßnahmen neben der Geltung von RLV ausgeschlossen hätte (Hinweis auf SG Marburg, a.a.O.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24. Oktober 2012 – L 5 KA 3046/12, juris; Revision zurückgewiesen durch BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – B 6 KA 45/12 R, juris). Der Gesetzgeber habe in § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V vielmehr gerade keine Regelung zur Höhe des Vergütungsanspruchs der Ärzte getroffen und es dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Krankenkassenverbänden vorbehalten, im Rahmen der Honorarverteilung auch insoweit entsprechende Verteilungsregelungen zu treffen (Hinweis auf LSG Baden-Württemberg, a.a.O.). Diese zuvor bereits von Instanzgerichten vertretene Auffassung habe zuletzt auch das BSG bestätigt. Eine mengenabhängige quotierte Vergütung der sog. freien Leistungen innerhalb der MGV solle verhindern, dass die RLV auf ein Niveau sänken, auf dem sie ihre Funktion nicht mehr erfüllen könnten, eine angemessene Vergütung der Mehrzahl der Leistungen der meisten Arztgruppen zu gewährleisten. Eine unverhältnismäßige Belastung der von einer Quotierung Betroffenen werde hierdurch nicht bewirkt (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – B 6 KA 45/12 R, a.a.O.). Die hier streitgegenständlichen Quotierungen ließen sich gemessen an diesen Vorgaben in der Sache rechtfertigen. Denn eine Vergütung von Leistungen und Kostenerstattungen des Laborbereichs zu 100% mit Festpreisen könne es bei nur begrenzter Gesamtvergütung nicht geben, wenn und soweit dies zu unangemessenen Verknappungen der zur Verfügung stehenden Mittel für die Vertragsärzte führe, die im Rahmen der RLV-Systematik honoriert würden und nicht in ein Festpreissystem eingebunden seien. Insoweit komme der bereits oben aufgeführte Grundsatz zum Tragen, dass auf der Grundlage der gesetzlichen und in Übereinstimmung auch mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes begrenzt sei auf die angemessene und leistungsgerechte Teilhabe an den von den Krankenkassen an seine Kassenärztliche Vereinigung entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im VM. Ein fester Betrag des Vergütungsanspruchs oder ein bestimmtes Vergütungsniveau folge hieraus nicht (Hinweis auf BSG, Beschluss vom 11. März 2009 – B 6 KA 31/08 B, und Urteil vom 23. März 2011 – B 6 KA 6/10 R, jeweils a.a.O.). Die Quotierungen durch die Beklagte stünden danach in der Sache im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses. Auch die Höhe der Quoten sei rechtlich nicht zu beanstanden. Sie stehe und falle letztlich damit, ob das Vergütungsvolumen zutreffend gebildet worden sei und wie viele Leistungen zur Honorierung angefordert würden. Sei das Volumen gering, sei die Quote bei größerer Leistungsmenge gering. Sei es hoch, entfalle bei geringerer Leistungsmenge eine Quotierung (und könnten Rückstellungen gebildet werden). Das gebildete Vergütungsvolumen für Laborleistungen, Kostenpauschalen und humangenetische Leistungen sei daher eine Art von Vorhersage für die Leistungsmenge, die im Abrechnungsquartal zu 100% vergütet werde. Sie sei dennoch keine bloße Prognose, denn sie knüpfe an die Daten der Vergangenheit an. Die Art und Weise der Bildung des Vergütungsvolumens sei weithin durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vorgegeben. Die konkrete Bildung des Vergütungsvolumens im streitbefangenen Quartal lasse sich zwar weder im Honorarbescheid noch im Widerspruchsbescheid nachvollziehen. Doch mache dies die angefochtenen Bescheide noch nicht rechtswidrig. Dass quotiert werde, ergebe sich aus dem Honorarbescheid, die Höhe der Quoten ergebe sich aus der dem Bescheid beigefügten Übersicht und die rechtlichen Grundlagen der Quotierung ergäben sich aus den zitierten Regelungen des VM. Dies reiche für die Begründung des Bescheids im Sinne von § 35 Abs. 1 SGB X unter Beachtung der im Bereich der vertragsarztrechtlichen Honorarverteilung geltenden, von der Rechtsprechung anerkannten Besonderheiten aus (Hinweis auf BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R, SozR 4-2500 § 72 Nr. 2). Zudem habe die Beklagte im Klageverfahren auf Anforderung des Gerichts zur Vorbereitung der mündlichen Verhandlung mit Schriftsatz vom 25. Juli 2013 die Bildung von Vergütungsvolumen und Quote näher dargelegt und plausibilisiert. Diese Darlegungen und das Zahlenmaterial seien von der Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung nicht grundsätzlich in Frage gestellt worden. Auch für die Kammer ergäben sich keine Anhaltspunkte für rechtliche Bedenken. Keine Zweifel an der Rechtskonformität der Berechnungen folgten daraus, dass in diese Schätzungen zum Fremdkassenzahlungsausgleich, d. h. den für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen, eingeflossen seien. Zwar sei seine Einbeziehung im Quartal IV/2010 durch den Bewertungsausschuss noch nicht vorgegeben gewesen. Zutreffend habe die Beklagte jedoch geltend gemacht, dass die spätere Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses insoweit nur redaktioneller Natur gewesen sei, denn ein Rechenweg ohne jede Berücksichtigung des Fremdkassenzahlungsausgleichs wäre abwegig gewesen. Dessen erhebliche Größenordnung spreche insoweit eine deutliche Sprache; seine Einbeziehung habe sich denn auch allein zugunsten der Klägerin

