

S 18 KA 526/08

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 526/08

Datum

18.11.2010

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Bemerkung

1. Der Abrechnungsausschluss im zweiten Zusatz zu Nr. 01793 EBM in der ab dem Quartal II/2006 geltenden Fassung, wonach die Leistung nach Nr. 01793 EBM im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen unter anderem nach Nr. 11231 und 11320 bis 11322 EBM berec
I. Der Honorarbescheid für das Quartal III/2007 vom 24.01.2008 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 07.05.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2008 sowie der Honorarbescheid für das Quartal IV/2007 vom 24.04.2008 in der Fassung des Bescheides vom 07.05.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2008 werden teilweise aufgehoben.
Die Beklagte wird verurteilt, über die Honoraransprüche für die Quartale III und IV/2007 unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.
Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung für vertragsärztliche Leistungen. Bei der Klägerin handelt es sich um eine Gemeinschaftspraxis, die im Quartal III/2007 ihren Praxissitz und -standort in D. hatte und der damals drei Fachärzte für Humangenetik (Dres. P., H., L.) sowie eine Fachärztin für Laboratoriumsmedizin und für Humangenetik (Dr. J.) angehörten. Im Quartal IV/2007 traten der nunmehr überörtlichen Gemeinschaftspraxis eine Fachärztin für Allgemeinmedizin (Dipl.-Med. P.) und ein Praktischer Arzt mit Schwerpunkt Medizinische Genetik, ansässig in M., sowie ein weiterer Facharzt für Humangenetik (Dr. R.) mit Praxis in L. bei Der abgerechnete Leistungsbedarf und die Fallzahlen der Klägerin haben sich hinsichtlich der Leistungen, die in den Quartalen III/2003 bis I/2005 der Leistungssteuerung durch Punktmengenvolumina und ab dem Quartal II/2005 durch Regelleistungsvolumina unterlagen, wie folgt entwickelt:

Quartal Leistungs- bedarf PMV/RLV Quote Fallzahl Ärzte I/2000 21.734.823,0 882 2 (Dres. P./J.) II/2000 18.604.948,0 954 2 (Dres. P./J.) III/2000 20.574.887,0 957 2 (Dres. P./J.) IV/2000 20.041.278,0 916 2 (Dres. P./J.) I/2001 15.641.238,0 1.021 2 (Dres. P./J.) II/2001 21.247.413,0 1.055 2 (Dres. P./J.) III/2001 16.611.612,0 955 2 (Dres. P./J.) IV/2001 18.351.254,0 992 2 (Dres. P./J.) I/2002 19.877.496,0 1.044 2 (Dres. P./J.) II/2002 18.048.762,0 1.077 2 (Dres. P./J.) III/2002 20.881.735,0 1.004 2 (Dres. P./J.) IV/2002 20.461.756,0 1.197 2 (Dres. P./J.) I/2003 19.389.916,0 1.257 2 (Dres. P./J.) II/2003 23.299.277,0 1.314 2 (Dres. P./J.) III/2003 17.651.601,0 13.666.710,8 77,42 % 1.156 2 (Dres. P./J.) IV/2003 17.218.860,0 13.666.710,8 79,37 % 1.170 2 (Dres. P./J.) I/2004 16.151.020,0 13.666.710,8 84,62 % 1.111 2 (Dres. P./J.) II/2004 17.068.797,0 13.666.710,8 80,07 % 1.073 2 (Dres. P./J.) III/2004 19.423.346,0 13.666.710,8 70,36 % 1.114 2 (Dres. P./J.) IV/2004 26.712.903,0 18.516.917,1 69,32 % 1.233 2 (Dres. P./J.) I/2005 20.886.981,0 13.711.810,9 65,65 % 1.084 2 (Dres. P./J.) II/2005 10.781.955,0 11.115.218,6 100,00 % 1.178 3 (Dres. P./J./H.) III/2005 8.026.856,0 14.142.639,9 100,00 % 1.247 4 (Dres. P./J./H./L.) IV/2005 6.532.589,0 14.142.639,9 100,00 % 1.225 4 (Dres. P./J./H./L.) I/2006 8.426.450,0 14.170.983,5 100,00 % 1.399 4 (Dres. P./J./H./L.) II/2006 13.498.203,0 14.170.983,5 100,00 % 1.184 4 (Dres. P./J./H./L.) III/2006 16.781.945,0 14.735.065,9 87,80 % 1.130 4 (Dres. P./J./H./L.) IV/2006 19.854.051,0 17.226.209,4 86,76 % 1.599 5 (Dres. P./J./H./L./B.) I/2007 28.248.774,0 18.753.822,4 66,39 % 1.966 5 (Dres. P./J./H./L./B.) II/2007 31.979.650,0 18.062.329,6 56,48 % 1.337 4 (Dres. P./J./H./L.) III/2007 30.425.550,0 17.498.327,8 57,51 % 1.342 4 (Dres. P./J./H./L.) IV/2007 36.054.157,0 23.977.504,0 66,50 % 2.301 7 (Dres. P./J./H./L./R. Dipl.-Med. P./L.)

Diese Entwicklung stellt sich grafisch im nachstehenden Diagramm dar:

Mit Honorarbescheid vom 24.01.2008 setzte die Beklagte die Höhe des Honorars aus vertragsärztlicher Tätigkeit für gesetzlich versicherte

Patienten im Quartal III/2007 auf 683.658,78 EUR fest. Hiervon entfielen 669.114,51 EUR auf die Vergütung von Leistungen, welche den Regelleistungsvolumina unterfielen. Die damit vergütete Leistungsmenge bewegte sich zu ca. 57,5 % im Bereich des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens der Klägerin und zu ca. 42,5 % im Bereich der das Regelleistungsvolumen überschreitenden Restleistungen. Leistungserbinger Punkte Punktwert Vergütung innerhalb des RLV 17.498.327,8 0,0375 EUR 656.187,29 EUR Restleistung 12.927.222,2 0,0010 EUR 12.927,22 EUR RLV-relevant gesamt 30.425.550,0 669.114,51 EUR Die Beklagte unterzog darüber hinaus die Honoraranforderung der Klägerin einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Dabei berichtigte die Beklagte unter anderem den Ansatz der Nr. 11320 bis 11322 EBM (Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Hybridisierung, Amplifikation und Sequenzierung menschlicher DNA) neben der Nr. 01793 EBM (präinatale zytogenetische Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge) wie folgt: Nr. 11320: 13 Ansätze in 2 Fällen Nr. 11321: 4 Ansätze in 3 Fällen Nr. 11322: 73 Ansätze in 8 Fällen Ihren am 31.01.2008 gegen den Honorarbescheid erhobenen Widerspruch vom 28.01.2008 begründete die Klägerin mit Schreiben vom 07.03.2008 unter anderem damit, die nach Anwendung des Regelleistungsvolumens verbleibende Vergütungsquote sei zu gering. Die Streichung der molekulargenetischen Abrechnungsziffern neben der Abrechnung der Chromosomenanalyse aus Fruchtwasserproben sei nicht gerechtfertigt. In Fällen, in denen eine Frau bereits ein schwerstbehindertes Kind geboren habe, die genetische Ursache molekulargenetisch bewiesen sei und ein Wiederholungsrisiko bei schwerwiegender Konfliktsituation bestehe, müsse eine molekulargenetische Diagnostik zum Ausschluss des gleichen Krankheitsbildes möglich sein. Mit Bescheid vom 07.05.2008 half die Beklagte dem Widerspruch hinsichtlich einer zunächst noch umstrittenen weiteren Abrechnungskorrektur teilweise ab, hielt jedoch hinsichtlich der Streichung Nr. 11320 bis 11322 neben der Nr. 01793 EBM an der Honorarberichtigung fest. Die Klägerin hielt mit am 05.06.2008 eingegangenem Schreiben vom 30.05.2008 ihren Widerspruch aufrecht. Die Streichung der molekulargenetischen Ziffern, die neben der Chromosomenanalyse abgerechnet wurden, sei nicht akzeptabel. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.07.2008 zurück. Die Anwendung des Regelleistungsvolumens sei erforderlich, da ein Punktwert von 5,11 ct nicht umsetzbar sei. Der Abrechnungsausschluss der Nr. 11320 bis 11322 EBM neben der Nr. 01793 EBM ergebe sich aus der Leistungslegende zu Nr. 01793 EBM. Mit Honorarbescheid vom 24.04.2008 setzte die Beklagte die Höhe des Honorars aus vertragsärztlicher Tätigkeit für gesetzlich versicherte Patienten im Quartal IV/2007 auf 1.056.144,83 EUR fest. Hiervon entfielen 920.948,79 EUR auf die Vergütung von Leistungen, welche den Regelleistungsvolumina unterfielen. Die damit vergütete Leistungsmenge bewegte sich zu ca. 66,5 % im Bereich des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens der Klägerin und zu ca. 32,5 % im Bereich der das Regelleistungsvolumen überschreitenden Restleistungen. Leistungserbinger Leistungsmenge Punkte Punktwert Vergütung fachärztlich innerhalb des RLV 21.076.331,1 0,0375 EUR 790.362,42 EUR (LKZ F-J) Restleistung 10.615.430,9 0,0010 EUR 10.615,43 EUR 800.977,85 EUR hausärztlich innerhalb des RLV 2.901.172,9 0,0410 EUR 118.948,09 EUR (LKZ L-K) Restleistung 1.461.222,1 0,0007 EUR 1.022,86 EUR 119.970,94 EUR RLV (Praxis) 23.977.504,0 RLV-relevant 36.054.157,0 Vergütung: 920.948,79 EUR Darüber hinaus korrigierte die Beklagte erneut im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung unter anderem die Ansätze der Nr. 11320 bis 11322 EBM neben der Nr. 01793 EBM wie folgt: Nr. 11320: 18 Ansätze in 2 Fällen Nr. 11321: 23 Ansätze in 3 Fällen Nr. 11322: 108 Ansätze in 9 Fällen Mit Bescheid vom 07.05.2008 half die Beklagte auch diesem Widerspruch hinsichtlich einer zunächst noch umstrittenen weiteren Abrechnungskorrektur teilweise ab, hielt jedoch hinsichtlich der Streichung der Nr. 11320 bis 11322 neben der Nr. 01793 EBM an der Berichtigung fest. Die Klägerin erhob gegen beide Bescheide am 27.05.2008 Widerspruch, den sie unter Verweis auf den Widerspruch gegen Honorarbescheid für das Quartal III/2007 begründete. Die Beklagte wies auch diesen Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.07.2008 zurück. Gegen beide Widerspruchsbescheide richtet sich die am 08.08.2008 beim Sozialgericht Dresden eingegangene Klage. Die Klägerin macht geltend, das Verhältnis zwischen Regelleistungsvolumen und Restleistung lasse keine kostendeckende Leistungserbringung zu. Nachdem zwischenzeitlich ab dem Quartal II/2005 molekular- und zytogenetische Leistungen nach Kapitel 32 EBM in Euro ohne mengenmäßige Beschränkung abgerechnet werden konnten, habe sich die Honorierung vorübergehend deutlich gebessert. Seitdem die Leistungen ab dem Quartal II/2006 wieder nach Kapitel 11 EBM in Punkten abzurechnen seien und der Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina unterliegen, habe sich ein krasses Missverhältnis zwischen erbrachten und vergüteten Leistungen eingestellt. Die zwischenzeitliche Ausweitung des Leistungsbedarfs beruhe auf Ursachen, welche die Ärzte der Fachgruppe nicht zu vertreten hätten. Es handele sich bei der Molekulargenetik um ein besonders innovatives Fachgebiet. Seien es Mitte der 90er Jahre vielleicht fünf Diagnosen gewesen, auf die sich die Diagnostik erstreckt habe, seien jährlich neue hinzugekommen. Die Klägerin nimmt insoweit Bezug auf die mit Schreiben vom 10.03.2010 vorgelegte Übersicht über die Anzahl tumorzytogenetischer Untersuchungen und Hybridisierungen im Verlauf der Jahre 1994 bis 2009 (Bl. 99 f. der Sozialgerichtsakte, hier in einem Diagramm zusammengefasst):

