

S 22 KA 195/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
22

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 22 KA 195/10
Datum

28.01.2015
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-

Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (FKZ-RL) können von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Gegenstand einer Feststellungsklage vor den Sozialgerichten gemacht werden.

2. Die FKZ-RL in der Fassung vom 19.01.2010 (Version 1.05) und vom 28.07.2011 (Version 1.06) verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht.

3. Die [§§ 75 Abs. 7a Satz 1 SGB V](#), [87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des GKV-WSG schließen eine Regelung in der FKZ-RL nicht aus, nach der die in der in der Leistungserbringer-KV erbrachten Leistungen von der Wohnort-KV im Hinblick auf die vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nur quotiert vergütet werden.

4. Das Inkraftsetzen der FKZ-RL in der Fassung vom 19.01.2010 zum 1. Januar 2009 stellt einen Fall der zulässigen unechten Rückwirkung dar.

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerinnen tragen die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese jeweils selbst tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der von der Beklagten erlassenen "Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen" (im Folgenden: FKZ-RL).

Mit Einführung des neuen Vergütungssystems für vertragsärztliche Leistungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBl. I 378](#)) zum 1.1.2009 (vgl. [§ 87a Abs. 1](#), [§ 87b Abs. 1 SGB V](#) a.F.) – insbesondere mit einer einheitlichen Gebührenordnung in Euro auf der Grundlage bundeseinheitlicher Orientierungspunktwerte – wurden zugleich die gesetzlichen Vorgaben für die von der Beklagten zu erlassende FKZ-RL ergänzt (vgl. [§ 75 Abs. 7a SGB V](#) a.F.) und weitere Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung eingefügt (vgl. [§ 87a Abs. 3a Satz 1](#) und 2, [§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#) a.F.). Der Bewertungsausschuss (BewA) und der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBewA) erließen daraufhin eine Reihe von Beschlüssen zur näheren Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben, so vor allem den Beschluss vom 27./28. August 2008 (DÄBl. 2008, A 1988).

Die Beklagte änderte daraufhin die FKZ-RL vom 8. August 2008 (Version 1.03 - in Kraft getreten am 1. Januar 2008) mit Datum vom 26. Mai 2009 (Version 1.04). Die Version 1.04, die ausweislich des Titelblattes "ab 1/2009 bis 2/2009" gültig war, bestimmte in Ziff. 2.1. Abs. 2: "Die Höhe der Vergütung der Leistungen nach 1.3.1. bis 1.3.4. ergibt sich aus der Bewertung mit den Preisen der für den abrechnenden Vertragsarzt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung". Die Ziff. 1.3.1. bis 1.3.4. enthielten nähere Bestimmungen zu den im FKZ-Verfahren berechnungsfähigen Leistungen.

Die Geschäftsführung des BewA fragte unter dem 1. Oktober 2009 beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Beigeladene zu 1), an, ob unter den in § 87a Abs. 3a Satz 1 und 2 genannten Preisen die jeweils gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) geltenden Preise der jeweiligen Eurogebührenordnung zu verstehen sind, oder ob in diesem Kontext ebenso andere Preise, beispielsweise im Rahmen von Abstaffelungen, zur Anwendung kommen könnten. Die Beigeladene zu 1) führte in ihrem Antwortschreiben vom 28. Oktober 2009 – das der

Beklag-ten und der Beigeladenen zu 2) nachrichtlich zur Kenntnis gegeben wurde – unter näheren Darlegungen aus, dass § 87a Abs. 3a Satz 1 und 2 so auszulegen sei, dass die dort genann-ten Preise auch andere Preise, beispielsweise im Rahmen von Abstaffelungen, umfassen könnten.

Daraufhin fasste der BewA in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 2009 den Beschluss zur Konkretisierung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7./8. Sit-zung am 27./28. August 2008 für im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertrags-ärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachte Leis-tungen mit folgendem Regelungsgehalt:

" 1. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß [§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) erbrachten Leistungen mit dem am Ort der Leistungserbringung jeweils gültigen, ggf. quotierten Punktwert vergütet werden.

2. Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe beschließt der Bewertungsausschuss folgende Er- gänzungen des Beschlussteils B:

a. Bei Nr. 1.2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: "Diese enthalten auch die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der ver-tragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) erbrachten Leistungen."

b. Nr. 3 wird ergänzt um: "Der so festgestellte Behandlungsbedarf umfasst alle in Anspruch genommenen Leistungen ei-nes Versicherten, die der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zuzuordnen sind, d.h. auch die im Falle einer überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) erbrachten entsprechenden Leistungen."

c. Nach Nr. 5 wird folgender Absatz eingefügt:

6. Vergütung von Leistungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung "Die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung inner-halb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachten Leistungen mit Ausnahme des sich ggf. aus Beschluss Teil E ergebenden nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind Bestandteil des Behandlungsbedarfs und unterliegen den in diesem Beschlussteil und im Beschlussteil F getroffenen Regelungen. Die Krankenkassen haben in 2009 ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamt-ver-gütung sind, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regi-onalen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen."

Einen entsprechenden Beschluss fasste der BewA unter dem gleichen Datum zugleich mit Wirkung zum 1. Januar 2010.

In der Folge beschloss die Beklagte am 19. Januar 2010 eine neue Fassung der FKZ-RL (Version 1.05), mit der unter anderem Ziff. 2.1 zum 1. Januar 2009 wie folgt ergänzt wurde:

"(2) Die Höhe der Vergütung der Leistungen nach 1.3.1. bis 1.3.4. ergibt sich aus der Bewertung mit den Preisen der für den abrechnenden Vertragsarzt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung, soweit in den Absätzen 3 und 6 nichts Abweichendes geregelt ist.

(3) Wird eine Leistung nach 1.3.1 bis 1.3.3. gemäß der gesamtvertraglichen Regelung in der zahlungs-pflichtigen KV innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von der Krankenkasse vergütet und übersteigt oder unterschreitet die Summe der von den Vertragsärzten aus dem eigenen Bereich und den Vertragsärzten aus fremden KV-Bereichen innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtver-gütung abgerechneten Leistungen, bewertet mit den Preisen der jeweils gültigen Euro-Gebührenord-nungen, den für das Abrechnungsquartal mit der Krankenkasse vereinbarten Zahlbetrag der morbi-di-tätsbedingten Gesamtvergütung, erfolgt zur Festlegung der Vergütung eine Quotierung des von der zahlungsfordernden KV nach Absatz 2 ermittelten Vergütungsbetrages durch die zahlungspflichtige KV.

(4) Die Quotierung nach Absatz 3 erfolgt durch Multiplikation der Vergütung nach Absatz 2 mit dem Quotienten aus der Division des für das Abrechnungsquartal mit der Krankenkasse vereinbarten Zahl-betrages der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Dividend) und der Summe der von den Vertrags-ärzten aus dem eigenen Bereich und den Vertragsärzten aus fremden KV-Bereichen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgerechneten Leistungen, bewertet mit den Preisen der je-weils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnungen (Divisor).

(5) Die Vergütungen für Vorgangspositionen sind bei der Ermittlung des Quotienten nach Absatz 2 zu berücksichtigen, soweit Sie von der zahlungspflichtigen bzw. zahlungsfordernden KV dem Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeordnet wurden.

(6) Wird eine Leistung gemäß 1.3.4. gemäß der gesamtvertraglichen Regelung in der zah-lungsfordernden KV innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von der Krankenkasse ver-gütet, finden - ungeachtet den gesamtvertraglichen Regelungen in der zahlungspflichtigen KV - die Re-gelungen nach den Absätzen 3 und 4 auf die nach Absatz 2 für diese Leistung übermittelte Vergütung analog Anwendung."

Mit Datum vom 28.07.2011 wurde die FKZ-RL mi Wirkung ab I/2011 erneut geändert (Version 1.06). Neben der Einfügung von Abs. 7 wurde Abs. 2 der Ziff. 2 wie folgt neu gefasst:

"Die Höhe der Vergütung der Leistungen nach 1.3.1. bis 1.3.4 innerhalb und außerhalb (einschließlich der von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen bereinigten Leistungen) der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ergibt sich aus der Bewertung mit den Preisen der für den abrechnenden Vertragsarzt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung soweit in den Absätzen 3 und 6 nichts Abweichendes geregelt ist."

Die Klägerinnen zu 1) bis 3) hatten zunächst vorgetragen, als großstädtische Kassenärztliche Vereinigungen (KV) würden sie aufgrund ihrer

zentralen Versorgungssituation in einer Metro-pole in erheblichem Umfang von auswärtigen Versicherten in Anspruch genommen. Nach Beiritt der weiteren Klägerinnen haben sie ihren Vortrag dahin ergänzt, auch im Bereich der Klä-gerinnen zu 4) und 5) würden überwiegend in den jeweiligen Metropolen in Bayern und Baden-Württemberg Leistungen für Versicherte mit Wohnsitz in andern KV-Bezirken erbracht. Sie tragen vor, sie hätten auf der Grundlage der FKZ-RL in der Version 1.04 Leistungen ihrer Mitglieder vergütet und Verrechnungen mit anderen KV durchgeführt.

Sie seien verpflichtet, ihre Mitglieder für die Fremdkassenfälle auf der Basis ihrer Euro-Gebüh-renordnung zu vergüten, erhielten hierfür aber nur einen geringeren, quotierten Anteil durch die Wohnort-KV zurück. Dies gelte in besonderer Weise für Leistungen und Kostenerstattun-gen, die nicht der Begrenzung durch Regelleistungsvolumen unterliegen. Für diese Leistun-gen erhielten die Ärzte in der Leistungserbringer-KV die volle Kostenerstattung, während die Leistungserbringer-KV selbst von der Wohnort-KV nur einen quotierten, geringeren Betrag erhalte.