ausgewirkt. Dann aber sei es zum Zeitpunkt der Bildung des Vergütungsvolumens und der Quote nicht zu vermeiden, auch mit Schätzungen zu arbeiten, weil insbesondere die Daten zum Fremdkassenzahlungsausgleich zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorlägen. Dass es andere Wege der Berechnung einer Quote gegeben haben möge, auf denen es auf Schätzungen in dieser Weise nicht angekommen wäre, mache den von der Beklagten beschrittenen Weg nicht rechtswidrig. Die Quote für Laborkosten von 91,9% im streitbefangenen Quartal – wie auch die Quoten für Laborkosten insgesamt im Zeitraum vom Quartal IV/2010 bis II/2012, in den auf dieser Grundlage Quotierungen vorgenommen worden seien, die zwischen 84,5% und 91,9% geschwankt hätten – begründe schließlich auch nicht unabhängig von ihrer Berechnung allein durch ihre Höhe eine Rechtsverletzung der Klägerin. Zwar habe die Beklagte einen unteren Wert nicht definiert, den eine Quote nicht hätte unterschreiten dürfen. Aber wäre er definiert worden, dürfte er bei eher 80% gelegen haben (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – B 6 KA 45/12 R, a.a.O.). Diese Größenordnung sei im streitbefangenen Quartal und auch sonst nicht erreicht worden. Als Problem bleibe die fehlende Kosten- und Kalkulationssicherheit für die Klägerin. Deren Bedeutung auch und gerade für Laborärzte habe das BSG mehrfach betont. Zwar könnten die Laborärzte ihre überweisungsgebundenen Aufträge ohnehin nur begrenzt steuern und auch deshalb insoweit ihre Leistungsmenge, Kosten und Vergütung nur begrenzt kalkulieren. Aber das treffe letztlich auf jeden anderen Arzt auch zu, der sein Patienten- und Fallaufkommen nur in Grenzen steuern könne. Zudem sei in der Rechtsprechung des BSG geklärt, dass die Laborärzte trotz ihrer Bindung an den Überweisungsauftrag in gewissen Grenzen den Umfang der von ihnen erbrachten Leistungen selbst (mit) bestimmen könnten, sodass mengenbegrenzende Regelungen nicht nur bei den überweisenden Ärzten sondern auch bei den Laborärzten ansetzen dürften (Hinweis auf BSG, Beschluss vom 28. Oktober 2009 – B 6 KA 15/09 B, juris). Es gehe hier deshalb um etwas anderes, nämlich um die vor dem Abrechnungsquartal bestehende Kalkulationssicherheit der ärztlichen Vergütung und Kostenerstattung für eine definierte Leistungsmenge, wie sie den RLV eigen sei. Zwar gölten deren Regelungen gerade nicht für Laborleistungen, aber ohne jede Kalkulationssicherheit gehe es auch für Laborärzte nicht. Diese habe vorliegend gefehlt. Denn die Quoten seien erst mit dem Honorarbescheid und damit nach dem Abrechnungsquartal mitgeteilt worden. Doch dass dies hier so geschehen sei, führe nicht zur Rechtswidrigkeit des Honorarbescheids, wenn das Konzept der Quotierung sich in der Sache rechtfertigen lasse und das Vergütungsvolumen und die Quoten im Rahmen dieses Konzepts zutreffend berechnet worden seien. Dies aber sei vorliegend der Fall. Höhere, unquotierte Leistungen kämen nicht in Betracht. Es gebe daher keinen Honoraranspruch der Klägerin, über den noch einmal neu und anders entschieden werden könnte. Anders wäre es nur, wenn das Argument der fehlenden Kosten- und Kalkulationssicherheit so stark wäre, dass es die streitbefangenen Quotierungen wegen ihrer Art und Weise schlechterdings verböte. So liege es aber nicht. Für die Vergütung von Leistungen im Vorwegabzug außerhalb von RLV sei schon durch den Gesetzgeber der Kalkulationssicherheit kein mit der RLV-Vergütungssystematik vergleichbares Gewicht eingeräumt worden. Abschließend verdiene der Umstand Beachtung, dass die hier streitgegenständliche regionale Quotierung durch den VM der Vergangenheit angehöre, weil seit dem Quartal III/2012 die anders ausgestalteten Vorgaben der Beigeladenen zu 2 vom 15. Dezember 2011 nach § 87b Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes gölten. Sie sähen eine bundesweit einheitliche Quotierung für bestimmte Laborleistungen durch eine Abstaffelungsquote vor, die vor Beginn des Abrechnungsquartals bekannt gegeben werde, und hätten schon deshalb zu Verbesserungen für die Laborärzte geführt.