Die Zunahme dieser Aufträge sei in erster Linie dem medizinisch-technischen Fortschritt vor allem in der Tumorzytogenetik in den letzten Jahren geschuldet. Insbesondere seitdem die S1-Leitlinie zur Onkologie verabschiedet wurde, habe sich die Zahl der Aufträge vervielfacht. Die zytogenetische Untersuchung werde in den Leitlinien vorgeschrieben und die Onkologen hielten sich daran. Die Abrechnungsziffern seien zwar nicht explodiert, hätten aber stetig zugenommen. Gerade auf dem Gebiet der Tumorzytogenetik sei das Aufkommen bereits vor Veröffentlichung der Leitlinie gestiegen. Ärzte, die sich damit besonders beschäftigt haben, hätten von den diagnostischen Möglichkeiten bereits damals Gebrauch gemacht. Mit Veröffentlichung der Leitlinien sei dies dann Standard geworden. Die Ärzte der Klägerin würden in wesentlichem Umfang auf Überweisung durch Übersendung von Proben ohne Arzt-Patienten-Kontakt tätig. Die Klägerin könne die Annahme der Proben nicht verweigern und habe keine Möglichkeit, das Mehraufkommen zu steuern. Deshalb seien entweder die Probenuntersuchungen außerbudgetär zu vergüten oder der Zunahme solcher Probenuntersuchungen sei wenigstens dadurch Rechnung zu tragen, dass das Regelleistungsvolumen der Entwicklung angepasst werde. Ergänzend rügt der anwaltliche Prozessbevollmächtigte der Klägerin, der von der Beklagten angewandte Honorarverteilungsmaßstab entspreche nicht den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) und weiche in unzulässiger Weise von den Vorgaben des Bewertungsausschusses ab. Der Honorarverteilungsmaßstab sehe keine Fallpunktzahlbegrenzung, sondern Individualbudgets vor. Die Restleistung werde faktisch nicht vergütet. Die Vergütung sei, entgegen den gesetzlichen Vorgaben, nicht abgestaffelt. An Stelle einer einmaligen zwanzigprozentigen Absenkung des der Bemessung zu Grunde zu legenden unbudgetierten Leistungsbedarfs habe das bemessungsrelevante Abrechnungsvolumen aus dem Referenzzeitraum sukzessive mehreren Absenkungen auf letztlich 66,4 % des relevanten Leistungsbedarfs aus dem Bemessungszeitraum unterlegen. Nach dem Honorarverteilungsmaßstab würden weitere Leistungen der Budgetierung unterworfen, die nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses nicht den Regelleistungsvolumina unterfielen. Mangels Vergleichbarkeit mit Instrumenten zur Steuerung der abrechenbaren Leistungsmengen nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses greife auch die Öffnungsklausel gemäß Nr. 2.2 dieses Beschlusses nicht ein. Die Streichung der Nr. 11320-22 neben der Nr. 01793 EBM sei lebensfremd. Regelmäßig werde Fruchtwasser mit molekulargenetischer Fragestellung übersandt. Nach der Leitlinie des Berufsverbandes Humangenetik sei in solchen Fällen zusätzlich eine zytogenetische Untersuchung durchzuführen. Als Beispiel sei die Diagnostik des Fragile-X-Syndrom zu nennen. Bei Fruchtwasseruntersuchungen werde immer zunächst eine Chromosomenanalyse durchgeführt. Eine evtl. anschließende molekulargenetische Untersuchung hänge unter anderem von deren Ergebnis ab. Beispiele hierfür seien das diagnostische Vorgehen bei

Feststellung eines Herzfehlers beim Fetus und anschließendem zytogenetischen Ausschluss einer Trisomie; in diesen Fällen schließe sich eine molekulargenetische Abklärung eines möglichen velo-kardio-fazialen Syndroms durch MLPA an. Bei geschlechtsgebundenen monogenen Erbkrankheiten sei zunächst eine zytogenetische Geschlechtsbestimmung angezeigt. Die Klägerin beantragt, den Honorarbescheid für das Quartal III/2007 vom 24.01.2008 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 07.05.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2008 sowie den Honorarbescheid für das Quartal IV/2007 vom 24.04.2008 in der Fassung des Bescheides vom 07.05.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über die Honoraransprüche für die Quartale III/2007 und IV/2007 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie referiert, Bezug nehmend auf eine Stellungnahme der zu 2 beigelegten Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 05.03.2009, zur Entstehungsgeschichte des Abrechnungsausschlusses: Der 2. Zusatz zur Abrechnungsposition Nr. 01793 EBM ("Die Leistung nach der Nr. 01793 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11231, 11320 bis 11322, 32850 und 32851 berechnungsfähig.") sei in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen worden, als ab dem Quartal II/2005 die Leistungen nach Nr. 11320 bis 11322 EBM spiegelbildlich auch als Laborleistungen nach Nr. 32855 bis 32857 EBM im Kapitel 32 Abschn. 32.2.13 EBM (BMÄ/E-GO) in Euro abrechenbar gewesen seien. Nach Aufhebung des Kapitels 32 Abschn. 32.2.13 EBM (BMÄ/E-GO) ab dem Quartal II/2006 sei auch die Aufhebung des 2. Zusatzes erörtert worden. Vor der Streichung des Abrechnungsausschlusses sei jedoch die Frage der Zuordnung zu präventiven oder kurativen Leistungen zu klären. Die Krankenkassen hätten gefordert, die Leistungen nach Nr. 11320 bis 11322 EBM nicht außerbudgetär zu vergüten und deshalb als kurative Leistungen einzuordnen. Es handele sich im Gegensatz zu den Vorsorgeleistungen nach Kap. 1 Abschn. 1.7.4 EBM nicht um Vorsorgeuntersuchungen. Die Frage habe bislang nicht geklärt werden können, obwohl die Notwendigkeit der Erbringung molekulargenetischer Leistungen im Rahmen der Pränataldiagnostik über die Chromosomenanalyse hinaus nicht in Frage stehe. Der zu 1 beigelegte GKV-Spitzenverband behauptet, es sei keine Indikation bekannt, in der präventive Leistungen nach Nr. 01793 EBM neben den Leistungen nach Nr. 11320 bis 11322 EBM notwendig seien. Hierüber habe keine Einigkeit erzielt werden können. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte mit der Niederschrift über die mündliche Verhandlung und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig.