[§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des GKV-WSG regele entsprechend der Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen, dass diese die Leistungen, die ihre Versicherten bei einem Arzt außerhalb des Bezirks der Wohnort-KV in Anspruch nehmen, zu dem Preis zu vergüten hätten, der in der Leistungserbringer-KV vereinbart worden sei. Ergänzend be-stimme sodann [§ 75 Abs. 7a SGB V](#), dass die Leistungserbringer-KV von der Wohnort-KV diesen Preis erstattet erhalte. Nach dem eindeutigen Wortlaut von [§ 75 Abs. 7a SGB V](#) habe die Leistungserbringer-KV einen Anspruch darauf, für die erbrachten Leistungen Vergütungen nach den Preisen der in ihrem Bezirk geltenden Euro-Gebührenordnung zu erhalten. Dagegen verstoße die FKZ-RL in der Version 1.05 und 1.06 mit dem dort geregelten Quotierungsverfahren. Wenn die angegriffene FKZ-RL in Ziff. 2.1. Abs. 3 und 4 vorsehe, dass die bereichsei-ge-nen und bereichsfremden Leistungen addiert und im Verhältnis zur vereinbarten morbi-di-tätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gesetzt würden, stelle dies einen Verstoß gegen [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) dar. Es gebe keinen "quotierten Punktwert" im Sinne der Be-schlüsse des BewA in seiner 208. Sitzung.

Entgegen der Ansicht der Beigeladenen zu 2) sei der Fremdkassenzahlungsausgleich im Grundsatz nicht "ausgabenneutral". Im Gegenteil ergebe sich aus [§§ 87a Abs. 3a Satz 2](#) und [75 Abs. 7a SGB V](#), dass etwaige Differenzen zwischen den Preisen in der Leistungserbringer- und der Wohnort-KV zeitnah "spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der morbi-di-tätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen" seien.

[§ 87a Abs. 3a SGB V](#) betreffe nicht den vereinbarten Behandlungsbedarf, sondern die Ver-gütungs-differenz zwischen Wohnort-KV und Leistungserbringer-KV. Diese Preisdifferenz sei völlig unabhängig von dem vereinbarten Behandlungsbedarf zu berücksichtigen. [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) regele die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung eigen-ständig und unabhängig von den Vorschriften zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Es liege ein zweistufiges Verfahren vor. Auf einer ersten Stufe würde nach [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) die zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vereinbart. [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) lege dann als Ausnahme fest, wie Leistungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung zu vergüten seien. Es werde also auf der Ebene der Leistungsvergütung vom Gesetzgeber bestimmt, dass diese Leistungen von den Krankenkassen mit den Preisen zu vergüten sind, die in der KV gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. Weder in [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) noch in [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) finde sich ein Hinweis darauf, dass die Vergütungen im Rahmen der überbezirklichen Versorgung nur für die "innerhalb des vereinbarten Behandlungsbedarfs erbrachten Leistun-gen" gezahlt werden sollen. Sinn und Zweck und Inhalt der Vereinbarung einer Gesamtver-gütung nach [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) sei gerade nur die Leistungserbringung innerhalb einer KV. Weder der Vertragsarzt der Leistungserbringer-KV noch diese selbst hätten jedoch Einfluss auf die Verhandlungen in der Wohnort-KV und könnten deshalb auch nicht gezwungen wer-den, Leistungen unterhalb des vereinbarten Vergütungsniveaus zu erbringen

[§ 87a Abs. 3a SGB V](#) spreche nur von "Preisen". Dabei sei unerheblich, ob sich regionale Preisunterschiede aufgrund regionaler Euro-Gebührenordnungen bzw. Zuschläge oder auf-grund unterschiedlicher Auszahlungspunktwerte ergeben. Preisunterschiede aufgrund unter-schiedlicher Punktwerte oder unterschiedlicher Preise aufgrund anderer Umstände würden nicht unterschieden. Woraus sich der Preisunterschied ergebe, sei für die Anwendung von [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) unerheblich.

Es sei unzutreffend, dass der Zahlungsausgleich zwischen der Wohnort-KV und der Leis-tungserbringer-KV auf der Basis der in der Wohnort-KV vereinbarten Gesamtvergütung zu erfolgen habe. Dagegen spreche bereits, dass [§ 75 Abs. 7a SGB V](#) unter Abweichung von Abs. 7 Satz 2 bestimme, dass die in der Leistungserbringer-KV zu zahlende Vergütung aus-zugleichen sei. Der Wunsch, für die überbezirkliche Durchführung vertragsärztlicher Tätigkeit nicht mehr als das zu bezahlen, was als morbiditätsbedingte Gesamtvergütung mit der jewei-ligen Wohnort-KV verhandelt worden sei, werde von der Gesetzessystematik nicht getragen. Die Höhe der Vergütung sei bei einem Abweichen der verhandelten Preise gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) von den gezahlten Preisen über die Möglichkeit der Nachverhandlung gemäß [§ 87a Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) von der Vergütungssystematik der morbiditätsbedingten Ge-samtvergütung gemäß [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) vollkommen entkoppelt.

Sie sind ferner der Auffassung, mit dem Inkrafttreten der FKZ-RL in der Version 1.05 zum 1. Januar 2009 liege ein Fall der sog. echten Rückwirkung vor, da aufgrund der vorhergehenden Richtlinie Beiträge ausgekehrt und Verrechnungen vorgenommen worden seien. Damit werde ihre Rechtsposition nachträglich zu ihrem Nachteil verändert. Sie hätten wegen [§ 75 Abs. 7a SGB V](#) nicht mit einer Neuregelung rechnen müssen. Die Norm hätte vielmehr Vertrauen da-hin begründet, dass es bei den Verrechnungsmodalitäten der FKZ-RL vom 26. Mai 2009 (Ver-sion 1.04) verbleibe.

Die Klägerinnen beantragen,

festzustellen, dass die von der Beklagten erlassene "Richtlinie zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen" vom 19. Januar 2010 in der Version 1.05 und vom 28. Juli 2011 in der Version 1.06 rechtswidrig ist.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie führt aus, sie sei zunächst aufgrund des Wortlauts in [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des GKV-WSG davon ausgegangen, dass die Preise der Leistungserbringer-KV im Rahmen der Rechnungslegung von der Wohnort-KV bei den Krankenkassen einzufordern seien und somit eine vollständige Refinanzierung der in Höhe der Preise der Euro-Gebührenordnung geltend gemachten Leistungen durch die Krankenkassen erfolge. Daraufhin sei die Version 1.04 am 26. Mai 2009 beschlossen worden.

Sie habe das Schreiben der Beigeladenen zu 1) vom 28. Oktober 2009 an den BewA als aufsichtsrechtliche Weisung ihr gegenüber verstanden. Angesichts der aufsichtsrechtlichen Weisung und der entsprechenden Beschlüsse des BewA in seiner 208. Sitzung, nach dem die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten seien, sei sie gezwungen gewesen, die FKZ-RL anzupassen. Eine unquotierte Forderung der Fremdarztleistungen bei der kassenseitigen Rechnungslegung durch die Wohnort-KV sei aus ihrer Sicht – trotz anderweitig bestehender Rechtsauffassung – nicht mehr durchsetzbar gewesen.

Maßgeblich für das Verständnis in der Sache sei, dass die Abrechnung auf der Honorar–ebene, d.h. zwischen dem Arzt und der für ihn zuständigen Leistungserbringer-KV, und die auf Gesamtvergütungsebene, d.h. die Abrechnung mit der Krankenkasse in der Wohnort-KV, in unterschiedlichen KV-Bezirken erfolge. Der Ausgleich erfolge aber nicht auf der Honorar–ebene, sondern unter Berücksichtigung der in der Wohnort-KV vereinbarten Gesamtvergütung. Der FKZ-Ausgleich erfolge auf Gesamtvergütungsebene. Daraus folge, dass die Vergütung der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) zwingend mit der in [§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, Satz 2](#) i.V.m. Abs. 7a SGB V vorgesehenen Vergütung zu verknüpfen sei.

Bei der rückwirkenden Inkraftsetzung der FKZ-RL in der Version 1.05 handele es sich nicht um eine sog. "echte" Rückwirkung, da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung und Bekanntgabe der geänderten FKZ-RL der Ausgleich für das Quartal I/2009 noch nicht abgeschlossen gewesen sei. Eine Änderung der FKZ-RL im Wege einer "unechten" Rückwirkung sei notwendig gewesen, um erhebliche Rechtsunsicherheiten hinsichtlich des FKZ für das Jahr 2009 zu vermeiden und um zu verhindern, dass die KV den Fremdkassenzahlungsausgleich auf der Basis einer FKZ-RL durchführen, die im Widerspruch zu der eindeutigen Weisung des BMG und den Beschlüssen des BewA stehe.

Im Übrigen hätten die Klägerinnen nicht auf den Fortbestand der FKZ-RL in der Version 1.04 vertrauen können, da diese am 7. Mai 2009 in der Sitzung des Arbeitskreises der KV (AK KV) diskutiert worden sei. Bereits seinerzeit sei deutlich geworden, dass einige KV eine Quotierung befürworteten. Dazu verweist sie auf einen beigegeführten Protokollauszug. Die Mitglieder der AK KV hätten dem Vorschlag zugestimmt, die Richtlinie ohne Quotierung einzuführen und nach zwei Quartalen der Erprobung zu entscheiden, ob die Richtlinie ggf. rückwirkend zu ändern sei. In einer Sondersitzung der AK KV am 24. November 2009 sei nochmals abschließend über die Quotierung beraten worden.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Die Beigeladene zu 1) führt auf gerichtliche Nachfrage aus, bei dem von der Beklagten in Bezug genommenen Schreiben vom 28. Oktober 2009 handele es sich nicht um eine aufsichtsrechtliche Weisung. Die Formulierung "Abstaffelung" in dem Schreiben beziehe sich unter Berücksichtigung von [§ 87a Absatz 3a Satz 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 75 Abs. 7a SGB V](#) jeweils auf die Anwendung entsprechender Regelungen im Geltungsbereich der KV, deren Mitglied der Leistungserbringer ist, der die bereichsfremde Leistung erbringt (Leistungserbringer-KV).

Die Beigeladene zu 2), der GKV-Spitzenverband, verweist darauf, dass der Fremdkassenzahlungsausgleich wegen der befreienden Wirkung der Gesamtvergütungszahlung im Grundsatz ausgabenneutral sei. Der vereinbarte Behandlungsbedarf umfasse aufgrund des Wohnortprinzips den gesamten Behandlungsbedarf der Versicherten mit Wohnort in der KV und damit auch den Behandlungsbedarf bei Inanspruchnahme von Ärzten in einem anderen KV-Bezirk.

Eine Ausnahme von dem Grundsatz der Ausgabenneutralität ergebe sich nur dann, wenn Preisunterschiede zwischen den regionalen Euro-Gebührenordnungen der Wohnort-KV und der Leistungserbringer-KV bestünden. Dies sei z.B. der Fall bei der Regelung von regionalen Zuzahlungen oder Abschlägen.