Mit ihrer 12. September 2013 eingelegten Berufung gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 13. August 2013 zugestellte Urteil des SG wiederholt und vertieft die Klägerin ihr bisheriges Vorbringen. Das SG habe das ab dem 1. Januar 2009 geltende System der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen grundsätzlich verkannt. Die vom SG unterstellte Kompetenz der kassenärztlichen Vereinigungen, mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich einen Honorarverteilungsmaßstab zu vereinbaren, habe es formal nicht mehr gegeben. Es habe ein Paradigmenwechsel stattgefunden, angesichts dessen sich das SG nicht am MGV als zentralem Punkt der Honorarverteilung habe orientieren dürfen. Das Prinzip der widerspruchsfreien Normgebung sei verletzt, wenn einerseits im EBM bestimmte Leistungen als Kostenerstattungsbeträge mit festen Beträgen ausgewiesen seien und andererseits gerade diese Leistungen uneingeschränkt quotiert werden könnten. Die Quotierung führe im Ergebnis zu einer sehr ungleichen Risikoverteilung zwischen den Laborärzten und den dem RLV unterliegenden Fachgruppen. Das Landesschiedsamt Hamburg habe am 15. August 2013 die Honorarvereinbarung für das Jahr 2013 festgestellt und dabei bei der Entscheidung über die Höhe der MGV die Laborkosten mit der Begründung ausgenommen, dass es sich hierbei um Kostenerstattung bundeseinheitlich ermittelter Kosten und nicht um ärztliche Vergütung innerhalb der MGV handele. Das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen habe bereits mit Urteil vom 8. November 2006 (L 3 KA 186/03) entschieden, dass Pauschalerstattungen einer mengensteuernden Regelung nicht zugänglich seien, und sei dabei vom BSG durch Nichtannahmebeschluss von 23. Mai 2007 (B 6 KA 91/06 B) bestätigt worden. Selbst wenn man davon abweichend die in Abschnitt 32 EBM aufgeführten Kosten und Kostenpauschalen als quotierbar ansähe, bedürfte es doch einer vorliegend fehlenden Auffangklausel, wenn – wie hier – eine gesamte Fachgruppe von dem Grundsatz, dass wenigstens ein bestimmter Teil des Honorars kalkulierbar sein müsse, ausgenommen werde. Das SG habe im Übrigen zu Unrecht den vom Bewertungsausschuss vorgegebenen und den ... Gesamtvertragspartnern umgesetzten Weg der Ausgabenbegrenzung für den Laborbereich für alternativlos gehalten. Dies sei tatsächlich nicht der Fall. Zum einen gebe es bereits den Wirtschaftlichkeitsbonus als ein Steuerungsinstrument zur Mengenregulierung, zum anderen wäre es möglich gewesen, die Kostensätze für zukünftige Quartale neu zu ermitteln und im EBM festzusetzen. Es wäre auch möglich gewesen, pro Parameter und durchgeführte Analysenzahl eine Abstaffelung vorzunehmen. Die Budgetierung der MGV sei mithin kein zwingender Grund dafür gewesen, die Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM zu quotieren und den Laborärzten damit den gesetzlichen Anspruch auf ein kalkulierbares Honorar zu verweigern. Schließlich werde weiterhin moniert, dass die Berechnung der Kontingentierung und der Quotierung nicht nachvollziehbar sei. Die erst kurz vor der mündlichen Verhandlung vor dem SG nachgelieferte rudimentäre Berechnung hätte spätestens in die Begründung des Widerspruchsbescheids gehört.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 31. Juli 2013 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 24. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. August 2011 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM unquotiert zu vergüten, hilfsweise, die Klägerin hinsichtlich ihres Honoraranspruchs für das Quartal IV/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für richtig. Anders als die Klägerin meine, habe das SG sehr wohl den von der Klägerseite so bezeichneten