Als Klägerin im Verfahren beteiligt ist die inzwischen an Standorten in D., L., M., H. und E. tätige überörtliche Gemeinschaftspraxis als Gesellschaft Bürgerlichen Rechts in der Zusammensetzung, die sie im Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichts hat. Die zwischenzeitlichen Änderungen in der personellen Zusammensetzung der Gesellschaft lassen die Beteiligtenfähigkeit, die Klagebefugnis und die Aktivlegitimation der Klägerin unberührt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 27.06.2007, Az. [B 6 KA 27/06 R](#), juris Rn. 17). Die streitgegenständlichen Ansprüche betreffen gleichwohl nur die Tätigkeit der Klägerin in der Zusammensetzung, die sie in den Quartalen III und IV/2007 hatte. Zuständig für die Bescheidung der Honoraransprüche aus dieser Zeit und damit für die streitgegenständlichen Ansprüche passiv legitimiert bleibt allein die Beklagte. Die am 01.07.2007 in Kraft getretenen Regelungen über die einheitliche Abrechnung der Leistungen überörtlicher Gemeinschaftspraxen, die den Bereich mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen übergreifen, nach § 33 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV sowie §§ 4 und 6 der auf [§ 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V](#) beruhenden Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung sind auf das streitige Rechtsverhältnis noch ohne Auswirkungen. Die Klage ist zum Teil begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Neubescheidung ihrer Ansprüche auf vertragsärztliche Vergütung für die in den Quartalen III und IV/2007 erbrachten Leistungen, soweit die Beklagte den angeforderten Leistungsbedarf für humangenetische Leistungen der Abrechnungsmengenbegrenzung durch das Regelleistungsvolumen nach § 7 HVM unterworfen hat und dabei in die Bemessung das durchschnittliche Regelleistungsvolumen der Vergleichsgruppe eingeflossen ist. Darüber hinaus ist die sachlich-rechnerische Richtigstellung des Ansatzes der Nr. 11320 bis 11322 EBM neben der Nr. 01793 EBM nicht gerechtfertigt. Im Übrigen sind die Einwände der Klägerin gegen die Honorarabrechnung unbegründet. 1. Keinen durchgreifenden Bedenken begegnet es, dass die Beklagte die von der Klägerin erbrachten humangenetischen Leistungen überhaupt einer Begrenzung der abrechenbaren Leistungsmenge durch ein Regelleistungsvolumen unterworfen hat. Dies gilt auch, soweit sie Probenuntersuchungen in die Regelleistungsvolumina einbezogen hat. Die Anwendung der Vorschriften über die Leistungssteuerung mittels Regelleistungsvolumina in der Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstab für die Quartale III und IV/2007 im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in Sachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen in der Fassung vom 29.06.2007 (HVM) begegnet keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Wie bereits die Honorarverteilungsmaßstäbe für die Quartale II bis IV/2005, für die Quartale I bis IV/2006 und die Quartale I und II/2007 führt auch der Honorarverteilungsmaßstab für die Quartale III und IV/2007 die bereits seit dem 01.07.2003 geltenden Vorschriften über die Leistungssteuerung mittels praxisindividueller Abrechnungsmengenbegrenzungen (Punktmengenvolumina, ab dem 01.04.2005 Regelleistungsvolumina) in modifizierter Form fort. Grundlage der Regelungen über die Honorarbegrenzung durch Regelleistungsvolumina ist [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V. Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung nach Maßgabe des mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Honorarverteilungsmaßstabes an die Vertragsärzte zu verteilen. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird. In den Honorarverteilungsmaßstab sind die vom Bewertungsausschuss nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) zu treffenden Regelungen über die Verteilung der Gesamtvergütung insbesondere die Festlegung der haus- und der fachärztlichen Vergütungsanteile sowie Leistungssteuerung an Hand von Regelleistungsvolumina aufzunehmen. Über die Vorgaben des [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V hinaus hat das Bundessozialgericht einen hohen Stellenwert dem Ziel beigemessen, eine Punktwertstabilisierung zu erreichen, um dem sog. Hamsterradeffekt entgegenzuwirken und damit zugleich den Vertragsärzten zu ermöglichen, ihr zu erwartendes vertragsärztliches Honorar sicherer abzuschätzen (Kalkulationssicherheit). Das Gebot leistungsproportionaler Vergütung ist keine Vorgabe, die strikt einzuhalten wäre und höheren Rang hätte als die anderen Zielvorgaben. Den verschiedenen Zielvorgaben kann ein Honorarverteilungsmaßstab nicht gleichermaßen gerecht werden. Vielmehr muss die Kassenärztliche Vereinigung in dem Konflikt unterschiedlicher Zielsetzungen einen angemessenen Ausgleich im Sinne praktischer Konkordanz suchen. Dabei gibt es nicht nur eine richtige Kompromisslösung, sondern eine Bandbreite unterschiedlicher Möglichkeiten gleichermaßen rechtmäßiger Regelungen (zusammenfassend: Bundessozialgericht, Urteil vom