Für diesen Fall treffe [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) die Regelung, dass der (vereinbarte) Behandlungsbedarf nicht mit den vereinbarten Preisen der Wohnort-KV, sondern den Preisen der Leistungserbringer-KV bewertet werden soll.

Nicht geregelt sei aber, wie es sich auf den Fremdkassenzahlungsausgleich auswirke, wenn Leistungen über den vereinbarten Behandlungsbedarf hinaus abgerechnet werden. Leistungen über den vereinbarten Behandlungsbedarf seien aber von den Krankenkassen (KK) nur zu vergüten, wenn im Sinne des [§ 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) ein unvorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vorliege. Sei das nicht der Fall, müssten die über den vereinbarten Behandlungsbedarf hinaus abgerechneten Leistungen mit der tatsächlich zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung in Einklang gebracht werden. Dies sei Gegenstand der Regelung in Ziff. 2.1 Abs 3 und 4 der FKZ-RL in der Version 1.05 und 1.06. Die von den Klägerinnen angegriffene Quote in den FKZ-RL betreffe nicht die in [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) geregelte Fallgestaltung unterschiedlicher Preise in den Euro-Gebührenordnungen von Leistungserbringer- und Wohnort-KV, sondern den gesetzlich nicht näher geregelten Fall einer Überschreitung des Behandlungsbedarfs.

Vor diesem Hintergrund seien auch die Beschlüsse des BewA in seiner 208. Sitzung zu sehen. Auf der Grundlage der FKZ-RL 1.04 seien Meinungsverschiedenheiten zwischen den KV und den KK entstanden. So sei von den KV zum Teil die Auffassung vertreten worden, die gesamten Leistungen des FKZ seien von den KK gesondert neben der MGK nach der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Zum anderen sei von den KV vertreten worden, dass im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im FKZ Leistungen stets, d.h. auch bei Überschreitung des vereinbarten Behandlungsbedarfs, mit den vollen Beiträgen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien und die KK die hieraus resultierende Überschreitung der MGK zu tragen hätten. Daraufhin hätten sich die Trägerorganisationen des BewA an die Beigeladene zu 1) gewandt.

Die Beschlüsse des BewA in seiner 208. Sitzung fassten die dargestellte Rechtslage zusammen. Die darin enthaltene Festlegung, wonach die Krankenkassen im Jahre 2009 und 2010 ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der MGK seien, also außerhalb der MGK ("extrabudgetär") zu zahlen seien, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung

ergebenden Mehrkosten zu tragen hätten, sei mit Blick auf die MGV-Leistungen möglich, weil der BewA für die Jahre 2009 und 2010 keine Indikatoren für regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur gemäß § 87 Abs. 2f SGB V festgesetzt hätte. Aufgrund dessen hätten mit Blick auf die MGV-Leistungen keine Preisunterschiede zwischen den regionalen Euro-Gebührenordnungen bestanden, die nach § 87a Abs. 3a SGB V zu berücksichtigen gewesen wären. Entsprechende Festlegungen seien auch für 2011 und 2012 erfolgt.

Preisunterschiede zwischen verschiedenen KV-Bezirken könnten zum einen aus der Vereinbarung unterschiedlicher Punktwerte gemäß § 87a Abs. 2 SGB V resultieren. Diese seien im Rahmen des FKZ auszugleichen. Davon zu unterscheiden seien Preisunterschiede auf der Ebene der Honorarverteilung. Für diese "Preisunterscheide" bestehe keine Ausgleichspflicht. Dies spiegle sich auch in den angegriffenen FKZ-RL Version 1.05 und 1.06 wieder. Zu trennen sei die Ebene der Gesamtvergütungen, die in § 87a SGB V geregelt sei, und die Ebene der Vergütung der Vertragsärzte, die Regulationsgegenstand von § 87b SGB V sei.

Die Beigeladene zu 3), die KV Brandenburg, verweist darauf, dass der Einwand der Klägerin-nen, sie würden im Rahmen der Honorarverteilung mehr Mittel ausreichen als ihnen kassen-seitig im Rahmen der MGV zu Verfügung stünden, das Wesen der Honorarverteilung ausmache. Der Gesetzgeber habe mit §§ 87a und 87b zwei getrennte Rechtskreise vorgegeben. Es handle sich dabei keineswegs um ein Problem des FKZ-Ausgleichs. Die geforderte 100%ige Vergütung der Fremdarztleistungen würde allein im Land Brandenburg eine Summe von ca. 23 Mio. Euro für den Zeitraum 2009 bis III/2013 ausmachen, die von den KK zu zahlen wären.

Die Beigeladene zu 4), die KV Hessen, wendet ein, es gebe keine vernünftige Begründung, warum die jeweils in den Bereichen der einzelnen KV geltenden Quotierungen der angeforderten Anteile der Gesamtvergütung im Bereich des FKZ-Ausgleichs nicht gelten sollten. Bereits unter den derzeit geltenden Bedingungen leiste sie im Rahmen des FKZ in jedem Quartal mehr als 19 Mio. Euro. Ein Wegfall des derzeitigen Quotierungsverfahrens würde zu einer weiteren Belastung um ca. 1 bis 1,5 Mio. Euro pro Quartal führen, ohne dass hierfür Mittel zur Verfügung stünden. Für 2009 bis 2012 würde die Klageforderung zu Mehrbelastungen von ca. 24 Mio. Euro führen.

Die Beigeladene zu 7), die KV Nordrhein, hält die Klage im Hinblick auf die vom Sozialgericht Berlin an das Sozialgericht Düsseldorf verwiesenen Zahlungsklagen für unzulässig.

Mehrfache Vergleichsverhandlungen der Beteiligten blieben ohne Erfolg.

Wegen des Vortrags der Beteiligten im Übrigen wird auf die Gerichtsakten (4 Bände) verwiesen, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden.

Entscheidungsgründe:

Die zulässigerweise erhobene Klage ist unbegründet.

Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG gegeben, da öffentlich-rechtliche Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung streitgegenständlich sind (§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, Satz 2, Abs. 7a SGB V i.d.F. des GKV-WSG). Das Gericht hat in der Besetzung mit zwei (Vertrags-) Ärzten entschieden, da es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte (§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG) handelt. Maßgeblich ist, dass mit der Beklagten als Kassenärztliche (Bundes-) Vereinigung eine Einrichtung entschieden hat, die im Rechts-sinne ausschließlich aus Ärzten besteht (vgl. nur Wenner, NZS 1999, 172, 174). Der Umstand, dass für die FKZ-RL seit 1. April 2007 das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen ist (vgl. § 75 Abs. 7a Satz 2 SGB V i.d.F. des GKV-WSG), ist unerheblich, da in der Rechtsprechung auch in anderen Zusammenhängen anerkannt ist, dass ein Einvernehmenserfordernis mit den Krankenkassen nicht für die Anwendbarkeit von § 12 Abs. 3 Satz 1 SGG ausreichend ist (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/ders./Leitherer, SGG, 11. Aufl. § 12 Rn. 7 unter Verweis auf BSGE 70, 285; Urt. v. 23.3.2011 – B 6 KA 15/10 R-; Wenner a.a.O. 175).

Die Klage gegen die FKZ-RL ist als Feststellungsklage statthaft (vgl. § 55 SGG). Dem steht nicht entgegen, dass vorliegend kein Rechtsverhältnis im Sinne von § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG, sondern eine untergesetzliche normative Regelung im Streit steht und das SGG im Unterschied zur VwGO mit Ausnahme von § 55a SGG keine Normenkontrollklage kennt. Der für das Vertragsarztrecht zuständige 6. Senat des BSG hat wiederholt entschieden, dass im Recht der GKV juristische und natürliche Personen, die durch untergesetzliche Normen in ihren rechtlich geschützten Belangen betroffen sind, unter bestimmten Voraussetzungen die Norm selbst oder deren Fehlen zum Gegenstand der Klage machen können (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 21.3. 2012 – B 6 KA 16/11 R- juris Rn. 23 m.w.Nw.). Die Notwendigkeit einer Anerkennung einer fachgerichtlichen Rechtsschutzmöglichkeit gegen untergesetzliche Normen folge bereits aus Art. 19 Abs. 4 GG; auch die Rechtsetzung der Exekutive in Form von Rechtsverordnungen und Satzungen – entsprechendes gilt für Richtlinien des G-BA – sei Ausübung der öffentlichen Gewalt und daher in die Rechtsschutzgarantie einbezogen. Die (grundsätzliche) Anerkennung einer fachgerichtlichen Rechtsschutzmöglichkeit gegen untergesetzliche Rechtssätze entspreche auch dem Willen des Gesetzgebers, den er bei Schaffung der Regelungen des § 29 Abs. 2 ff. SGG (BR-Drs. 820/07) zum Ausdruck gebracht habe (so auch schon BSG, Urt. v. 14.11. 2011 – B 6 KA 29/10 – BSGE 110, 20). Eine derartige Klagemöglichkeit bestehe in den Ausnahmefällen, in den die Betroffenen ansonsten keinen effektiven Rechtsschutz erreichen könnten, weil ihnen nicht zuzumuten sei, Vollzugsakte zur Umsetzung der untergesetzlichen Normen abzuwarten oder die Wirkung der Norm ohne anfechtbaren Vollzugsakt eintritt (BSG, Urt. v. 21.3. 2012 a.a.O.).

Die auf der Grundlage von § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, 7a SGB V erlassenen FKZ-RL regelt unmittelbar den Zahlungsverkehr zwischen den KV und verpflichtet die KV gemäß § 81 Abs. 3 SGB V zu Satzungsbestimmungen, nach denen die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich sind. Die FKZ-RL erlangt über die Verbindlichkeitsklausel Rechtsnormqualität (vgl. KassKomm/Hess § 75 SGB V Rn. 46) und schafft damit auch für die KV unmittelbar geltendes Recht, ohne dass es weiterer Vollzugsakte bedarf oder diese regelhaft ergehen. Streitigkeiten zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den KV über die konkrete Anwendung der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erlassenen Richtlinien können daher im Rahmen einer Feststellungsklage sozialgerichtlich geklärt werden (so auch KassKomm/Hess a.a.O.). Die Zulässigkeit der Feststellungsklage wird auch nicht dadurch infrage gestellt, dass nach Rechtshängigkeit der Klage Leistungsklagen anhängig gemacht wurden, mit denen einzelne KV Zahlungsansprüche geltend machen, die sich aus der Unwirksamkeit der FKZ-RL in der Version 1.05 bzw. 1.06 ergeben sollen und bei denen die Wirksamkeit der FKZ-RL inzi-dent zur Prüfung gestellt wird. Hierbei handelt es nicht um einen maßnahmespezifischen effektiven Rechtsschutz, der

(nachträglich) zur Subsidiarität der Feststellungsklage führt.