Paradigmenwechsel erkannt und sich mit den erforderlichen flankierenden Maßnahmen der Umsetzung sachgerecht auseinandergesetzt. Es habe dargelegt, dass das unstreitige Herzstück der vom Gesetzgeber vorgegebenen RLV-Systematik angesichts einer begrenzten MGV nur dann funktionieren könne, wenn die RLV nicht durch unbegrenzte Vorwegabzüge in bestimmten Leistungsbereichen so sehr ausgehöhlt würden, dass sie die wesentlichen Leistungen für die wesentlichen Arztgruppen nicht mehr finanziell sicherstellten. Das SG habe festgestellt, dass dem Bewertungsausschuss auch insofern die Kompetenz zustehe, dieses durch entsprechende Regelungen zu gewährleisten. Eine Delegationsmöglichkeit an die Gesamtvertragspartner sei rechtmäßig gewesen. Es sei sachgerecht gewesen, weil in einigen KV-Bereichen wie dem der Beklagten hier dringender Handlungsbedarf bestanden habe, während dies in anderen Regionen nicht der Fall gewesen sei. Der Weg des Bewertungsausschusses, eine regionale Quotierung für Laborleistungen freizugeben, sei als Instrument dessen Gestaltungs- und Regelungsspielraums nicht zu beanstanden. Für die in den Labore tätigen Fachgruppen habe nicht nur kein Anspruch auf Bildung eines RLV bestanden, sondern die Unterlassung der Bildung eines RLV sei beschlusskonform (Hinweis auf Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in dessen 218. Sitzung) und schon deshalb sachgerecht gewesen, weil in diesem Bereich ausschließlich auf Überweisung tätig geworden werde. Die von der Klägerseite angeführten Festsetzungen des Landesschiedsamtes für das Jahr 2013 beträfen nicht das vorliegend streitige Quartal und seien daher hier nicht relevant. Ab dem Quartal III/2012 gölten die bundeseinheitliche Laborquote der KBV, die für die Vergütung der Laborleistungen insofern maßgeblich geworden sei, und ab dem 1. Januar 2012 das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, welches regional neue Verhandlungsoptionen ermögliche. Dem ins Feld geführten, aus Sicht der Klägerin für die Labore in Hamburg besonders hohen Kostenanteil dürfte prima facie entgegenstehen, dass sich gerade im Zuständigkeitsbereich der Beklagten eine Konzentrierung von – ja bundesweit agierenden – Laboren vollzogen habe, was betriebswirtschaftlich dann verwundern müsste. Die von der Klägerin zitierte Rechtsprechung des LSG Niedersachsen-Bremen sei auf die Zeit der RLV nicht mehr anwendbar, weil hier eine vollständig andere Honorararchitektur gelte. Wenn für Arztgruppen nach den Festlegungen des Bewertungsausschusses RLV vorgesehen seien, so komme insbesondere das Ziel der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis als auch die Kalkulationssicherheit für den Arzt zum Tragen. Für Labore, die ausschließlich im Überweisungswege tätig würden und in gewissem Umfang die Leistungsmenge beeinflussen könnten, seien keine RLV vorgesehen. Dies mache die gesetzgeberischen Ziele nicht obsolet. Die Kalkulationssicherheit sei dadurch gewährleistet, dass die Beklagte im Rahmen ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht einschreiten müsste, wenn die Laborleistungen im Ergebnis ungerechtfertigt schlechter bezahlt würden als die der anderen Fachärzte. Hierzu gebe es jedoch keinen Anhalt. Die vom BSG als grobe Linie formulierte 80%-Grenze, sei nicht gerissen worden. Eine Beschwer der Klägerin aufgrund der fehlenden Auffangklausel sei demnach nicht ersichtlich. Das von der Klägerseite ins Zentrum gerückte, von ihr gesehene Problem der ungleichen Risikoverteilung sei für die Beklagte nicht nachvollziehbar. Die Klägerseite trage vor, dass die quotierte Vergütung der Laborleistungen und Kostenpauschalen zu einer ungleichen Risikoverteilung zwischen den Laborärzten und den dem RLV unterliegenden Fachgruppen geführt habe. Da es sich inzwischen um die Betrachtung eines abgeschlossenen Zeitraumes handele, wäre durch die Klägerin darzulegen, worin sich eine solche Schlechterstellung in der Honorarverteilung konkret realisiert haben solle. Entsprechendes sei nicht ersichtlich. Tatsächlich habe die Vergütungsquote für Laborkosten im streitigen Quartal IV/2010 bei 91,9% gelegen, während die durchschnittliche Vergütungsquote für alle Arztgruppen, betrachtet über alle RLV-und QZV-Leistungen, bei 83% gelegen habe. Insofern sei auf die ständige Rechtsprechung des BSG zu verweisen, wonach der Vertragsarzt (lediglich) einen Anspruch auf angemessene Teilhabe an den von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen habe. Der Gedanke der Widersprüchlichkeit einer vermeintlichen Garantie, die dann relativiert werde, sei bereits vom BSG in seiner Entscheidung vom 11. Dezember 2013 (B 6 KA 6/13 R, juris-Rn. 23 ff.) auf den Punkt gebracht worden.

Die Beigeladenen zu 1 und 2 stellen keine Anträge.

Die Beigeladene zu 1 hält das angefochtene Urteil ebenfalls für richtig und schließt sich inhaltlich den Ausführungen der Beklagten, des Sozialgerichts und der Beigeladenen zu 2 im Klageverfahren an.

Die Beigeladene zu 2 hat sich im Berufungsverfahren nicht inhaltlich geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Sitzungsniederschrift vom 19. August 2015, die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten und den übrigen Inhalt der hiesigen Prozessakte sowie der ausweislich der Sitzungsniederschrift beigezogenen Akten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte (§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht (§ 151 SGG) eingelegte Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung, auf die der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug nimmt (§ 153 Abs. 2 SGG), abgewiesen.

Auch das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren rechtfertigt es nicht, vom Urteil des SG abzuweichen. Vielmehr beruhten die Bescheide der Beklagten auf wirksamen und in Einklang mit jeweils höherrangigem Recht stehenden Rechtsgrundlagen (dazu I) und waren formell (dazu II) und materiell (dazu III) rechtmäßig.

I.) Die Beklagte konnte sich für die den angefochtenen Honorarbescheiden zugrundeliegende Quotierung der Leistungen nach dem Kapitel 32 EBM auf gültige Rechtsgrundlagen stützen, die insbesondere – entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten – im Einklang mit höherrangigem Recht standen.