14.12.2005, Az. [B 6 KA 17/05 R](#), Urteil vom 08.02.2006, Az. [B 6 KA 25/05 R](#)). Der Honorarverteilungsmaßstab für die Quartale III und IV/2007 entspricht diesen Vorgaben. Zutreffend weist der Bevollmächtigte der Klägerin zwar darauf hin, dass das Regelungskonzept einer Zuweisung praxisindividueller Individualbudgets, wie es den Regelleistungsvolumina im Sinne des Honorarverteilungsmaßstabes zu Grunde liegt, vom Konzept der Regelleistungsvolumina nach Teil III Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (DÄBl. 101 [2004] Nr. 46 S. A3129) insoweit abweicht, als Letzterer die abrechenbare Leistungsmenge durch Abstufung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl in Verbindung mit aus dem Arztgruppendurchschnitt oder aus früheren Abrechnungsquartalen abgeleiteten Fallzahlgrenzen beschränkt. Dies steht der Gültigkeit der im Bereich der Beklagten vereinbarten Regelungen indessen nicht entgegen. Denn gemäß Teil III Punkt 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses können, sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung bereits am 31.03.2005 Steuerungsinstrumente vorhanden waren, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind, diese fortgeführt werden, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene wie hier mit der vertraglichen Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabes geschehen das Einvernehmen hierzu herstellen. Diese Öffnungsklausel war zunächst bis zum 31.12.2005 befristet, da ursprünglich ab dem 01.01.2006 die bundesweite Einführung neuer, morbiditätsgebundener Regelleistungsvolumina beabsichtigt war. Nachdem sich das Scheitern dieses Zeitplanes abzeichnete, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) in seiner 4. Sitzung am 16.12.2005 unter Teil IV beschlossen, die im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 in Teil III für den Zeitraum vom 01.04.2005 bis zum 31.12.2005 getroffene Regelung für die Bildung von Regelleistungsvolumen auch im Jahre 2006 anzuwenden; die in diesem Beschluss getroffenen Vorgaben zur Steuerung arztgruppenspezifischer Auswirkungen und zur Ermittlung und Anwendung von Regelleistungsvolumen gelten weiter bis zum 31.12.2006 (DÄBl. 103 [2006] Nr. 1-2 S. A76). Diese Weitergeltung umfasste auch die Öffnungsklausel für die Fortgeltung vergleichbarer Steuerungsinstrumente. Mit Beschluss in seiner 117. Sitzung (DÄBl. 103 [2006] Nr. 42 S. A2818) stellte der Bewertungsausschuss im schriftlichen Beschlussverfahren fest, dass die Einführung morbiditätsgebundener Regelleistungsvolumen auch zum 01.01.2007 nicht umzusetzen sei. Die im Beschluss vom 29.10.2004 in Teil III getroffene Regelung für die Bildung von Regelleistungsvolumen sei deshalb über das Jahr 2006 auch im Jahr 2007 anzuwenden; die in diesem Beschluss getroffenen Vorgaben zur Steuerung arztgruppenspezifischer Auswirkungen und zur Ermittlung und Anwendung von Regelleistungsvolumen galten deshalb bis zum 31.12.2007 fort. Bei den in den Quartalen III und IV/2007 geltenden Regelleistungsvolumina handelt es sich um ein im Sinne des Beschlusses des Bewertungsausschusses hinsichtlich der leistungssteuernden Wirkung den Regelleistungsvolumina nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbares Regelungsinstrument. Insoweit kommt es nicht auf die Vergleichbarkeit mit dem Regelungsinstrument des Regelleistungsvolumens nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses selbst an, sondern nur auf die Vergleichbarkeit hinsichtlich der Auswirkungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Regelleistungsvolumen im Sinne des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) sind nach der in Teil III Nr. 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses niedergelegten Definition, an welche die Öffnungsklausel in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses anknüpft, arztgruppenspezifische Grenzwerte, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnr.) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Die Kriterien dieser Definition werden von den im Bereich der Beklagten geltenden Regelleistungsvolumina in jeder Hinsicht erfüllt. Die Regelungen sind arztgruppenspezifisch, weil zum Einen bei der Bildung der einheitlichen und festen Punktwerte die Individualbudgets mittels arztgruppenspezifischer Anpassungsfaktoren aus dem Honorarfondsvolumen der jeweiligen Fachgruppe abgeleitet werden und weil zum Anderen das durchschnittliche Regelleistungsvolumen der Vergleichsgruppe eine fachgruppenspezifische Obergrenze für die Bemessung und für spätere Ausweitungen der Individualbudgets darstellt. Die Restleistungsvergütung wird für die Honorargruppen jeweils gesondert berechnet. Dabei erschöpft sich die Arztgruppenspezifik der Grenzwerte nicht lediglich in der Einrichtung getrennter Honorarfonds für die einzelnen Arztgruppen, deren Mittel nach Maßgabe des individuellen Leistungsbedarfs jeder Praxis mit floatenden Punktwerten vergütet werden. Vielmehr werden die arztgruppenspezifischen Honorarfondsvolumina in Kombination mit praxisindividuellen Abrechnungsmengen aus einem Referenzzeitraum in Grenzwerte überführt, die sowohl kalkulierbare Einnahmen nach einem festen Punktwert gewährleisten als auch eine effektive Abrechnungsmengenbegrenzung unter Beachtung des verfügbaren Honorarfondsvolumens bewirken. Etwas Gegenteiliges folgt nicht aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.03.2010, Az. [B 6 KA 43/08 R](#), in dem der Senat die Regelungen eines Honorarverteilungsmaßstabes als mit Teil III Punkt 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 unvereinbar erachtet hat, weil dieser die bis zum 31.03.2005 bestehenden Steuerungsinstrumente nicht fortgeführt habe. Eine solche Situation liegt mit dem hier maßgeblichen Honorarverteilungsmaßstab nicht vor. Entscheidend für die Anwendbarkeit der Übergangsregelung ist dabei, wie es im Urteil des Bundessozialgerichts heißt, dass die von den Vorgaben des Bewertungsausschusses abweichenden Regelungen von der Zielrichtung der Regelleistungsvolumina nach dem Regelungskonzept des Bewertungsausschusses jedenfalls nicht wegführen und damit dem in [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) angelegten System weniger nahe stehen als die zuvor geltenden Honorarverteilungsregelungen. Diese Anforderung erfüllen die im Freistaat Sachsen seit dem Quartal II/2005 geltenden Regelleistungsvolumina. Der Honorarverteilungsmaßstab modifiziert die bis zum 31.03.2005 geltenden Punktmengenvolumina insoweit, als die zuvor geltenden floatenden Punktwerte durch arztgruppenübergreifende feste Punktwerte abgelöst werden. Unter Beibehaltung des bisherigen Grundkonzepts der Punktmengenvolumina als Individualbudget haben die Partner der Honorarverteilungsverträge damit die Regelleistungsvolumina an die Vorgabe fester Punktwerte nach [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) herangeführt. Darüber hinaus bestätigt die Entscheidung des Bundessozialgerichts die Konzeption der seit dem Quartal II/2005 geltenden Honorarverteilungsmaßstäbe insoweit, als nach Auffassung des Senats die Forderung des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) "arztgruppenspezifische Grenzwerte" einzuführen, nicht zwingend die Festlegung arztgruppeneinheitlicher Grenzwerte verlangt. Das Merkmal erfordere vielmehr, dass in die Regelung jedenfalls auch ein Element arztgruppeneinheitlicher Festlegung einfließt. Die Regelung müsste zum Beispiel (Bundessozialgericht, a.a.O., juris Rn. 17: "zB") jedenfalls auf arztgruppeneinheitlichen Fallpunktzahlen aufbauen. Diese können dann mit individuellen Behandlungsfallzahlen multipliziert zu praxisindividuellen Grenzwerten führen. Die Partner des Honorarverteilungsvertrages haben sich an Stelle der vom Bundessozialgericht exemplarisch vorgeschlagenen Kombination praxisindividueller Fallzahlen mit arztgruppenspezifischen Fallpunktwerten für das rechnerisch gleichwertige Konzept entschieden, eine praxisindividuelle Abrechnungsmenge aus einem Referenzzeitraum mit festen arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktoren zu multiplizieren, um so zu praxisindividuellen Grenzwerten zu gelangen, die unter den Bedingungen eines einheitlichen festen Punktwertes der Begrenztheit der arztgruppenspezifischen Honorarfonds ebenso Rechnung tragen wie dem Umfang der individuellen Praxisausrichtung an Hand des Referenzzeitraums. Das Konzept des Honorarverteilungsmaßstabes verzichtet damit auf eine Bemessung der Grenzwerte an Hand von Fallzahlen und Fallpunktwerten. Statt dessen knüpft es die Grenzwerte an Leistungsmengen in Punkten an und wendet auch die arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktoren auf die so gebildeten Punktmengen an. Eine fallzahlbezogene Berechnungsbasis ist indessen weder von [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) gefordert noch in der Definition des Regelleistungsvolumens nach Teil III Nr. 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 angelegt. Die Regelleistungsvolumina im Sinne dieser Vorschriften dürfen in zulässiger Weise auch an Hand von Abrechnungspunktmengen gebildet und als Punktmengengrenze beschlossen werden. Solche (auch) aus den abgerechneten Punktmengen abgeleiteten und hierauf bezogenen Regelleistungsvolumina vermögen Fehlanreize zu vermeiden, die ausschließlich fallwertbezogenen und damit fallzahlabhängigen Regelleistungsvolumina eigen sind. Es ist ein Irrtum, den vergütungsrelevanten Umfang