Die Klägerinnen haben auch ein berechtigtes Interesse an der Feststellung der Verbindlichkeit der FKZ-RL. Zur Vermeidung einer Popularklage ist auch bei der Feststellungsklage der Rechtsgedanke des [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) heranzuziehen ([BSGE 105, 1](#)). Daher müssen bei einer im Wege der Feststellungsklage zulässigen Rechtsverfolgung "eigene" Rechte bzw. "eigenrechtlich geschützte Belange" betroffen sein (siehe nur BSG, Urt. v. 21.3.2012 – [B 6 KA 16/11 R](#) – juris Rn. 31 m.w.Nw.). Die FKZ-RL betrifft die Klägerinnen in eigenen rechtlich geschützten Belangen, da diese sicherzustellen hat, dass die Leistungserbringer-KV von der Wohnort-KV für die erbrachten Leistungen die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 erhält (vgl. [§ 75 Abs. 7a Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des GKV-WSG). Die Klägerinnen machen geltend, dass die streitgegenständliche FKZ-RL diesen gesetzlichen Vorgaben nicht entspricht und sie daher finanzielle Nachteile erleiden.

Streitgegenständlich ist vorliegend sowohl die FKZ-RL in der Version 1.05 vom 19. Januar 2010 als auch die FKZ-RL in der Version 1.06 vom 28. Juli 2011. Die FKZ-RL in der Version 1.05 behält für den Zeitraum vom I/2009 bis IV/2010 ihre eigenständige Bedeutung. Die spätere Einbeziehung der Version 1.06 ist als nachträgliche Klagehäufung zulässig ([§§ 56, 99 SGG](#)), da die Beteiligten sich auf die neue Klage eingelassen haben und die Klageänderung im Übrigen sachdienlich ist. Nicht mehr zum Gegenstand des Rechtsstreits gemacht wurden die späteren Fassungen der FKZ-RL, so vor allem die ab I/2012 gültige Version 1.07 (vom 15. Mai 2012), die ab III/2012 gültige Version 1.08 (vom 15. Mai 2012) sowie die ab I/2013 gültige Version 1.09 (vom 15. Juli 2013) und die ab IV/2013 gültige Version 1.10 (vom 17. April 2014).

Das Sozialgericht Berlin ist örtlich und sachlich zuständig. [§ 57a Abs. 4 SGG](#) in der zum Zeitpunkt der Klageerhebung geltenden Fassung (SGGArbGGÄndG v. 26.3.2008, [BGBl I 444](#)) bestimmt für die örtliche Zuständigkeit für vertragsärztliche Streitigkeiten, dass in Angelegenheiten, die Entscheidungen oder Verträge auf Bundesebene betreffen, das Sozialgericht zuständig ist, in dessen Bezirk die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihren Sitz hat. Entscheidungen im Sinne der Vorschrift sind auch Beschlüsse mit Normcharakter (vgl. Keller, in: Mey-Ladewig/ders./Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 57a Rn. 3). Vorliegend ist unmittelbar Streitgegenstand die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß [§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, Abs. 7a SGB V](#) erlassene FKZ-RL, die Geltung im gesamten Bundesgebiet beansprucht. Sitz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Berlin (vgl. § 1 Abs. 3 der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung). Die örtliche Zuständigkeit des Sozialgerichts Berlin würde erst recht nach der Neufassung von [§ 57a Abs. 4 SGG](#) i.d.F. des BUK-NOG v. 19.10.2013 ([BGBl I S 3836](#)) bestehen, ohne dass es darauf nach dem Prinzip der "perputatio fori" ankommt (vgl. [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 17 Abs. 1 Satz 1 GVG](#), BSG, Urt. v. 21.3.2012 – [B 6 KA 16/11 R](#) –).

Es besteht auch keine sachliche Zuständigkeit des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg. Vor allem sind keine Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Streit (vgl. [§ 29 Abs. 4 Nr. 3 SGG](#)), sondern solche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, so dass es bei der Grundregel zur sachlichen Zuständigkeit in [§ 8 SGG](#) verbleibt.

Die durch Hinzutritt der Klägerinnen zu 3) sowie zu 4) und 5) vorgenommene nachträgliche subjektive Klagehäufung ist ebenfalls zulässig. Die Klägerin zu 3) ist mit am 14. September 2011 beim Sozialgericht Berlin eingegangen Schreiben und die Klägerinnen zu 4) und 5) sind mit am 25. Oktober 2012 und am 30. Oktober 2012 eingegangenen Schreiben wirksam beigetreten. Eine gemeinsame Verhandlung und Entscheidung ist auch zweckmäßig, da die Klägerinnen rechtlich identische Bedenken gegen die streitgegenständliche FKZ-RL geltend machen. Die Voraussetzungen des [§ 56 SGG](#) sind daher ebenfalls gegeben.

Die Klage ist aber unbegründet. Die von der Beklagten erlassene FKZ-RL in der Version 1.05 und 1.06 ist rechtmäßig. Die Beklagte darf den Fremdkassenzahlungsausgleich zwischen den KV regeln, soweit ihr durch Gesetz eine entsprechende ausdrückliche Ermächtigung eingeräumt ist und die von ihr erlassene Richtlinie nicht gegen höherrangiges Recht verstößt.

[§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) (i.d.F. des Gesetzes vom 11.12.2001, [BGBl I 3256](#)) verpflichtet die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ("haben") in Richtlinien die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind. Entsprechende Regelungen enthalten der BMV-Ä oder der EKV-Ä für den streitgegenständlichen Zeitraum nicht. [§ 75 Abs. 7 Satz 2 SGB V](#) regelt näher, dass die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 sicherstellen muss, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf Basis bundesdurchschnittlicher Verrechnungspunktwerte ist zulässig. [§ 75 Abs. 7a SGB V](#) (i.d.F. des GKV-WSG mit lediglich redaktionellen Anpassungen durch das GKV-VStG vom 22.12.2011, [BGBl I 2983](#)) bestimmt dazu ergänzend: Abweichend von Absatz 7 Satz 2 muss die für die ärztliche Versorgung geltende Richtlinie nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 sicherstellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 erhält. Dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen.

Gemäß [§ 87a Abs. 3a Satz 1](#) und 2 SGB V (i.d.F. des GKV-WSG mit lediglich redaktionellen Anpassungen durch das GKV-VStG) sind für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung die Leistungen abweichend von Abs. 3 Satz 3 und 4 von den Krankenkassen mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. Weichen die nach Absatz 2 Satz 5 vereinbarten Preise von den Preisen nach Satz 1 ab, so ist die Abweichung zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen.

Diesen Vorgaben entspricht die FKZ-RL in der Version 1.05 und 1.06. Bei den gemäß [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) für Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend von den Krankenkassen zu vergütenden Preisen handelt es sich um die Preise, die abweichend von den Orientierungswerten (i.d.F. des GKV-WSG = a.F.) bzw. dem Orientierungswert nach § 87a Abs. 1 Satz 1 (i.d.F. des GKV-VStG = n.F.) durch Vereinbarung von Zu- und Abschlägen nach [§ 87a Abs. 2 Satz 2](#) und 3 SGB V n.F. gebildet werden (siehe unten a). Dies schließt es nicht aus, Leistungen von Vertragsärzten der sog. Leistungserbringer-KV, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbracht werden, mit einem quotierten Preis zu vergüten (siehe unten b). Bei den entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2, für die die für die ärztliche Versorgung geltende Richtlinie nach [§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) sicherstellen muss, dass sie die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden

(Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), erhält (vgl. [§ 75 Abs. 7a SGB V](#)), handelt es sich ebenfalls um die Vergütung, die durch die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 2](#) und 3 SGB V n.F. auf der Grundlage des sog. Orientierungswertes gebildet wird (unten c). Die FKZ-RL in der Version 1.05 ist auch nicht wegen Verstoß gegen das sog. Rückwirkungsverbot unwirksam (siehe unten d).

Das gemäß [§ 75 Abs. 7a Satz 2 SGB V](#) für den Erlass der FKZ-RL erforderliche Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wurde nach übereinstimmendem Vortrag der Beklagten und der Beigeladenen zu 2) zu beiden streitgegenständlichen Versionen hergestellt. Die Bekanntmachung der FKZ-RL erfolgte zulässigerweise durch Rundschreiben gegenüber den betroffenen KV (vgl. § 21 der Satzung der Beklagten).

a. Die gemäß [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) abweichend zu vergütenden Preise sind nur solche, die durch die Vereinbarung von Zu- oder Abschlägen durch die Vertragspartner – die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen – gemäß [§ 87a Abs. 3 Satz 2](#) und 3 SGB V n.F. auf der Grundlage des Orientierungswertes nach [§ 87 Abs. 2e SGB V](#) vereinbart werden. Dies folgt sowohl aus der Systematik der neuen Vergütungsregelung als auch aus dem Wortlaut sowie dem Sinn der Vorschriften.