1.) Die Klägerin kann sich nicht mit Erfolg darauf berufen, der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 habe in Teil F Abschnitt I Ziffer 2.5.1. gegen höherrangiges Recht verstoßen. Das SG ist vielmehr zu Recht davon ausgegangen, dass der Bewertungsausschuss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V a.F. in Verbindung mit Abs. 2 Satz 7 der Vorschrift dafür zuständig und dazu befugt war, den Partnern der Gesamtverträge Vorgaben zur Vergütung der Laborkostenerstattungen zu machen (mittlerweile ebenso: BSG, Urteile vom 19. August 2015 – B 6 KA 33, 34 und 44/14 sowie 11 und 12/15 R, s. Terminbericht Nr. 37/15 vom 20. August 2015). Soweit die Klägerin sich zur Stützung ihrer gegenteiligen Auffassung auf die Entscheidung des Landesschiedsamts aus dem Jahr 2013 sowie das Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 8. November 2006 (L 3 KA 186/03) bezieht, folgt der Senat den Ausführungen der Beklagten in deren Berufungserwiderung in den Schriftsätzen vom 31. Januar 2014 und 12. Dezember 2014, auf die insoweit Bezug genommen wird, und sieht sich durch die vorgenannten Entscheidungen des BSG vom 19. August 2015 bestätigt.

a) Der Bewertungsausschuss ist innerhalb seines speziellen Aufgabenbereichs (dazu BSG, Beschluss vom 10. Dezember 2008 – B 6 KA 37/08 B, juris, Rn. 11) tätig geworden. § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V sah vor, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden konnten, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich war. Nach § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V (in der Fassung, die sowohl zur Zeit der fraglichen Beschlüsse des Bewertungsausschusses als auch im streitigen Quartal galt) bestimmte der Bewertungsausschuss u.a. Vorgaben zur Umsetzung von § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V. Zu diesen Vorgaben gehörten auch Regelungen, die die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen innerhalb der Gesamtvergütung, aber außerhalb der RLV betrafen. Hierzu gehören auch die in Rede stehenden Kostenerstattungen nach dem Kapitel 32 EBM, wie sich im Gegenschluss aus § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V ergibt. Dem Urteil des BSG vom 27. Juni 2012 (Az. B 6 KA 28/11 R) ist insoweit lediglich zu entnehmen, dass der Bewertungsausschuss nicht berechtigt war, die Höhe der Vergütung außerhalb der RLV verbindlich vorzuschreiben (BSG, a.a.O., Rn. 39). Dies allerdings ist in dem genannten Beschluss auch nicht geschehen. Vielmehr hat es der Bewertungsausschuss bei allgemeinen Vorgaben für die Vergütung und Steuerung belassen, die den Partnern der Gesamtverträge nach § 82 Abs. 2 SGB V hinreichend Raum zur Ausfüllung beließen. Soweit das BSG im Übrigen an der zitierten Stelle auf § 87a Abs. 3 Satz 5 zweiter Halbsatz SGB V hinweist, betrifft dies Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung, wozu die im vorliegenden Fall streitigen Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM gerade nicht gehören. Dies lässt aber zugleich erkennen, dass das Gesetz zwischen solchen vertragsärztlichen Leistungen unterscheidet, die vollends außerhalb der Gesamtvergütung vergütet werden (§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V) und solchen Leistungen, die innerhalb der Gesamtvergütung, aber außerhalb der RLV vergütet werden (§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V a.F.).

b) Die Regelungs- und "Delegations"kompetenz des Bewertungsausschusses hielt sich im Übrigen auch innerhalb der von einer weitreichenden Verlagerung auf die Bundesebene geprägten Zuständigkeitsordnung, wie sie durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit Wirkung zum 1. Januar 2009 geschaffen worden war und die ihren unmittelbaren Niederschlag in § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V a.F. gefunden hatte (dazu etwa Clemens in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 34 Rn. 3 und 134). Dies ergibt sich zunächst unmittelbar aus dem dargestellten Wortlaut von § 87b Abs. 2 Satz 7, Abs. 4 Satz 2 SGB V a.F., der den Bewertungsausschuss zu Vorgaben ermächtigte. Von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht hatte der Bewertungsausschuss dergestalt, dass er ausdrücklich den Partnern der Gesamtverträge eine Einigung über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens vorgeschrieben hatte. Da jedoch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Partner der Gesamtverträge als Institutionen und den Gesamtvertrag als Rechtsinstitut u.a. zur Regelung der Vergütung der Vertragsärzte unangetastet gelassen hatte (vgl. nur die §§ 82 Abs. 2, 83 SGB V), hielt sich diese Vorgabe im Rahmen der geänderten Kompetenzordnung. Die im Zusammenhang mit dieser geänderten Kompetenzordnung aufgeworfene Frage, ob die Verteilungsmaßstäbe des (damals) neuen Rechts diese Bezeichnung verdienten, ist rein terminologischer Natur (dazu Clemens, a.a.O, Rn. 142).