der Mitwirkung des Arztes an der Sicherstellung der Versorgung ausschließlich an Hand der Fallzahlen pro Quartal bemessen zu wollen. Quartalsfallzahlen dürfen nicht mit der Zahl der ausreichend versorgten Patienten gleichgesetzt werden. Eine Verengung der Honorarbegrenzungsregelungen auf fallwertbezogene bzw. fallzahlabhängige Steuerungsinstrumente führt im ungünstigen Fall dazu, dass nur scheinbar mehr Patienten versorgt werden, tatsächlich aber die selben Patienten lediglich quartalsweise neu einbestellt werden und dadurch eine medizinisch mögliche intensive und zeitlich effektive Behandlung dem Interesse geopfert wird, über längere Zeiträume hinweg abrechnungsoptimale Fallzahlen zu generieren. Diese Fehlsteuerung schlägt sich nicht zuletzt darin nieder, dass im internationalen Vergleich bei deutlich überdurchschnittlicher Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland zugleich die Zeit für einzelne Patientenkontakte im Vergleich zu anderen Ländern ausgesprochen kurz ist. Es lässt sich vermuten, dass längere Kontakte zumindest einen Teil der bisherigen Kontakte überflüssig machen und zu einer höheren Zufriedenheit bei allen Beteiligten beitragen könnten (vgl. Koch/Gehrmann/Sawicki, Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung, DÄBl. 104 [2007] Nr. 38 S. A2584 ff.). Die im streitgegenständlichen Quartal geltenden Regelleistungsvolumina tragen auch diesem Anliegen Rechnung. Dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge nur zu einem geringen Restleistungspunktvergütet wird, steht nicht im Widerspruch zu der in [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#) vorgesehenen Punktwertabstaffelung. Zur Höhe der Abstaffelung trifft das Gesetz keine konkrete Vorgabe. Im Rahmen ihrer Gestaltungsfreiheit steht es den Partnern der Honorarverteilungsverträge frei, als Teil des Gesamtkonzepts, eine möglichst große Zahl der Leistungen mit vollen Punktwerten zu vergüten und dadurch für Planungssicherheit zu sorgen, auch äußerst geringe Honorierungsquoten der Restleistungsvergütung zu Grunde zu legen (vgl. Bundessozialgericht, vom 10.12.2003, Az. [B 6 KA 54/02 R](#), Urteil vom 08.02.2006, Az. [B 6 KA 25/05 R](#)). Was die seit dem 01.07.2003 mehrmalige Absenkung des für die Bemessung der jeweiligen Individualbudgets maßgeblichen Leistungsbedarfs betrifft, verletzt diese nicht das im Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verankerte Prinzip der Leistungsangemessenheit der Vergütung. Es trifft allerdings zu, dass bereits bei der Einführung der Leistungssteuerung mittels Punktmengenvolumina zum 01.07.2003 für die Bemessung der praxisindividuellen Punktzahlobergrenzen die bemessungsrelevanten Leistungsmengen des Referenzzeitraums bereits pauschal um 10 % (praxisbudgetierte Ärzte) bzw. 25 % (nicht praxisbudgetierte Ärzte) abgesenkt wurden. Dies ist rechtmäßig. Das Bundessozialgericht hat vergleichbare Absenkungen individueller Praxisbudgets gegenüber dem Bemessungszeitraum als rechtmäßig beurteilt (Bundessozialgericht, Urteil vom 21.10.1998, Az. [B 6 KA 71/97 R](#), Urteil vom 21.10.1998, Az. [B 6 KA 35/98 R](#), Urteil vom 10.12.2003, Az. [B 6 KA 54/02 R](#)). Gemäß § 7 Abs. 2 Buchst. a des im streitgegenständlichen Quartal geltenden Honorarverteilungsmaßstabes bilden die zum 31.03.2005 gültigen Punktmengenvolumen bzw. die auf der Grundlage des ab 01.04.2005 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes ermittelten Regelleistungsvolumina sowie die Grundzüge der Finanzplanung gemäß Anlage 4 HVM die Grundlage der Bestimmung der Regelleistungsvolumina. Grundlage für die Bestimmung der damit weitergeführten Regelleistungsvolumina nach dem Honorarverteilungsmaßstab für die Quartale II/2005 bis IV/2005 waren die zum 31.03.2005 gültigen Punktmengenvolumina, die auf Grund der Honorarverteilungsmaßstäbe für die Quartale III/2003 bis I/2005 ermittelt wurden. Gemäß § 7 Abs. 3 des Honorarverteilungsmaßstabes für die Quartale II/2005 bis IV/2005 waren auf die so ermittelten und gegebenenfalls angepassten Punktmengenvolumina mit Wirkung ab dem 01.04.2005 die in Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab ausgewiesenen Anpassungsfaktoren, die auf Grundlage der Anlage 4 unter Berücksichtigung eines rechnerischen Sicherheitsabschlages von 5 % ermittelt wurden, anzuwenden und ergaben die neuen Regelleistungsvolumina. Die nochmalige Herabbemessung der budgetrelevanten Referenzmengen stellt sich als Kehrseite des seit dem Quartal II/2005 für alle Facharztgruppen einheitlich vereinbarten festen Punktwertes von 3,75 ct nach § 7 Abs. 4 des Honorarverteilungsmaßstabes dar. Mit der Vereinbarung eines festen Punktwertes haben die Beteiligten des Honorarverteilungsvertrages eine der Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) aufgegriffen. Damit haben sie einen der beiden Faktoren abrechenbare Leistungsmenge und Punktwert der budgetierten Gesamtvergütung fixiert. Da auch die Gesamtvergütung begrenzt ist, kann ein solcher fester Punktwert an Stelle der bisherigen floatenden Punktwerte nur um den Preis garantiert werden, dass als einzige verbleibende Variable die abrechenbare Leistungsmenge dem für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zur Verfügung stehenden Budget angepasst wird. Nachdem auch die Aufteilung der Gesamtvergütung in die Anteile des haus- und des fachärztlichen Versorgungsbereichs und die Aufteilung des fachärztlichen Honorarkontingents auf die Honorargruppenfonds entsprechend deren Gesamtvergütungsanteilen im Referenzzeitraum vorgegeben ist, ergab sich die Herabbemessung der Individualbudgets nach Maßgabe des in Anlage 2 HVM zum Honorarverteilungsmaßstab für die Quartale II/2005 bis IV/2005 ausgewiesenen arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktors als zwingende Folge. In diesen Anpassungsfaktor ist neben dem Transformationsfaktor, der die Erweiterung des Kreises der budgetierten Leistungen im Vergleich zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgleicht, und einem Sicherheitsabschlag von 5 % in erster Linie ein Punktwertanpassungsfaktor eingeflossen, der dem Verhältnis zwischen dem durchschnittlichen Honorargruppenpunktwert der Quartale III/2003 bis II/2004 und dem arztgruppenübergreifenden festen Punktwert von 3,75 ct entspricht. Letzterer ermittelt sich im Kern aus dem durchschnittlichen Honorargruppenbudget für die innerhalb der Punktmengenvolumina abgerechneten Leistungen, geteilt durch die um Abschläge (z.B. für nicht ausgeschöpfte Punktmengenvolumina) verminderte Leistungsmenge innerhalb der Punktmengenvolumina dieses Referenzzeitraums. Dieser Berechnungsansatz ist nicht zu beanstanden. Bei nicht oder nur gering angestiegenem Budgetvolumen was von der Klägerin nicht gerügt werden kann (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 31.08.2005, Az. [B 6 KA 6/04 R](#), Urteil vom 27.05.2005, Az. [B 6 KA 23/04 R](#), und Urteil vom 14.07.1965, Az. [6 RKA 27/61](#)) kann der Auszahlungspunktvergütet nur unter Verringerung der honorarwirksamen Leistungsmenge erhöht werden. Beruht die Kürzung der zum RLV-Punktvergütet zu vergütenden Leistungsmenge im Wesentlichen auf der Festsetzung des einheitlichen Punktwertes von 3,75 ct für die innerhalb des Regelleistungsvolumens abgerechneten Punktmengen, könnte sich die Rechtswidrigkeit der Leistungsmengenbegrenzung allenfalls daraus ergeben, dass die Festsetzung des Punktwertes rechtswidrig ist. Auch dies ist nicht der Fall. Bei der Festsetzung der Höhe des Festpunktwertes und der Ausgestaltung der damit korrespondierenden Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes kommt den Partnern der Honorarverteilungsverträge ein weites Gestaltungsermessen zu, das nur einer eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle unterliegt. Die Grenzen dieses Gestaltungsspielraums sind hier gewahrt. Bei der Festsetzung des festen Punktwertes war einerseits zu berücksichtigen, dass durch eine zu starke Anhebung des Punktwertes eine Abkoppelung der Vergütung vom Leistungsumfang droht. Andererseits wirkt sich die Punktwertsteigerung nur in den Fällen negativ auf die Honorarsituation aus, in denen Ärzte ihren Leistungsbedarf erheblich über das Abrechnungsvolumen des der Bemessung zu Grunde liegenden Referenzzeitraums hinaus steigern, ohne die Voraussetzungen für eine individuelle, in der Regel fallzahlabhängige Anpassung des Individualbudgets zu erfüllen; nur diese Ärzte müssen eine über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegende Kürzung der zum RLV-Punktvergüteten Punktmenge hinnehmen. Liegt die Restleistungsquote unter dem Fachgruppendurchschnitt, so wird die Absenkung der honorarwirksamen Leistungsmenge durch den punktwertstabilisierenden Effekt der Mengenbegrenzung kompensiert. Schließlich lag es nahe, als Orientierung den kalkulatorischen Punktwert von 5,11 ct im Auge zu behalten, welcher der Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen nach dem am 01.04.2005 in Kraft getretenen EBM 2000plus zu Grunde lag. Nähert sich der Punktwert dieser Kalkulationsgrundlage an, so muss der Arzt zwar in Kauf nehmen, dass die Abrechnung der das entsprechend abgesenkte Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungsmenge sich unabhängig vom Umfang der Mehrarbeit nicht in einem adäquaten Anstieg der Vergütung niederschlägt. Dafür erhält in Bezug auf die innerhalb des Regelleistungsvolumens erbrachte und abgerechnete