Das BSG hat zu den §§ 87a und b i.d.F. des GKV-WSG bereits ausgeführt, dass trotz der Neuausrichtung der vertragsärztlichen Vergütung durch die gesetzliche Neuregelung die klassischen Elemente des bisherigen Vergütungsrechts übernommen worden sind, nämlich die Vereinbarung einer die Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen abgeltenden Vergütung, die befreiende Wirkung der Zahlung sowie die Geltung des Wohnortprinzips (Urt. v. 27.6.2012 – [B 6 KA 28/11 R](#) – [BSGE 111,114](#), 125 – unter Bezugnahme auf Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Mai 2012, K § 87a Rn. 24). Die Gesamtvergütung ist nach der gesetzlichen Definition des [§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen. Sie ist als die Summe der Vergütungen zu verstehen, die eine Krankenkasse für sämtliche zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen zu entrichten hat, die in einem Kalendervierteljahr von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Ärzten (einschließlich der Psychotherapeuten) und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, ermächtigten Ärzten und ermächtigten Einrichtungen und in Notfällen auch von sonst nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen im Geltungsbereich des SGB V erbracht wurden. Der Begriff "Gesamtvergütung" stellt klar, dass die Krankenkassen mit dieser Vergütung die Gesamtheit der von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) sicherzustellenden vertragsärztlichen Versorgung abgelten (BSG a.a.O. S. 126 Rn. 61). Im Gesetz ist ausdrücklich bestimmt, dass die Zahlung der Gesamtvergütung "mit befreiender Wirkung" erfolgt ([§§ 85 Abs. 1, 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Damit ist klargestellt, dass mit der Zahlung der Gesamtvergütung (grundsätzlich) alle Vergütungsansprüche aus den im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen für den jeweiligen Vergütungszeitraum abgegolten sind und die Krankenkassen von ihren finanziellen Lasten für die vertragsärztliche Versorgung befreit sind. Diese Befreiungswirkung ist ein zentrales und unverzichtbares Element des (gegenwärtigen) vertragsärztlichen Vergütungssystems. Daran hat sich auch unter der Geltung des neuen Vergütungssystems durch das GKV-WSG nichts geändert (vgl. BSG a.a.O. Rn. 62 f.).

Aus dem Vorstehenden folgt, dass eine Vergütung von Leistungen außerhalb der (vereinbarten) Gesamtvergütung nur zulässig ist, soweit dies das Gesetz ausdrücklich vorsieht ([BSGE 111, 114](#), 126 Rn. 61) und Ausnahmen vom Grundsatz der sog. "befreienden Wirkung der Gesamtvergütung" auf eng umschriebene Ausnahmefälle begrenzt bleiben.

In diesem Sinne sieht das Gesetz in [§ 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) i.d.F. des GKV-WSG zunächst eine Ausnahme von der befreienden Wirkung der (morbiditybedingten) Gesamtvergütung im Sinne einer Nachvergütungspflicht im Fall eines unvorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor (vgl. [BSGE 111, 113, 126 Rn. 63](#)). [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) enthält darüber hinaus zwei weitere Ausnahmen vom Grundsatz der befreienden Wirkung der Zahlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die allerdings anders als der unvorhersehbare Anstieg der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in [§ 87a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) a.F. nicht zu einer unmittelbaren Nachvergütungspflicht, sondern (nur) zu einer zeitnahen Berücksichtigung der Abweichung, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung führen. Zum einen die Abweichung der bei der Vereinbarung zu Grunde gelegten Zahl der Versicherten und zum anderen die Abweichung der Preise für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung. Bei diesen Abweichungen handelt es sich um das Erfordernis einer (nachträglichen Korrektur) infolge der Abweichung zweier bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigenden Rechengrößen.

Rechengröße im Sinne des [§ 87a Abs. 3a Satz 1](#) und 2 SGB V und damit von den Krankenkassen für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung ggf. zusätzlich zu vergüten sind die Preise der Euro-Gebührenordnung, die gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) a.F. (§ 87a Abs. 2 Satz 5 n.F.) aus den vereinbarten Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) zu erstellen sind. Mit dem Begriff des "vereinbarten" Punktwertes wird wiederum auf [§ 87a Abs. 2 Satz 1](#) und 2 SGB V a.F. bzw. § 87a Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB V i.d.F. des GKV-VStG Bezug genommen, wo nähere Vorgaben zur Vereinbarung von Punktwerten enthalten sind. Der "vereinbarte" Punktwert in diesem Sinne ergibt sich aus den Orientierungswerten nach [§ 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. bzw. dem Orientierungswert nach [§ 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) n.F. und den nach dem Gesetz von den Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 in der jeweiligen Gesetzesfassung zulässigerweise vereinbarten Zu- oder Abschlägen. Nur im Zusammenhang mit diesen "vereinbarten" Punktwerten spricht die Norm von "Preisen" ([§ 87a Abs. 2 Satz 6 2. Hlfs.](#), Abs. 3 Satz 4 SGB V a.F.), "Preisen der Euro-Gebührenordnung" ([§ 87a Abs. 3 Satz 3, 4 SGB V a.F.](#)) bzw. "Europreisen" ([§ 87a Abs. 2 Satz 6 1. Hlfs.](#) SGB V a.F.). Durch [§ 87a Abs. 2 Satz 2](#) a.F. sowie Satz 2 und 3 n.F. SGB V wird den regionalen Vertragspartnern nach Satz 1 – d.h. der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen – die Möglichkeit eröffnet, von dem bundeseinheitlichen Orientierungswert nach [§ 87 Abs. 2e SGB V](#) abzuweichen. Diese Abweichung erfolgt in der Form, dass die Vertragspartner einen Zuschlag auf den (oder einen Abschlag von diesem) Orientierungswert vereinbaren (Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K 87a Rn. 16). Vereinbart werden zwischen den Vertragspartnern die regionalen Punktwerte und daraus abgeleitet die regionale Euro-Gebührenordnung (vgl. Fraktionsentwurf GKV-WSG, BT-Drs. 16/31000, S. 119 Zu § 85a). Diese vom Gesetzgeber eröffnete Möglichkeit zur Vereinbarung einer Abweichung von den Orientierungswerten bzw. vom Orientierungswert, die zu abweichenden Preisen in der von der Vereinbarung betroffenen KV führt, ist im Sinne des Übergangs des Morbiditätsrisikos von den Krankenkassen zu tragen (vgl. Fraktionsentwurf GKV-WSG a.a.O. 121). Das ist der Regelungsgehalt von [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#), der die Vergütung durch die Krankenkassen mit den Preisen vorsieht, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. Nach der Neuregelung kann regionalen Besonderheiten nur noch durch Zu- und Abschläge nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) Rechnung getragen werden (so auch Rompf, in Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, 58. Lief. 4/2010 C 87a-1). Eine weitergehende Auslegung wäre mit dem fortgeltenden Grundsatz der

befreienden Wirkung der Gesamtvergütung nicht in Einklang zu bringen.

Es besteht kein Anhaltspunkt dafür, dass mit den "Preisen" in [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) andere als die in § 87a Abs. 2 und 3 aufgeführten Preise gemeint sind, die sich als Folge der von den Vertragsparteien auf regionaler Ebene vereinbarten Zu- und Abschläge auf der Grundlage der Orientierungswerte oder des Orientierungswertes ergeben. Es handelt sich bei der Frage, ob Zu- oder Abschläge auf den Orientierungswert gezahlt werden, um eine Regelung, die die Ebene der Gesamtvergütung nach [§ 87a SGB V](#) betrifft (vgl. BSG, Urt. v. 27.6.2012 – [B 6 KA 28/11 R](#) – Juris Rn. 34). Dies schließt es aus, für die maßgeblichen Preise in [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) auf die sich aus der Honorarverteilung auf der Grundlage von [§ 87b SGB V](#) ergebenden Auszahlungspunktwerte in der Leistungserbringer-KV abzustellen. Insoweit bleiben die in [§ 87a](#) und [87b SGB V](#) geregelten Rechtskreise getrennt.

Es findet sich in den Gesetzesmaterialien kein Hinweis darauf, dass mit dem GKV-WSG ein Paradigmenwechsel im Fremdkassenzahlungsausgleich in der Weise eingeleitet werden sollte, dass künftig die Wohnort-KV ohne Rücksicht auf den Grundsatz der befreienden Wirkung der Zahlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der in ihrem Bereich bzw. den Bereich der Leistungserbringer-KV zur Anwendung kommenden Abstufungs- und Quotierungsregelungen die Leistungen im Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung in der Leistungserbringer-KV auszugleichen hätte. Die Annahme eines so weitgehenden Regelungswillens hätte in den Materialien wenigstens einen Anklang finden müssen.

Mit der Neufassung von [§ 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) durch das GKV-VStG zum 1. Januar 2012, mit dem die Befugnisse zur regionalen Vereinbarung von Zu- und Abschlägen modifiziert wurden, hat der Gesetzgeber in der Begründung darüber hinaus noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich aus dem Regelungszusammenhang mit Absatz 3 ergibt, dass aus der Möglichkeit, für bestimmte Leistungen Zuschläge auf den Orientierungswert zu vereinbaren, eine ausgabenwirksame Anhebung der von den Krankenkassen zu zahlenden Gesamtvergütung resultiert ([BT-Drs. 17/6906 Seite 62](#)). Die vereinbarten Zuschläge führen also zu einer Anhebung der Gesamtvergütung, soweit die Leistungen nicht extrabudgetär vergütet werden (vgl. Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K 87a Rn. 31). Nur diese "Anhebung" ist auch im Rahmen der [§§ 87a Abs. 3a Satz 1](#) und 2 bzw. [75 Abs. 7a SGB V](#) auszugleichen.

b. Soweit die FKZ-RL der Beklagten in der Version 1.05 und 1.06 in Ziff. 2.1 Abs. 2 i.V.m. Abs. 3 und 6 eine Quotierung der im FKZ-Verfahren von der zahlungsfordernden KV, d.h. der Leistungserbringer-KV, geltend gemachten Vergütung vorsieht, verstößt dies folglich nicht gegen höherrangiges Recht. Eine Quotierung nach den näheren rechnerischen Vorgaben in Ziff. 2 Abs. 4 der FKZ-RL findet nur statt, wenn eine generell oder nach Anerkennung (Ziff. 1.3.4 i.V.m. Ziff. 2 Abs. 6) im FKZ-Verfahren berechnungsfähige Leistung "gemäß der gesamtertraglichen Regelung in der zahlungspflichtigen KV innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung" von der Krankenkasse vergütet wird (Ziff. 2 Abs. 3 Satz 1). Die damit verbundene Übertragung der befreienden Wirkung der Zahlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auch auf die in der zahlungsfordernden KV erbrachten Leistungen ist rechtmäßig, soweit die in [§§ 87a Abs. 3a Satz 1](#) sowie [75 Abs. 7a SGB V](#) normierten Ausnahmen nicht greifen. In [§ 87a Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) a.F. ist bestimmt, dass die "im Rahmen des Behandlungsbedarfs" erbrachten Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Abs. 2 Satz 6 zu vergüten sind. Für Leistungen, die über den "Behandlungsbedarf i.S. des [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) a.F. hinausgehen, gilt dies nicht (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 11.12.2013 – [B 6 KA 6/13 R](#) – juris Rn. 27). Dies gilt unabhängig davon, wo der vereinbarte Behandlungsbedarf erbracht wird.