c) Der Beschluss des Bewertungsausschusses verstieß auch nicht deswegen gegen höherrangiges Recht, weil dies – wie die Klägerin annimmt – eine Vergütung der im Kapitel 32 EBM aufgeführten Kostenerstattungen zu den dort genannten Festbeträgen statuiert hätte. Der dort normierten Bewertung in Euro-Beträgen anstatt in Punktzahlen kommt keine normative Bedeutung zu, wonach die in Kapitel 32 EBM geregelten Leistungen außerhalb des sonstigen Systems der vertragsärztlichen Honorarverteilung stünden (aus neuerer Zeit auch SG Dresden, Urteil vom 3. September 2014 – S 18 KA 163/11, juris). Die formell-gesetzlichen Vorgaben einer Finanzierung aus der (gem. § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V mit befreiender Wirkung gezahlten) MGV sowie letztlich auch die – ebenfalls formell-gesetzlich statuierten – Grundsätze der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und der insgesamt angemessenen Vergütung aller vertragsärztlicher Leistungen (§ 72 Abs. 2 SGB V) stehen der Festlegung "absolut" fester Punktwerte von vornherein entgegen (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – B 6 KA 45/12 R, SozR 4-2500 § 87b Nr. 4 = juris, Rn. 26 m.w.N.) und somit auch der Annahme der Klägerin, es gelte ein derartiges Sonderregime für Laborkostenerstattungen. Da diese gesetzlichen Vorgaben an die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen normhierarchisch deutlich oberhalb der bundesmantelvertraglichen Bestimmungen stehen, auf die die Klägerin sich beruft, käme eine solche Ausnahme allein aufgrund einer formell-gesetzlichen Sonderregelung in Betracht, wofür allerdings nichts ersichtlich ist. Somit fehlte dem Bewertungsausschuss nicht etwa – wie die Klägerin meint – deswegen die Befugnis zu seinen entsprechenden Vorgaben, weil § 87b SGB V a.F. keine Quotierung vorsah, sondern er wäre umgekehrt nur dann nicht dazu berechtigt gewesen, wenn das formelle Gesetz die von der Klägerin erstrebte Privilegierung mit hinreichender Deutlichkeit vorgesehen hätte. Da es sich somit bei den Euro-Bewertungen des Kapitels 32 EBM nicht um fest auf der Ebene der Bundesmantelverträge vereinbarte Kostensätze handelt, greift auch der Einwand der Klägerin nicht, diese seien einer regionalen Preisbildung entzogen. Vielmehr war dem Bewertungsausschuss eine bundeseinheitliche Regelung nicht möglich, da sich seine Kompetenz nach § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V a.F. auf Vorgaben (zum Begriff BSG, Urteil vom 27. Juni 2012 – B 6 KA 28/11 R) beschränkte.

d) Aus letztlich denselben Gründen bedurfte es keiner speziellen formell-gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage für eine von den Euro-Bewertungen in Kapitel 32 EBM abweichende Vergütung. Dass die Klägerin schon angesichts der Limitierungen, die sich aus dem Charakter der MGV ergeben, keinen verfassungsrechtlich fundierten Anspruch auf Laborkostenerstattungen unter Zugrundelegung der vollen Euro-Bewertungen hatte, folgt auf der Ebene des Verfassungsrechts aus dem in Art. 12 Abs. 1, 3 Abs. 1 GG verankerten Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit (dazu etwa BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 30. März 2001 – 1 BvR 1491/99, NZS 2001, 486), angesichts dessen der verfassungsrechtliche geschützte Honoraranspruch des einzelnen Vertragsarztes durch die ebenso abgesicherten Ansprüche der anderen Vertragsärzte begrenzt wird. Dass das Gesetz in § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V a.F. die Vorgaben zur deswegen gebotenen Eingliederung der Laborkostenerstattung in das System der aus der MGV vergüteten Leistungen pauschal dem Bewertungsausschuss übertragen und dieser die nähere Ausgestaltung den Gesamtvertragspartnern gemäß § 82 Abs. 2 SGB V überlassen hatte, begegnet keinen Bedenken. Mit anderen Worten: Da sich die Honorarbegrenzung aus allgemeinen Regeln ergab und keiner besonderen Rechtfertigung bedurfte, mussten die Einzelheiten ihrer Umsetzung auch nicht zwingend durch den parlamentarischen Gesetzgeber geregelt werden.

2.) a) Soweit die Klägerin der regionalen Quotierungsregelung in § 6 Abs. 3 Satz 3 der Anlage A zum VM entgegenhält, sie verstoße gegen die bundeseinheitlich vereinbarten Vorgaben aus Kapitel 32 EBM, dringt sie hiermit aus den bereits genannten Gründen nicht durch: Dem Kapitel 32 EBM lässt sich ein Anspruch auf Vergütung der dort aufgeführten Leistungen zu den dort genannten Euro-Beträgen nicht entnehmen.

b) Weiter stand die genannte Vorschrift auch in Einklang mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010, denn sie war Ergebnis einer Einigung der Gesamtvertragspartner über ein "Verfahren" bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens. Dass der

Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern nach § 82 Abs. 2 SGB V nicht nur die Schaffung von – technisch verstanden – Verfahrensvorschriften überantwortet, sondern sie auch zum Erlass von Vorschriften über eine konkrete Honorarbegrenzung ermächtigt hatte, ergibt sich aus der bereits mehrfach erwähnten Einbindung in das System der aus der MGV zu vergütenden Leistungen. Zu genaueren Vorgaben etwa im Sinne der vorliegend streitigen Quotierungsregelungen wäre der Bewertungsausschuss im Übrigen auch nicht berechtigt gewesen (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – B 6 KA 45/12 R, SozR 4-2500 § 87b Nr. 4 = juris, Rn. 19).