Leistungsmenge der Grundsatz der Leistungsangemessenheit der Vergütung besonderes Gewicht, weil die Honorierung der Leistungen sich insoweit der Kalkulationsgrundlage des Bewertungsmaßstabes annähert. Dies vermeidet zugleich Anreize für eine kollektive Ausweitung der Leistungsmenge, die sich nicht in einer Erhöhung des verfügbaren Vergütungsvolumens niederschlagen und letztlich zu Lasten der Qualität der Leistungserbringung gehen würde. Der Punktwert von 3,75 ct stellt im Ergebnis einen Kompromiss dar, gegen den in rechtlicher Hinsicht nichts einzuwenden ist. Entscheidend für die Frage, ob noch ein ausreichender Bezug zwischen dem Umfang der erbrachten Leistungen und der Höhe der Vergütung besteht, sind die tatsächlichen Auswirkungen der Honorarbegrenzungsregelung. Während sich im Jahr 2007 die individuellen Restleistungsquoten der Klägerin zwischen 33,6 % und 43,5 % bewegten, belief sich die Kürzung im Vorjahr (2006) noch auf Null bis maximal 13,2 %. Vor diesem Hintergrund kann die Divergenz zwischen Leistungsbedarf und Regelleistungsvolumen im streitgegenständlichen Abrechnungszeitraum noch nicht als Indiz für eine nachhaltige, nicht mehr hinnehmbare Abkoppelung der Honorarberechnung vom Umfang der vertragsärztlichen Leistungserbringung gewertet werden, bei der die Leistungsangemessenheit der Vergütung nicht mehr gewahrt wäre. Die Schwankungen in den Abrechnungsergebnissen lassen sich jedenfalls nicht einem rechtlichen Fehler in den Regelungen über die Regelleistungsvolumina zuschreiben. Soweit die Klägerin in ihrem Schreiben an die Bezirksgeschäftsstelle der Beklagten vom 09.11.2006 beteuert, die Nichtausschöpfung des Regelleistungsvolumens im Jahr 2006 habe lediglich darauf beruht, dass sie versehentlich RLV-relevante humangenetische Leistungen ab dem Quartal II/2006 dem Leistungserbringerkennzeichen B von Dr. Junge "zugeordnet" und deshalb laborärztlich abgerechnet habe, kann sie kein Gehör finden. Letztlich räumt die Klägerin damit ein, in Kenntnis fehlender Qualifikationsnachweise ihrer Humangenetikerinnen bestimmte Leistungen als von Dr. Junge erbracht deklariert zu haben, um eine nach Maßgabe der Qualifikationsanforderungen nicht gerechtfertigte Vergütung als Laborleistung zu erwirken. Die Klägerin muss sich nach dem auch im öffentlichen Recht geltende Prinzip von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)) in Gestalt des Rechtsgrundsatzes "Nemo auditur, turpitudinem suam allegans", wonach aus einem der Rechtsordnung widersprechenden Vorverhalten keine Ansprüche hergeleitet werden können, an den von ihr eingereichten Honorarabrechnungen festhalten lassen. 2. Nicht zu beanstanden ist, dass die Beklagte auch Leistungen, die auf Überweisung zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen erbracht wurden, in die Regelleistungsvolumina einbezogen hat. Die im Rahmen von Probenuntersuchungen erbrachten Leistungen können auf Grund der in der Häufigkeitsstatistik zur Quartalsabrechnung ausgewiesenen Daten nicht identifiziert werden. Eine Bereinigung ist auch nicht geboten. Generell steht die Überweisungsgebundenheit bestimmter Leistungen weder der Bildung gesonderter Honorarkontingente noch der Unterwerfung unter individuelle Budgetierungsregelungen entgegen; diese Zuordnung wird auch nicht ohne Weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge im Gefolge medizinisch-technischer Fortschritte mit der Entwicklung aussagekräftigerer und schonenderer Diagnose- und Behandlungsverfahren ausgeweitet werden (Bundessozialgericht, Urteil vom 20.10.2004, Az. [B 6 KA 31/03 R](#), juris Rn. 21 und 36; Urteil vom 09.12.2004, Az. [B 6 KA 44/03 R](#), juris Rn. 62 ff.). § 7 Abs. 5 HVM benennt abschließend die von der Bildung des Regelleistungsvolumens ausgenommenen Leistungen, § 7 Abs. 6 HVM abschließend die von der Leistungssteuerung ausgenommenen Leistungserbringer. Der Honorarverteilungsmaßstab enthält insoweit keinen Vorbehalt für überweisungsgebundene oder ohne Arzt-Patienten-Kontakt erbrachte Leistungen. Allerdings sah der Beschluss des Bewertungsausschusses aus dessen 93. Sitzung vom 29.10.2004 in Teil III Nr. 3.3.pr. Satz 1 vor, dass die für die Ermittlung des fallwertbezogenen Regelleistungsvolumens relevante Fallzahl einer Arztpraxis oder eines medizinischen Versorgungszentrums der Anzahl der kurativ-ambulant behandelten Fälle gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 EKV entspricht. Hiervon ausgenommen waren unter anderem Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen. Probenuntersuchungen waren demnach aus den Regelleistungsvolumina nach dem Steuerungsmodell des Bewertungsausschusses ausgeschlossen und somit außerbudgetär zu vergüten. Da im Bereich der Beklagten indessen auf Grundlage von Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus dessen 93. Sitzung vom 29.10.2004 in Verbindung mit Teil IV des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) aus dessen 4. Sitzung vom 16.12.2005 und Teil II des Beschlusses aus der 117. Sitzung des Bewertungsausschusses die auf leistungsmengenbezogenen Individualbudgets aufbauenden Regelleistungsvolumina als vergleichbares Steuerungsinstrument fortgeführt wurden, war die Einschränkung gemäß Teil III Nr. 3.3.pr. Satz 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus dessen 93. Sitzung vom 29.10.2004 nicht auf die Regelleistungsvolumina nach dem Honorarverteilungsmaßstab zu übertragen. Vielmehr durfte die Beklagte die humangenetischen Leistungen, jedenfalls soweit diese 2006 (wieder) vollständig in Punkten abgerechnet wurden, wieder in die Regelleistungsvolumina überführen, nachdem sie bereits zuvor in die Punktmengenvolumina eingeflossen waren, aus denen die Regelleistungsvolumina abgeleitet worden sind. Unzumutbare Nachteile sind für die betroffenen Leistungserbringer damit nicht verbunden. Entscheidend ist, dass sowohl für die Bemessung wie auch für die Anwendung der Regelleistungsvolumina der gleiche Schlüssel bei der Ermittlung der RLV-relevanten Leistungen angewandt wird. Hat die Beklagte bereits bei der Bildung der budgetrelevanten Referenzmengen aus dem Bemessungszeitraum Probenuntersuchungen als PMV- bzw. RLV-relevanten Leistungsbedarf erfasst, ist die Budgetierung auch der darauf entfallenden Leistungsmenge im Abrechnungszeitraum konsequent. In generalisierender Weise darf vermutet werden, dass der Leistungsbedarf, an dem die Praxis ihre Tätigkeit ausgerichtet hat, bereits im Bemessungszeitraum angefallen ist und deshalb die auf Überweisung von Probenuntersuchungen erbrachten Leistungen im Regelleistungsvolumen der Praxis angemessen abgebildet sind. 3. Soweit die Klägerin beanstandet, ihr Regelleistungsvolumen trage dem unabwiesbaren Mehrbedarfs an humangenetischen Leistungen in Folge der Zunahme von Probenuntersuchungen auf Grund des medizinisch-technischen Fortschritts in der Tumorthherapie nicht ausreichend Rechnung, vermag dies eine Honoraraufstockung zu Lasten anderer Fachärzte nicht rechtfertigen. Unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus [Artikel 12 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ist zu berücksichtigen, dass die Partner der Gesamtverträge bei einem Honorarropf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern aber mit einem relevanten Leistungsbereich zugeordnet und der zudem in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist, eine gesteigerte Beobachtungspflicht trifft. Zeigt sich hier eine dauerhafte Steigerung der Leistungsmenge und zugleich je nach Vergütungsmodell ein dauerhafter Punktwertabfall bis deutlich unter andere vergleichbare Durchschnittspunktwerte oder eine insgesamt mehr hinnehmbare Kürzung der zum Regelleistungspunktwert abrechenbaren Leistungsmenge im Vergleich zur Restleistung, ohne dass dies von den Betroffenen selbst zu verantworten ist, so ist darauf durch angemessene Erhöhung des Honorarkontingents zu reagieren (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 20.10.2004, Az. [B 6 KA 31/03 R](#), juris Rn. 37). Vorliegend ist zu beachten, dass die Vergütung der von Fachärzten für Humangenetik im Rahmen der RLV-Regelungen erbrachten Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 Buchst. d HVM dem auf den Bereich der fachärztlichen Versorgung entfallenden Anteil an der Gesamtvergütung im Wege des Vorwegabzugs entnommen werden, so dass das Honorarvolumen für die Vergütung RLV-relevanter humangenetischer Leistungen zum fachärztlichen Regelleistungspunktwert in Ermangelung eines gesonderten Honorargruppenfonds letztlich nur im Wege einer Anpassung der Regelleistungsvolumina ausgeweitet werden kann. Trägt die beantragte Anpassung der Regelleistungsvolumina nicht einer Besonderheit der antragstellenden Praxis, sondern einer allgemeinen Entwicklung der Fachgruppe Rechnung, die letztlich auf eine fachgruppenbezogene Erhöhung im Wege einer generellen Korrektur der sich aus § 7 Abs. 1 bis 9 HVM ergebenden Regelleistungsvolumina zu Lasten anderer Facharztgruppen hinausläuft, übersteigt dies die dem Vorstand der Beklagten im Rahmen des § 7 Abs. 10 HVM eingeräumte Befugnis zu Einzelfallentscheidungen. Eine solche allgemeine Anpassung der die Vorwegabzüge