Das in den streitigen Versionen 1.05 und 1.06 angewandte Quotierungsverfahren gab es in abgewandelter Form bereits in der FKZ-RL 1.03. Dort wurde für Forderungen in Punktwerten ein sog. FKZ-Punktwert errechnet, der gemäß Ziff. 2.1.2.2.3. aus der Division des relevanten Anteils der Vergütung (Ziff. 2.1.2.2.2. c) durch den relevanten Leistungsbedarf gebildet wurde. Dieses Quotierungsverfahren, in dem es im Kern darum ging, die "Summe des in Punktzahlen bewerteten Leistungsbedarfs der Vertragsärzte aus dem eigenen Bereich" und "der Vertragsärzte aus fremden KV-Bereichen für das aktuelle Quartal" ins Verhältnis zu einer nach näheren Bestimmungen modifizierten Gesamtvergütung zu setzen, wurde dann in der Version 1.05 wieder aufgenommen.

Der EBewA hatte in seinem Beschluss vom 27./28. August 2008 zunächst keine Vorgaben zur Berücksichtigung der für die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vergütung gemacht und entsprechend [§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#) i.d.F. des GKV-WSG in Teil F Nr. 3.1 lediglich bestimmt, dass für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung unter anderem "unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 75 Abs. 7](#) und 7a SGB V anzupassen ist".

Mit seinen Beschlüssen vom 8./9. Dezember 2009 hat der BewA dann mit Wirkung zum 1. Januar 2009 und zugleich mit Wirkung zum 1. Januar 2010 den Beschlussteil B des EBewA vom 27./28. August 2008 bzw. vom 2. September 2009 – 15. Sitzung – [für 2010] in Nr. 1.2 mit Einfügung von Satz 2 dahin ergänzt, dass die zur Bestimmung des Behandlungsbedarfs anerkannte Menge vertragsärztlicher Leistungen auch die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Leistungen gemäß [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) erbrachten Leistungen umfasst.

Ergänzend wurde in Nr. 3 im Beschlussteil B festgelegt, dass auch der je Versicherten zugrunde zu legende – durch Division der gemäß Nr. 1 und 2 ermittelten Leistungsmenge durch die Anzahl der Versicherten je Krankenkasse im Jahr 2007 ermittelte – Behandlungsbedarf alle in Anspruch genommenen Leistungen eines Versicherten, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zuzuordnen sind, d.h. auch die im Falle einer überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 87a Abs. 3a](#) erbrachten entsprechenden Leistungen umfasst.

Zu diesen Festlegungen war der BewA bzw. der EBewA nach [§ 87c Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) i.d.F. des GKV-WSG berechtigt, da er ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs zu beschließen hatte. Damit war klargestellt, dass die gemäß [§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) a.F. zu vereinbarende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die sich nach [§ 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) maßgeblich aus dem (vereinbarten) Behandlungsbedarf errechnet, auch den Behandlungsbedarf umfasst, der im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Leistung entsteht. Auch insoweit gilt daher der Grundsatz, dass mit der Zahlung mit "befreiender Wirkung" (grundsätzlich) alle Vergütungsansprüche aus den im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen für den jeweiligen Vergütungszeitraum abgegolten sind.

Zusätzlich hat der BewA in Nr. 1 der Beschlüsse vom 8./9. Dezember 2009 für die Jahre 2009 und 2010 die folgende Regelung

aufgenommen:

"Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß [§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) erbrachten Leistungen mit dem am Ort der Leistungserbringung jeweils gültigen, ggf. quotierten Punktwert vergütet werden."

Diese Feststellung findet in Ziff. 2.1. Abs. 3 der FKZ-RL Version 1.05 und 1.06 in der Weise Berücksichtigung, dass zur Bildung des Quotienten die Leistungen aus fremden KV-Bereichen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit den Preisen der "jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung" einbezogen werden. Da die Quotierung der angeforderten Leistungen bereits aus dem Grundsatz der befreienden Wirkung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung folgt, ist unerheblich, ob dem BewA für die in Nr. 1 getroffenen Feststellung eine ausdrückliche Befugnis eingeräumt ist. Es handelt sich bereits dem Wortlaut nach ("stellt fest") auch eher um eine Gesetzesauslegung als um eine konstitutive Festlegung.

Die Vorgaben aus dem Beschluss des EBewA vom 2. September 2009 (i.d.F. des Beschlusses des BewA vom 8./9. Dezember 2009) für die Festlegung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unter Einbeziehung der im Rahmen der überbezirklichen Versorgung gemäß [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) erbrachten Leistungen galten auch in den Jahren 2011 und 2012 (Nr. 2.2 des Beschlusses des EBewA vom 5./11. Oktober 2010 – 23. Sitzung –; für 2012 dann gemäß Nr. 3.2. des Beschlusses des BewA vom 14. Dezember 2011 – 266. Sitzung – als "Empfehlung").

Dass nach der Gesetzessystematik die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen jedenfalls im Grundsatz Bestandteil der mit befreiender Wirkung geleisteten Gesamtvergütung sind, zeigt sich im Übrigen bereits daran, dass das Gesetz in [§ 87a Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) für den Fall der Abweichung der vereinbarten Preise nach Absatz 2 Satz 5 eine Berücksichtigung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorsieht. Dies steht einem Verständnis entgegen, wonach die in [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) vorgesehene Vergütungspflicht der Krankenkassen mit den Preisen der Leistungserbringer-KV neben oder zusätzlich zur Verpflichtung tritt, die (morbiditätsbedingte) Gesamtvergütung zu entrichten.

[§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) spricht im Übrigen davon, dass für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung die Leistungen abweichend von Absatz 3 Satz 3 und 4 von den Krankenkassen mit den Preisen zu vergüten sind, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. [§ 87 Abs. 3 Satz 3](#) und 4 SGB V betreffen aber nur "die im Rahmen des Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen" bzw. den "nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs". Auch damit wird der Zusammenhang mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hergestellt, die im Grundsatz im Fall der Überschreitung des Behandlungsbedarfs nicht erhöht wird.

Das GKV-WSG hat den Grundsatz in [§ 75 Abs. 7 Satz SGB V](#) nicht aufgehoben, wonach bei der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen ist, dass die für die erbrachte Leistung "zur Verfügung stehende Vergütung" die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde. Mit der "zur Verfügung stehenden Vergütung" ist aber zunächst die im Bereich der Wohnort-KV zur Verfügung stehende (morbiditätsbedingte) Gesamtvergütung gemeint. Diese muss entsprechend der bei der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen an die Leistungserbringer-KV weitergereicht werden; der Wohnort-KV darf daher kein rechnerischer Vorteil durch die Erbringung des vereinbarten Behandlungsbedarfs durch Leistungserbringer aus einem anderen KV-Bezirk entstehen.

c. Die FKZ-RL der Beklagten in der Version 1.05 und 1.06 verstößt nicht gegen [§ 75 Abs. 7a Satz 1 SGB V](#) n.F., soweit im Ergebnis sichergestellt ist, dass die KV, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen nach [§ 87a Abs. 2](#) erhält. Dies ist im streitgegenständlichen Zeitraum hinreichend gewährleistet.

Von dem in [§ 75 Abs. 7 SGB V](#) normierten Grundsatz, wonach die FKZ-RL sicherstellen muss, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde, regelt [§ 75 Abs. 7a SGB V](#) i.d.F. des GKV-WSG (mit lediglich redaktionellen Änderungen durch das GKV-VStG) eine Ausnahme ("Abweichend"), soweit die "entsprechenden Vergütungen" der Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2](#) zwischen der Wohnort-KV und der Leistungserbringer-KV abweichen. Mit der Bezugnahme auf die Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) wird klargestellt, dass es sich um die Gebührenordnung handelt, die aufgrund der Vereinbarung der Punktwerte im Sinne von [§ 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) gebildet wird, die daher zwischen den Vertragsparteien getroffen wurde. Nur in diesem Rahmen muss die FKZ-RL sicherstellen, dass die Leistungserbringer-KV die "entsprechende Vergütung" nach [§ 75 Abs. 7a Satz 1 SGB V](#) erhält. Auszugleichen sind damit alleine Preisdifferenzen in den Euro-Gebührenordnungen zwischen der sog. Wohnort-KV und der Leistungserbringer-KV, die sich aus vereinbarten Zu- oder Abschlägen im Sinne des [§ 87a Abs. 2 Satz 2](#) und 3 SGB V n.F. ergeben (so auch Rompf, in Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, 58. Lief. 4/2010 C 87a-20).

Die infolge der Beschlüsse des BewA vom 8./9. Dezember 2009 am 19. Januar 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2009 geänderte FKZ-RL in der Version 1.05 verhält sich in Ziff. 2 hinsichtlich der "Ermittlung der Höhe der Vergütungsbeträge" nicht unmittelbar zu dem Problem der zulässigerweise auf regionaler Ebene gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 2](#) und 3 SGB V n.F. geltenden Zu- und Abschläge. In Ziff. 2.1. Abs. 2 wird vielmehr allgemein bestimmt, dass die Höhe der Vergütung für alle im FKZ-Verfahren berechnungsfähigen Leistungen (Leistungen nach 1.3.1 bis 1.3.4) sich aus der Bewertung mit den Preisen der für den abrechnenden Vertragsarzt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergibt, soweit in den Absätzen 3 und 6 nichts Abweichendes geregelt ist. Zu der in [§ 75 Abs. 7a Satz 1 SGB V](#) angesprochenen Preisdifferenz enthält die FKZ-RL damit keine ausdrückliche Regelung. Dies ist nach Auffassung des Gerichts im Gesamtregelungszusammenhang des FKZ-Ausgleichs rechtlich zulässig.

Der BewA hat in seinen Beschlüssen vom 8./9. Dezember 2009 im Beschlussteil B der Beschlüsse des EBewA zu 2009 und 2010 (s.o.) in Nr. 6 Satz 2 den Zusatz eingefügt: "Die Krankenkassen haben in 2009 [2010] ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergebenen Mehrkosten zu tragen." Danach wären Preisunterschiede infolge der Vereinbarung von Zu- oder Abschlägen auf der Grundlage von [§ 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. nur dann auszugleichen, wenn die Zuschläge sich auf extrabudgetär zu vergütende Leistungen beziehen (vgl. zu dieser Möglichkeit BSG, Urteil v. 27.6.2012 - [B 6 KA 28/11 R](#) - Rn. 57).