c) Die zur Quotierung führenden Regelungen verstießen auch nicht deswegen gegen höherrangiges Recht, weil eine Quotierung dem "gesetzlichen Leitbild" von Steuerungsmaßnahmen widersprochen hätte. Dass die "freien Leistungen" im Sinne von § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V a.F. einer Steuerung zugänglich waren, hat das BSG bereits entschieden (BSG, a.a.O., Rn. 20 ff.). Dass derartige Steuerungen nur im Wege der Mengensteuerung möglich sein sollten, ergibt sich weder aus dem Gesetz (das ja auch solche Leistungen kennt, die aus der MGV vergütet werden und dennoch keinem RLV unterliegen können) noch aus der einschlägigen höchstrichterlichen Rechtsprechung. Vielmehr erscheint in einem System, das von RLV bei begrenzter Gesamtvergütung geprägt ist, eine Quotierung der "freien Leistungen" geboten und auch ein gewisses Floaten der Punktwerte ist nicht zu vermeiden (BSG, a.a.O., Rn. 26 m.w.N.). Bedenken gegen die Übertragbarkeit dieser Rechtsprechung auf die Laborkostenerstattungen hat der Senat nicht, denn die vom BSG (a.a.O.) identifizierte Gefahr, dass der Anteil, der für "freie Leistungen" aufgebracht werden muss, in zu hohem Maße auf Kosten der Vergütung der innerhalb der RLV erbrachten Leistungen geht, besteht in der vorliegenden Konstellation ebenso. Schließlich stand der fraglichen Regelung im VM auch nicht entgegen, dass bereits der EBM Instrumente der Mengensteuerung und Honorarbegrenzung in Gestalt des so genannten Laborbudgets sowie der nach Fallzahlen abgestaffelten Bewertung der Laborgrundpauschale Nr. 12220 EBM enthält. Normative Anhaltspunkte dafür, dass diese Regelungen eine Sperrwirkung gegenüber einer zusätzlichen Quotierung auf der Ebene der Honorarverteilung entfalteten, gibt es nicht (ausführlich SG Dresden, Urteil vom 21. Januar 2015 – S 18 KA 118/11, juris, Sprungrevision hiergegen ausweislich des o.g. Terminberichts Nr. 37/15 vom 20. August 2015 zurückgewiesen durch BSG, Urteil vom 19. August 2015 – B 6 KA 11/15 R).

c) Die hieraus resultierenden Honorarbegrenzungen haben sich im Übrigen auch nicht etwa rückwirkend ausgewirkt: Von einem abgewickelten Lebenssachverhalt im Sinne der verfassungsrechtlichen Rückwirkungsdogmatik (vgl. BVerfG, Beschluss vom 15. Oktober 1996 – 1 BvL 44/92, 1 BvL 48/92, BVerfGE 95, 64; aus neuerer Zeit etwa BVerwG, Urteil vom 13. September 2007 – 5 C 38/06, BVerwGE 129, 265) lässt sich – anders als die Klägerin meint – nicht schon dann sprechen, wenn der Vertragsarzt seine Leistung vollständig erbracht hat, denn hiermit ist zwar die Leistung selbst abgewickelt, nicht aber ihre Vergütung. Insbesondere ist es nicht etwa so, dass die Klägerin kraft Erbringung ihrer Leistung einen Anspruch auf Zahlung des vollen Euro-Betrages nach Kapitel 32 EBM erworben und die Beklagte nachträglich in diesen Anspruch eingriffen hätte (vgl. zur Qualifizierung der Abänderung einer bereits entstandenen Steuerschuld als retroaktiv: BVerwG, Beschluss vom 24. November 2014 – 9 BN 3/14, juris). Der quartalsweise abgerechnete Vergütungsanspruch bestand vielmehr von vornherein nur nach Maßgabe der in diesem Quartal geltenden Rechtsvorschriften, wozu auch die des VM zählten.

II.) Die angegriffenen Bescheide waren auch formell rechtmäßig und litten insbesondere nicht an Begründungmängeln, aufgrund derer die Klägerin ihre Aufhebung beanspruchen könnte. Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, vermochte die Klägerin öffentlich bekanntgemachten Regelungen zu entnehmen, dass ein Teil der MGV im Vorwegabzug gleichsam entnommen wurde, um damit die aus der MGV, aber außerhalb der RLV-Systematik zu vergütenden Leistungen nach Kapitel 32 EBM zu vergüten. Dasselbe galt für die Formel, nach der dieser Teil berechnet wurde, für den Umstand, dass der so berechnete Vorwegabzug die Vergütung von Leistungen nach dem Kapitel 32 EBM begrenzte und schließlich für die Konfliktregelung, die bestimmte, was galt, wenn die im Vorwegabzug entnommenen Mittel nicht ausreichten. Auch der Senat teilt die Einschätzung, dass die Beklagte nicht gehalten war, der Klägerin bereits in den angefochtenen Bescheiden die Berechnung der angewandten Quote Schritt für Schritt darzulegen. Das Bundessozialgericht hat zu den rechtlichen Anforderungen an die Begründung von Honorarbescheiden ausgeführt (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R, SozR 4-2500 § 72 Nr. 2 = juris Rn. 32 f.):

"b) Die Begründungen der angefochtenen Honorarbescheide genügen den Anforderungen des § 35 Abs 1 SGB X. Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind nach Abs 1 Satz 2 aaO dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen (vgl BSGE 74, 70, 74 f = SozR 3-2500 § 106 Nr 23 S 128 f; BVerwGE 74, 196, 205; BVerwG NVwZ 1986, 374, 375; Engelmann in: von Wulffen, aaO, § 35 RdNr 5; Krasney in: Kasseler Kommentar, § 35 SGB X RdNr 4).

Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen (vgl BSGE 74, 70, 75 = SozR 3-2500 § 106 Nr 23 S 129 und BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 11 - zu Bescheiden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung; ebenso BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 46 S 384 f). Das erlaubt es den KÄVen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine KÄV alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM ergibt (BSGE 81, 213, 215 = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 150)."

Der Senat schließt sich dieser Rechtsprechung nach eigener Prüfung an. Soweit die Klägerin in diesem Zusammenhang darauf abstellt, die Beklagte habe die Grundlagen ihrer Schätzung nicht dargelegt, hätte gerade dies die Anforderungen an die Begründung eines Honorarbescheides überspannt: Die Begründung hat den wesentlichen Zweck, dem Adressaten eines Verwaltungsakts die Prüfung und Entscheidung zu ermöglichen, ob er von seinen Rechtsschutzmöglichkeiten Gebrauch machen will. Bedient sich die Behörde hierbei einer Schätzung, so kann sich der Adressat des Verwaltungsaktes bei seiner Entscheidung daran orientieren, ob er hinsichtlich des geschätzten Wertes verlässlichere Daten hat als die Behörde. Die Kenntnis, wie die Behörde zu dem geschätzten Wert gelangt ist, ist hierfür allenfalls

sekundär.

Überdies gilt, dass die Klägerin selbst bei Vorliegen eines Begründungsmangels deswegen nicht die Aufhebung der angegriffenen Bescheide beanspruchen könnte. Auch im Vertragsarztrecht gilt § 42 Satz 1 SGB X, wonach bei rechtsgebundenen Verwaltungsakten bloße Begründungsmängel grundsätzlich nicht deren Aufhebung rechtfertigen (BSG, Urteil vom 27. Juni 2012 – B 6 KA 37/11 R, SozR 4-2500 § 85 Nr. 71). Um solche gebundenen Entscheidungen handelte es sich bei den angegriffenen Verwaltungsakten. Dass ein etwaiger Begründungsmangel die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hätte, ist offensichtlich. Im Übrigen hat die Beklagte die Erläuterungen und "rudimentären" Zahlen zur Berechnung der Quote im laufenden Klageverfahren nachgereicht.

III.) Die Bescheide standen auch in Einklang mit ihren materiell-rechtlichen Grundlagen bzw. wichen nicht zu Ungunsten der Klägerin von diesen ab.

1.) Die Klägerin kann sich nicht mit Erfolg darauf berufen, dass die Beklagte bei der Berechnung des in Schritt 18 der Formel 9 in Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 angesprochenen Veränderungsfaktors eine regionale statt der vorgegebenen bundeseinheitlichen Veränderungsrate herangezogen hatte. Denn durch diese Abweichung ist die Klägerin nicht beschwert, weil erstere höher ist (1,0198 anstelle von 1,016616); entsprechend hat die Klägerseite dies auch nicht gerügt.

2.) Die Klägerin kann ihren mit der Berufung weiterverfolgten Anspruch auch nicht darauf stützen, sie sei unzumutbar in ihrer Kalkulationssicherheit eingeschränkt gewesen. Einen Anspruch auf unquotierte Vergütung kann sie aus diesem Gesichtspunkt ohnehin nicht ableiten, denn er widerspräche den oben dargestellten Grundsätzen. Auch ein Anspruch auf Neubescheidung bestünde im Ergebnis nur, wenn die Klägerin dartun könnte, dass es aufgrund mangelnder Kalkulationssicherheit zu einer wirtschaftlichen Situation gekommen sei, in der nach allgemeinen Grundsätzen die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung dadurch gefährdet gewesen wäre, dass in dem betreffenden fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr für eine vertragsärztliche Tätigkeit bestanden hätte (zu letzterem BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, B 6 KA 44/03 R, BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2, Rn. 129, 140). Anhaltspunkte hierfür liegen allerdings nicht vor. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die von der Beklagten ermittelten Quoten auch in der Langzeitentwicklung nicht auf ein Niveau herabgesunken sind, das prima facie eine Intervention notwendig hätte erscheinen lassen: Quartal Quote 4/10 91,9 1/11 84,5 2/11 91,5 3/11 91,2 4/11 89,1 1/12 85,6 2/12 84,8 Durchschnitt: 88,37 %.

IV.) Sämtliche vorstehenden Ausführungen gelten entsprechend für die Quotierung der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM (hierzu auch ausdrücklich BSG, Urteil vom 19. August 2015 – B 6 KA 33/14 R, s. Terminbericht Nr. 37/15 vom 20. August 2015).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 2 und 3 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Zulassung der Revision beruht auf § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
HAM
Saved
2015-10-27