begrenzenden Regelleistungsvolumina einer Fachgruppe steht einem Neuzuschnitt der Honorarfonds nach § 5 Abs. 3 HVM gleich und kommt nur im Falle grundlegender Verwerfungen des Honorargefüges in Betracht. Hier ist nicht dargetan, dass eine solche Situation eingetreten wäre. Der Vortrag der Klägerin, es sei insbesondere nach der Etablierung der humangenetischer Diagnostik in den Leitlinien der hämato-onkologischen Fachgesellschaften in den Jahren 2005 und 2006 zu einer von den Humangenetikern nicht zu beeinflussenden Leistungsausweitung gekommen, beschränkt sich nicht auf individuelle Besonderheiten der Praxis, sondern trifft auf humangenetische Praxen allgemein zu. Es ist jedoch zum einen nicht darlegt, in welchem Umfang dieser Leistungszuwachs sich auf Grund der Leistungserbringung auf Überweisungen ausschließlich zur Probenuntersuchung einer Steuerung durch die Klägerin entzieht. Die im Rahmen von Probenuntersuchungen erbrachten Leistungen können an Hand der in der Häufigkeitsstatistik ausgewiesenen Daten nicht identifiziert werden. Selbst die Anzahl der Probenuntersuchungen lässt sich nicht feststellen; die in den Gesamtübersichten ausgewiesene Anzahl an Zielaufträgen stellt insoweit nur eine Obergrenze dar. Darüber hinaus geht aus den Darlegungen der Klägerin nicht hervor, inwieweit sich der behauptete Leistungsmehrbedarf im Abrechnungsgeschehen der Praxis insgesamt in einem höheren, nicht anderweitig zu kompensierenden Leistungsmehrbedarf niederschlägt. Die Statistik der Ansätze exemplarisch ausgewählter zyto- und molekulargenetischer Abrechnungspositionen bietet ein uneinheitliches Bild:

Dem Vortrag der Klägerin lassen sich im Ergebnis keine hinreichenden Anhaltspunkt für eine wesentliche Verwerfung der Honorarverhältnisse ableiten, die eine Reaktionspflicht der Beklagten im Einzelfall oder der Gesamtvertragspartner in Bezug auf die Fachgruppe ausgelöst hätten. 4. Die Beklagte hat die Vorschriften des Honorarverteilungsmaßstabes indessen nicht rechtmäßig umgesetzt, soweit in die Bemessung des Regelleistungsvolumens der Klägerin als Berechnungsgröße auch das durchschnittliche Regelleistungsvolumen der Vergleichsgruppe der Humangenetiker eingeflossen ist. Gemäß § 7 Abs. 8 Buchst. a Nr. 3 HVM in den ab dem Quartal II/2005 geltenden Fassungen war beim Hinzutreten eines Neu- oder Jungarztes zu einer bestehenden Gemeinschaftspraxis das Regelleistungsvolumen in Höhe des Durchschnittswertes der betreffenden Vergleichsgruppe zu erhöhen. Durch den Beitritt von Dr. L. als Humangenetikerin sowie durch den Fachgruppenwechsel von Dr. H., der sich vor dem Hintergrund der Übernahme der Kinderarztstelle durch Dr. B. rechnerisch als Eintritt eines zusätzlichen Humangenetikers darstellt, war eine Neuberechnung des Regelleistungsvolumens der Klägerin in den Quartalen III/2005 und III/2006 veranlasst. Dabei war jeweils der Vergleichsgruppendurchschnitt der Gruppe 039 Fachärzte für Humanmedizin dem Regelleistungsvolumen der Praxis hinzuzurechnen. Die Bildung dieses in den Anlagen zu den jeweils aktuellen Honorarverteilungsmaßstäben normativ verankerten Wertes ist nicht nachvollziehbar. Die Bezirksgeschäftsstelle D. der Beklagten stellt in einem Aktenvermerk vom 05.04.2007 fest, dass bei Berechnung der Punktmengenvolumina die Vergleichsgruppe "wohl" nur an Hand der Abrechnung nur eines Arztes gebildet worden sei. Die Bezirksgeschäftsstelle könne mangels Berechnungsgrundlagen die Vergleichsgruppenbildung nicht erläutern. Unzutreffend ist der Einwand der Beklagten aus deren im Verfahren S 18 KR 1551/07 streitgegenständlichen Bescheid vom 02.05.2007, die von der Klägerin beanstandete Bildung des Vergleichsgruppendurchschnittes sei gegenstandslos, weil mit der Transformation der Punktmengen- in Regelleistungsvolumina zum 01.04.2005 die Vergleichsgruppenwerte unter Ansatz des Transformationsfaktors von 1,1128 und Anpassung an das zu einem Punktwert von 3,75 ct verfügbare Honorarvolumen auf den im Beschluss des Bewertungsausschusses aus dessen 89. Sitzung vom 13.05.2004 kalkulierten Wert angepasst worden seien. Der gemäß Teil I des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus dessen 93. Sitzung vom 29.10.2004 ohnehin nicht anzuwendende Beschluss des Bewertungsausschusses aus dessen 89. Sitzung vom 13.05.2004 enthält keine bezifferten Vorgaben für die Bildung durchschnittlicher Regelleistungsvolumina in Gestalt leistungsmengenbezogener Individualbudgets. Anlage 2 des Beschlusses beinhaltet lediglich eine Übersicht über den kalkulatorischen Leistungsbedarf nach Arztgruppen in Punkten auf Basis des den Bewertungen der ärztlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu Grunde liegenden kalkulatorischen Umsatzes in Euro und des kalkulatorischen Punktwertes von 5,11 ct. Diese Werte sind aber nicht in die Durchschnittswerte der Vergleichsgruppen nach Anlage 2 HVM eingeflossen. Vielmehr ist Anlage 2 HVM zu entnehmen, dass die durchschnittlichen Regelleistungsvolumina entsprechend den individuellen Regelleistungsvolumina aus den bisherigen Punktmengenvolumina abgeleitet wurden. Der hierauf angewendete Anpassungsfaktor gleicht lediglich Unterschiede bei der Zuordnung zu den RLV-relevanten Leistungen sowie die Divergenz zwischen dem verfügbaren Honorarvolumen und dem unter Anwendung des Regelleistungspunktwertes sich ergebenden kalkulatorischen Honorarbedarf mit einem Abschlag von 5 % aus. Er ersetzt jedoch nicht die Datengrundlage für die Ermittlung der Vergleichsgruppenwerte. Basiert, wovon vor diesem Hintergrund auszugehen ist, die Bildung des in das Regelleistungsvolumen der Klägerin eingeflossenen Vergleichsgruppenwertes nur auf den Abrechnungsdaten einer einzelnen Praxis, die zudem wie die Klägerseite unwidersprochen darstellt ein fachlich abweichendes Leistungsprofil aufweist, verliert der Vergleichsgruppendurchschnitt seine Bedeutung als objektiver Maßstab für den Leistungsbedarf einer am Versorgungsauftrag entsprechend den Anforderungen des § 2 Abs. 1, § 12 Abs. 1 [§ 70](#), [§ 72 Abs. 2](#) und [§ 105 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) ausgerichteten, wirtschaftlich arbeitenden Praxis. Die Praxis wird vielmehr einer zufällig und damit objektiv willkürlich ermittelten Bemessungsgröße unterworfen, die keinen gesicherten Bezug zur gesamten Breite des Versorgungsauftrages der Arztgruppe aufweist und die deshalb nicht geeignet ist, die Leistungsangemessenheit der Vergütung zu gewährleisten. Die Beklagte wird deshalb das Regelleistungsvolumen der Klägerin, soweit nach den Vorschriften des Honorarverteilungsmaßstabes in die Berechnung der Vergleichsgruppendurchschnitt eingeflossen ist, auf Basis eines neu zu bestimmenden Vergleichsgruppendurchschnitts ermitteln und das sich hieraus ergebende Honorar für das Quartal IV/2006 neu festzusetzen haben. Fehlt es an einer ausreichend validen Basis für die Neubestimmung des Vergleichsgruppendurchschnitts an Hand der Abrechnungsdaten ausschließlich humangenetisch tätiger und die gesamte Breite des Versorgungsgebietes abdeckender Arztpraxen, kann und muss sie hierzu auch auf Daten fachgemischter Praxen zurückgreifen, die sie gegebenenfalls in pauschalisierender Weise an Hand valider Vergleichsgruppenwerte der anderen Arztgruppen um die fachfremden Abrechnungsergebnisse zu bereinigen hat. 5. Auch die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Ansätze der Nr. 11320 bis 11322 EBM neben der Nr. 01793 EBM verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Der Abrechnungsausschluss im zweiten Zusatz zur Gebührenposition Nr. 01793 EBM ist rechtswidrig. Der obligate Leistungsinhalt der Nr. 01793 EBM Pränatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge umfasst je Fötus, einmal im Krankheitsfall die Chromosomenanalyse aus den Amnionzellen oder Chorionzotten, mit Anlage von mindestens 2 und Auswertung von mindestens einer Kultur. Zum fakultativen Leistungsinhalt gehören die Chromosomenbandenanalyse aus unterschiedlichen Langzeit-Kultivierungen, die Untersuchung von Chromosomenaberrationen an Metaphasechromosomen oder Interphasekernen mittels DNA-Hybridisierung, die Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH), die Fotografische Dokumentation und die X-Chromatin und/oder Y-Chromatin-Bestimmung. Nach der Präambel Nr. 4 zu Kap. 1.7 EBM Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch sind die Leistungen unter anderem nach Nr. 01793 nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Leistungen des Kapitels 11 abzurechnen. In der ab dem Quartal II/2006 geltenden Fassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ist Nr. 01793 EBM als zweiter Zusatz zur Leistungslegende ein Abrechnungsausschluss beigefügt, wonach die Leistung nach der Nr. 01793 im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen unter anderem nach Nr. 11231 und 11320 bis 11322 berechnungsfähig ist. Die Nr. 11320 bis 11322 EBM regeln Leistungsinhalt und Bewertung des Nachweises oder Ausschlusses einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Hybridisierung (Nr. 11320 EBM), Amplifikation (Nr. 11321 EBM) und Sequenzierung (Nr.