Diese Festlegung und das Fehlen einer ausdrücklichen Regelung zu Preisunterschieden infolge der zulässigen Vereinbarung von Zu- und Abschlägen findet seinen Hintergrund offenbar in dem Umstand, dass der EBewA keine Vorgaben gemäß [§ 87 Abs. 2f SGB V](#) (i.V.m. [§ 87c Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F.), d.h. ausdrücklich keine Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur, festgelegt hat (vgl. Teil C Nr. 1 und 2 des Beschlusses des EBewA v. 27./28. August 2008 bzw. Teil C Nr. 1 und 2 des Beschlusses des EBewA vom 2. September 2009). Da diese Vorgaben gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) i.d.F. des GKV-WSG nach dem bis zum 31.12.2011 geltenden Recht "zwingend" anzuwenden waren (um eine bundeseinheitliche Anwendung dieser Regelung sicherzustellen und zugleich sicherzustellen, dass sachlich nicht gerechtfertigte regionale Preisunterschiede abgebaut werden können, vgl. [BT-Drs. 16/3100 S. 119](#)), wurde offenbar davon ausgegangen, dass aus-zugleichende Preisunterschiede im Sinne der [§§ 87a Abs. 3a Satz 1](#) bzw. [75 Abs. 7a SGB V](#) für den Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht entstehen könnten. Es bestand offensichtlich die Einschätzung, dass ohne die Vorgaben des Bewertungsausschusses eine Vereinbarung von Zu- und Abschlägen nicht möglich sei. Es hat auch keiner der Verfahrensbeteiligten vorgetragen, dass entsprechende Vereinbarungen tatsächlich erfolgt sind.

Diese Regelung, wonach die Krankenkassen ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen haben, wurde sodann auch für die Jahre 2011 und 2012 getroffen (Teil B Nr. 2.6 Satz 2 des Beschlusses des EBewA vom 5./11. Oktober 2010 - 23. Sitzung - in der Fassung des Beschlusses des EBewA vom 22.12.2010 - 26. Sitzung -; Beschluss des BewA vom 14. Dezember 2011 - 266. Sitzung - Nr. 5 Satz 2 [2012]).

Allerdings hat das BSG ausgeführt, dass die Vereinbarung von Zuschlägen nicht auf den - nur exemplarisch aufgeführten - Gesichtspunkt regionaler Besonderheiten beschränkt, sondern auch aus anderen Gründen zulässig ist und das Fehlen von Vorgaben nach [§ 87 Abs. 2f SGB V](#) der Vereinbarung von Zuschlägen nicht entgegensteht, (Urt. v. 27.6.2012 - [B 6 KA 28/11 R](#) - Juris Rn. 78; Urt. v. 21.3.2012 - [B 6 KA 21/11](#) - Juris Rn. 34). Dies entsprach auch der teilweise in der Kommentarliteratur zum GKV-WSG vertretenen Auffassung (vgl. Hencke, in Peters, KV (SGB V) 19. Aufl. 7/2010 § 87a Rn. 3; Rompf in Liebold/Zalewski, Kassenarzt-recht, 58. Lief. 4/2010 C 87a-7 bis 9, 12).

Dies begründet möglicherweise Zweifel gegen die Festlegung des EBewA und des BewA für die Jahre 2009 bis 2012, wonach die Krankenkassen ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen haben (a.a.O.). Die Klägerinnen haben allerdings auch nicht vorgetragen, dass es tatsächlich zu Punktwertabweichungen aufgrund der (zulässigen) Vereinbarung von Zu- oder Abschlägen auf der Grundlage von [§ 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) a.F. gekommen ist. Vor allem aber ist die entsprechende Regelung des BewA (bzw. des EBewA) nicht Bestandteil der hier streitgegenständlichen FKZ-RL geworden, so dass diese Festlegung keine Bedenken gegen deren Rechtmäßigkeit begründen kann. Die Vorgaben des BewA und des EBewA hat die Beklagte in den hier streitigen Versionen der FKZ-RL allerdings zutreffend berücksichtigt.

Für 2011 und 2012 wurden im Übrigen die gemäß [§ 87a Abs. 2a Satz 2 SGB V](#) a.F. zulässigen Zuschläge kraft Gesetzes auf den Stand von 2010 eingefroren und Festlegungen nach [§ 87 Abs. 2f SGB V](#) ausgesetzt ([§ 87d Abs. 1 Satz 3](#) und 4 SGB V i.d.F. des GKV-FinG v. 22.10.2010, [BGBl. I 2309](#)).

Mit Auslaufen der bindenden gesetzlichen Vorgaben zur Begrenzung der Zu- und Abschläge nach [§ 87a Abs. 2 Satz 2 bis 5 SGB V](#) zum Ende des Jahres 2012 ([§ 87d Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.d.F. des GKV-FinG bzw. des GKV-VStG) und dem Wegfall verbindlicher Vorgaben des BewA kann es seit dem Jahr 2013 wieder zu unterschiedlichen Preisen auf der Grundlage von [§ 87a Abs. 2 Satz 2 bis 5 SGB V](#) i.d.F. des PNG (BGBl. I 2246) kommen, die gemäß [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend von Absatz 3 Satz 3 und 4 von den Krankenkassen mit den Preisen zu vergüten sind, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist.

Die hier nicht streitgegenständliche und ab 1/2013 gültige FKZ-RL in der Version 1.09 (vom 15. Juli 2013) enthält in Ziff. 2.1. Abs. 2 Satz 2 auch eine Ergänzung dahingehend, dass die Preise der Euro-Gebührenordnung Zuschläge, die gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 2](#) und 3 SGB V in der KV des Vertragsarztes vereinbart wurden, einschließen. Ziff. 2.1. Abs. 4d regelt zusätzlich, dass Vergütungen für Zuschläge gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 2](#) und 3 SGB V, die von der zahlungspflichtigen bzw. zahlungsfordernden KV dem Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeordnet wurden, bei der Ermittlung des Quotienten nach Absatz 4 unberücksichtigt bleiben.

Dass dieses Verständnis auch der Praxis zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge entspricht, ergibt sich aus dem von den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Formblatt 3 (vgl. § 54 Abs. 2 Satz 2 BMV-Ä bzw. bis 2013 § 53 Abs. 2 EKV-Ä). Dieses enthielt im Jahr 2012 in Form einer Anpassung an die "Beschlusslage für 2011 und 2012" in Punkt 15 der Vorbemerkung die folgenden Regelungen:

"Das Formblatt für bereichsfremde Ärzte nach § 1 Abs. 3 Nr. 2 und § 2 Abs. 1 Nr. 2 der Anlage 6 zum Bundesmantelvertrag ist differenziert nach den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigung, in denen die Leistungen abgerechnet wurden, sowie in der Summe dieser, auszuweisen. Dabei sind gemäß [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) die Preise der am Ort der Leistungserbringung geltenden Euro-Gebührenordnung auszuweisen. Für diese Leistungen haben die Krankenkassen in den Jahren 2011 und 2012 ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus den höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen. Daher sind die durch den Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 26. Sitzung am 22. Dezember 2010 festgelegten Änderungen des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 5./11.2010 anzuwenden."

Zum 1. Quartal 2013 erfolgte neben der Streichung von Satz 4 eine Änderung von Satz 3 der Vorbemerkung in Punkt 15 mit folgendem Wortlaut:

"Für diese Leistungen haben die Krankenkassen ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus den höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen, es sei denn, es handelt sich um Leistungen, die Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, und für die am Ort der Leistungserbringung regional vereinbarte Zuschläge gemäß [§ 87 Abs. 2 Satz 2](#) und 3 SGB V gelten; in diesem

Fall sind auch diese Zuschläge von den Krankenkassen zu vergüten."

Damit ist ab 2013 klargestellt, dass im Sinne von [§ 75 Abs. 7a SGB V](#) die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 erhält und zugleich, dass im Sinne von [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) die Krankenkassen für den Fall der überbe-zirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung die Leistungen abweichend von Absatz 3 Satz 3 und 4 mit den Preisen vergütet werden, die in der Kassenärztlichen Vereini-gung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist.

d. Mit der rückwirkenden Änderung der FKZ-RL in der Version 1.05 zum 1. Januar 2009 liegt auch keine unzulässige Rückwirkung vor. Allerdings unterliegt die FKZ-RL als sonstige Ent-scheidung mit Rechtsnormcharakter dem grundsätzlichen Rückwirkungsverbot (vgl. nur Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K 87 Rn. 400). Es liegt allerdings eine zulässige sog. unechte Rückwirkung vor, da die Verteilung der Gesamtvergütung für den maßgeblichen Zeitraum 2009 noch nicht vollständig abgeschlossen war.

Eine echte (retroaktive) Rückwirkung liegt vor, wenn eine Norm nachträglich ändernd in ab-gewickelte, der Vergangenheit angehörende Tatbestände eingreift oder wenn der Beginn sei-ner zeitlichen Anwendung auf einen Zeitpunkt festgelegt ist, der vor dem Zeitpunkt liegt, zu dem die Norm durch ihre Verkündung rechtlich existent, d.h. gültig geworden ist ([BVerfGE 126, 369](#), 391 m.w.N.; [BSGE 95, 199](#), 212; [81, 86](#), 89). Eine unechte Rückwirkung liegt da-gegen dann vor, wenn eine Rechtsnorm auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sach-verhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt, indem sie Rechtspositionen nach-träglich entwertet ([BVerfGE 101, 239](#), 263 m.w.N.). Bei dieser Abgrenzung ist auf den Zeit-punkt der Bekanntmachung der Rechtsnorm abzustellen ([BSGE 95, 199](#), 212; [94, 50](#), 65 f.).

Der FKZ-RL kommt bezogen auf die Leistungserbringung durch die in der Wohnort-KV bzw. der Leistungserbringer-KV tätigen Vertragsärzte keine unmittelbare Steuerungswirkung zu, sie richtet sich von vornherein nur an die betroffenen KV und regelt die Verteilung der Gesamtvergütung. Das BSG hat bereits zu Honorarverteilungsregelungen, die nicht an die Leistungs-erbringung, sondern allein an die Verteilung der Gesamtvergütung anknüpfen, entschieden, dass diese geringeren Anforderungen an die rückwirkende Änderung unterliegen als etwa Än-derungen des Bewertungsmaßstabes ([BSGE 94, 50](#), 66; [81, 86](#), 102). Es geht von ihnen in sehr viel geringerem Maße eine steuernde Wirkung des Leistungsverhaltens aus, zumal die für die Höhe des Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter, insbesondere die Höhe der Gesamtvergütung und Umfang und Art der von allen Ärzten maßgeblichen Leistungen, regelmäßig erst längere Zeit nach Quartalsabschluss feststehen bzw. feststehen können. Bei rückwirkenden Maßnahmen der Honorarverteilung und -begrenzung handelt es sich da-her in der Regel um Fälle unechter Rückwirkung (vgl. Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K 85 Rn. 182 f.). Dies gilt erst recht für die vorliegend in Rede stehende FKZ-RL, die sich auf die Abrechnung vergangener Quartale bezieht und für das Jahr 2009 zum Zeitpunkt der Ände-rung durch Beschluss vom 19. Januar 2010 und anschließender Bekanntmachung durch Rundschreiben vom 20. Januar 2010 auch nach dem Vortrag der Klägerinnen noch nicht ab-geschlossen war.

Die mit der Änderung der FKZ-RL gegebene unechte Rückwirkung ist bei Vorhandensein aus-reichender Gemeinwohlgründe im Verhältnis zum Vertrauensschutz der Betroffenen rechtmä-ßig; d.h. das schutzwürdige Vertrauen der Betroffenen auf den Fortbestand der bisherigen Rechtslage darf nicht schwerer wiegen als das öffentliche Interesse, das der Normgeber bei der Veränderung der Rechtslage verfolgt hat (vgl. [BSGE 94, 50](#), 66 m.w.N.).

Vorliegend konnte sich von vornherein kein in besonderer Weise schutzwürdiges Vertrauen der normbetroffenen KV auf den Fortbestand der FKZ-RL in der Version 1.04 bilden. Diese war bereits selbst erst am 26. Mai 2009 beschlossen worden, d.h. 5 Monate nach dem ge-setzlichen Geltungszeitraum (1. Januar 2009) und nach dem Inkrafttreten der maßgeblichen Änderung des [§ 75 Abs. 7a SGB V](#) i.d.F. des GKV-WSG zum 1. April 2007. Die FKZ-RL in der Version 1.04 war trotz dieses späten Inkrafttretens (rückwirkend) ab 1/2009 lediglich bis 2/2009 in Kraft gesetzt worden. Die Beklagte hat darüber hinaus das Protokoll des Arbeits-kreises der Kassenärztlichen Vereinigungen (AK KV) vom 7. Mai 2009 vorgelegt, aus dem sich ergibt, dass die Mitglieder übereingekommen waren, nach zwei Quartalen der Erprobung zu ent-scheiden, "ob die Richtlinie ggf. rückwirkend zu ändern ist". Die erfolgte (rückwirkende) Änderung zum 1. Januar 2009 durch die FKZ-RL in der Version 1.05 war daher auch den Klä-gerinnen als Normadressaten bekannt und von vornherein in Betracht gezogen worden. Auf dieser Grundlage ist die rückwirkende Klarstellung des BewA im Beschluss vom 8./9. De-zember 2009 für das Jahr 2009 ein hinreichender Grund und Gemeinwohlbelang für die eben-falls rückwirkende Anpassung der FKZ-RL.

Auch das Vorbringen der Klägerinnen im Übrigen rechtfertigt keine andere Betrachtung. Die Vergütungen, die die Leistungserbringer-KV von der Wohnort-KV für den Fall der überbezirkli-che Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erhält, sind Bestandteil der von ihr im Wege der Honorarverteilung zu verteilenden Gesamtvergütung (BSG, Urt. v. 13.11.1996 – [6 RKa 15/96](#) – juris. Rn. 16; Urt. v. 21.5.2003 – [B 6 KA 31/01 R](#) – juris Rn. 15). Dass sich daran durch die Neufassung der [§§ 87a](#) und [87b SGB V](#) nichts geändert hat, zeigt sich bereits darin, dass nach [§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#) a.F. insbesondere die /zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 zu berück-sichtigen sind.

Soweit die Klägerinnen vortragen, sie seien verpflichtet, die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen zu den vollen Preisen der in ihrem Bereich gültigen (regionalen) Euro-Gebührenordnung zu erbringen, erhielten aber im Gegenzug als Ausgleich nur einen quotierten Anteil von der Wohnort-KV, kann dem nicht uneingeschränkt gefolgt werden.

Die für den Erlass der FKZ-RL maßgeblichen Vorgaben in [§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, Satz 2, Abs. 7a](#) i.V.m. [§ 87a Abs. 2, Abs. 3a Satz 1](#) und 2 SGB V betreffen ausschließlich die Ebene der Gesamtvergütung und ermächtigen lediglich zu Regelungen für die am Zahlungsausgleich beteiligten KV. Ansprüche auf Honorierung oder Vorgaben hierfür lassen sich aus diesen Vor-schriften nicht herleiten. Das BSG sah im Urteil vom 17.7.2013 insoweit noch einmal Veran-lassung zu der Klarstellung, dass [§ 87a SGB V](#) a.F. und [§ 87b SGB V](#) a.F. unterschiedliche Ebenen mit unterschiedlichen Normgebern betreffen, so dass auch aus [§ 87a Abs. 3 Satz 5](#) 2. Hlbs. SGB V a.F. kein Anspruch auf eine bestimmte Honorierung dieser Leistungen abgeleitet werden könne ([B 6 KA 45/12 R](#) – juris Rn. 18, 25). Der Umstand, dass die vertragsärztliche Vergütung auf zwei - die Gesamtvergütung und die Honorarverteilung betreffende - Ebenen geregelt ist, hat (weiterhin) zur Folge, dass der einzelne Vertragsarzt keinen Anspruch auf Honorar in einer bestimmten Höhe, sondern nur auf einen angemessenen Anteil an der Ge-samtvergütung hat (vgl. BSG, Urt. v. 11.12.2013 - [B 6 KA 6/13 R](#) - Rn. 41 m.w.N.). Soweit [§ 87a Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) an die "erbrachten

Leistungen" anknüpft, ist hiermit nicht die Honorierung durch die Kassenärztliche Vereinigung an den Vertragsarzt, sondern die Vergütung von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung gemeint (Rompf a.a.O. C 87a-17).

Regelungen über die Verteilung der den einzelnen KV im Fremdkassenzahlungsausgleich zufließenden Zahlungen an die Vertragsärzte enthalten [§ 75 Abs. 7 Satz 2 SGB V](#) sowie die auf dieser Grundlage getroffenen Vereinbarungen und erlassenen Richtlinien nicht (BSG, Urt. v. 13.11.1996 – 6Ka 15/96 – juris Rn. 17). Daran hat sich auch durch Einfügung der [§§ 75 Abs. 7a, 83a Abs. 3a Satz 1](#) und 2 SGB V mit dem GKV-WSG nichts geändert.

Darüber hinaus lässt sich auch aus den für die Honorierung maßgeblichen Vorgaben in [§ 87b SGB V](#) nicht ohne weiteres die von den Klägerinnen vorgetragene Rechtsfolge herleiten. Das BSG hat bereits zu § 87b i.d.F. des GKV-WSG ausgeführt, dass maßgeblicher Faktor für die Höhe des Regelleistungsvolumens (RLV) und damit die Vergütung der Vertragsärzte nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung, sondern die tatsächlich gezahlte Gesamtvergütung ist. Das RLV stelle nur im "Idealfall" sicher, dass die von ihm erfasste Leistungsmenge in vollem Umfang mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird. Es sei aber keinesfalls ausgeschlossen, dass der für die Vergütung der in das RLV fallenden Leistungen zur Verfügung stehende Gesamtvergütungsanteil nicht ausreiche (BSG, Urt. v. 11.12.2013 – [B 6 KA 6/13 R](#) – juris Rn. 25). Auf den Umstand, dass eine Garantie fester Preise nicht durchweg mit einer begrenzten Gesamtvergütung kompatibel ist, hat das BSG im Übrigen bereits im Urteil vom 17.7.2013 hingewiesen. Eine feste, begrenzte Gesamtvergütung schließt die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus. Mengenbegrenzungen und Quotierungen sind unvermeidlich, und jeder Garantiepreis für bestimmte, mengenmäßig nicht begrenzte Leistungen führt bei entsprechender Mengenentwicklung zwangsläufig zu einer Absenkung der Vergütung anderer Leistungen (BSG, Urt. v. 17.7.2013 – [B 6 KA 45/12 R](#) – juris Rn. 26). Die Vorgabe absolut fester Preise für eine bestimmte – zu-mindest bei zahlreichen Arztgruppen den größten Teil der vertragsärztlichen Leistungen umfassende – Leistungsmenge – sei nicht kompatibel mit einer nach anderen Kriterien vereinbarten Gesamtvergütung. Durch die Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der RLV habe sich nichts daran geändert, dass die Menge der zur Verteilung unter die Vertragsärzte zur Verfügung stehenden Geldes begrenzt sei (BSG, Urt. v. 11.12.2013 [a.a.O.](#) Rn. 32). Daher sei auch ein gewisses Floten nicht zu vermeiden; das System der RLV bei begrenzter Gesamtvergütung setze vielmehr eine Quotierung voraus (a.a.O. Rn. 29 m.w.N.). Für die Höhe der Gesamtvergütung ist auch im neuen Vergütungssystem der vereinbarte Behandlungsbedarf maßgeblich, nicht aber das Punktzahlvolumen der tatsächlich abgerechneten Leistungen (vgl. a.a.O. Rn. 26). Insofern geht auch der von den Klägerinnen erhobene Einwand ins Leere, es gebe im Sinne des Beschlusses des BewA in seiner 208. Sitzung keinen "quotierten" Punktwert. Dieser ist einem System der vertragsärztlichen Vergütung auf der Grundlage einer mit befreiender Wirkung gezahlten Gesamtvergütung wesenseigen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. einer entsprechenden Anwendung von [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens. Da die Beigeladenen keinen Antrag gestellt haben, ist eine Auferlegung ihrer außergerichtlichen Kosten nicht angezeigt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2015-05-29