11322 EBM) menschlicher DNA. Im jeweils dritten Zusatz zur Leistungslegende der Nr. 11320 bis 11322 EBM ist angeordnet, dass die Leistung im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen unter anderem nach Nr. 01793 berechnungsfähig ist. Aus dem Zusammenspiel dieser Regelungen ergibt sich der Ausschluss der Abrechnung von Leistungen der pränatalen Chromosomenanalyse im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach Nr. 01793 EBM neben der Genomanalyse nach 11320 bis 11322 EBM im selben Krankheitsfall im Sinne von Nr. 3.2 der Allgemeinen Bestimmungen in Abschnitt I EBM in Verbindung mit § 21 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 EKV. Die Partner der Mantelverträge haben eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungstatbestände des Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen. Die Maßstäbe, nach denen die Rechtmäßigkeit von Abrechnungsausschlüssen und begrenzungen für bestimmte Einzelleistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu beurteilen ist, haben diese Gestaltungsfreiheit zu respektieren. Dabei ist zu prüfen, ob der Bewertungsausschuss von den ihm zustehenden Gestaltungsbefugnissen in missbräuchlicher oder sachwidriger Weise Gebrauch gemacht hat. Die gerichtliche Überprüfung von Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ist im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob der Bewertungsausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten hat. Dieses ist nicht schon immer dann der Fall, wenn sich bei nachträglicher Überprüfung einer Gebührenregelung im Rahmen der ex-post-Betrachtung deren Unzulänglichkeit erweist, sondern nur dann, wenn der Ausschuss seine Bewertungskompetenz zweifelsfrei missbräuchlich, d.h. nicht durch sachgerechte Erwägungen gedeckt, sondern von sachfremden Erwägungen getragen, ausgeübt hat bzw. wenn er seine Bewertungskompetenz gleichheitswidrig genutzt und nur einer Arztgruppe Vergütungsansprüche zugestanden hat, obgleich die Leistung auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw. erbracht werden kann (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 16.05.2001, Az. [B 6 KA 20/00 R](#)). Der Bewertungsausschuss darf im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität der Vergütungsordnung schematisierende und typisierende Regelungen treffen. Die Honorierung einzelner Leistungen kann beispielsweise in eine Komplexgebühr eingehen oder sonst ausgeschlossen werden. Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung liegt insgesamt eine Mischkalkulation zu Grunde. Es kann durchaus Leistungen geben, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Allein betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte aus den Praxen einzelner betroffener Ärzte oder Arztgruppen sind nicht geeignet, die vermeintlich zu niedrige Bewertung einzelner Leistungen zu Fall zu bringen. Entscheidend ist, dass der Vertragsarzt insgesamt einen Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, der in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anlass zur Mitwirkung an der vertragsärztlichen Versorgung bietet. Ebenso wenig wie betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte können die von einer betroffenen Fachgruppe vorgetragene fachmedizinische Aspekte, selbst wenn sie in die Empfehlungen einer medizinischen Fachgesellschaft gekleidet sind, allein die Sachwidrigkeit oder Rechtswidrigkeit einer bestimmten Bewertung begründen. Dies resultiert zum Einen schon daraus, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf die von der jeweiligen Facharztgruppe für erforderlich gehaltene medizinische Versorgung haben, sondern ihr Leistungsanspruch durch das Wirtschaftlichkeitsgebot auf das Maß des Notwendigen begrenzt ist. Zum Anderen schließt es die Vielfalt der vom Bewertungsausschuss in Erwägung zu ziehenden Aspekte und zu berücksichtigenden Interessen bei der ihm übertragene Normgebung in der Regel aus, einem von fachmedizinischer Seite vorgetragene Gesichtspunkt ein solches Gewicht beizumessen, dass schon bei Hintanstellen eines Einzelgesichtspunkts im Entscheidungsprozeß auf eine missbräuchliche oder sachwidrige Ausübung der Bewertungskompetenz geschlossen werden kann. Insbesondere, wenn Vergütungsausschlüsse nicht den Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, sondern nur Leistungen betreffen, die für das Fachgebiet weder wesentlich noch prägend sind, handelt es sich nicht um Regelungen im Bereich der Berufswahl im Sinne des [Art. 12 Abs 1 GG](#), sondern lediglich im Bereich der Berufsausübung und ohne Statusrelevanz. Bei der Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und den zu Grunde liegenden Gemeinwohlbelangen sind solche Regelungen in der Regel von den grundrechtsimmanenten Schranken gedeckt, wenn sie von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls getragen sind (vgl. Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 16.07.2004, Az. [1 BvR 1127/01](#)). Wenn dagegen von vornherein feststeht, dass ein vom Normgeber für die Regelung der konkreten Materie gewähltes Differenzierungskriterium systemfremd ist und ihm keine sachliche Rechtfertigung innewohnt, kann selbst der Gesichtspunkt der Erprobung einer Regelung nicht zur Rechtmäßigkeit der Normgebung führen. Nach diesen Maßstäben kann ein Abrechnungsausschluss beispielsweise gerechtfertigt sein bei - mehreren Leistungen, deren Erbringung in Kombination nicht wirtschaftlich oder generell nicht notwendig ist, - Leistungen, deren wesentlicher Inhalt durch die Vergütung einer notwendig im Zusammenhang damit stehenden anderen Leistungsposition bereits mit abgegolten ist, - Leistungen, die fachfremd sind oder zumindest nicht zum Kernbereich des Leistungsangebots gehören, das der (Fach)arzt im Rahmen seiner Teilnahmeverpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als Gebietsstandard vorzuhalten hat, - Leistungen, bei denen der Bewertungsausschuss von seiner Befugnis und Verpflichtung Gebrauch macht, über die Definition und Bewertung der vertragsärztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten zu steuern, etwa um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern oder Verteilungseffekte herbeizuführen, die das Ziel einer angemessenen Vergütung der Leistungen verfolgen, oder einer übermäßigen bzw. missbräuchlichen Leistungserbringung entgegenzuwirken. Der hier streitgegenständliche Ausschluss der Nebeneinanderabrechnung von Leistungen nach Nr. 01793 neben Leistungen nach Nr. 11320 bis 11322 EBM hält einer Überprüfung an Hand dieser Kriterien nicht Stand. Die bis zum Quartal I/2005 geltende Fassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, zuletzt geändert durch Beschluss vom 16.12.2003, kannte in der Nr. 01793 EBM entsprechenden Nr. 112 EBM Ä keinen Ausschluss der gleichzeitigen Abrechnung humangenetischer Leistungen sowohl nach Nr. 1035 bis 1037 EBM Ä (ab dem Quartal II/2005: Nr. 11320 bis 11322 EBM) als auch nach Nr. 4850 bis 4852 EBM Ä (ab dem Quartal II/2005: Nr. 32855 bis 32857 EBM [BMÄ/E-GO]). Nach der in den Quartalen II/2005 bis I/2006 geltenden Fassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes war der mit den in Punkten bewerteten Nr. 11320 bis 11322 EBM identische Leistungsinhalt zusätzlich im Kapitel 32 unter den in Euro bewerteten Nr. 32855 bis 32857 EBM (BMÄ/E-GO) geregelt. Dabei enthielt die Leistungslegende der Nr. 11320 bis 11322 EBM einen Abrechnungsausschluss für diese Leistungen neben den Leistungen sowohl nach Nr. 01793 EBM wie auch nach Nr. 32855 bis 32857 EBM (BMÄ/E-GO). Parallel hierzu war im Zusatz zur Leistungslegende der Nr. 32855 bis 32857 EBM (BMÄ/E-GO) eine Abrechnung dieser Leistungen neben den Leistungen nach Nr. 11320 bis 11322 EBM ausgeschlossen, nicht aber neben Leistungen nach Nr. 01793 EBM. Damit korrespondierend schloss der zweite Zusatz zur Leistungslegende der Nr. 01793 EBM die Abrechnung der Nr. 01793 EBM neben den Leistungen nach Nr. 11320 bis 11322 EBM, nicht aber nach Nr. 32855 bis 32857 EBM (BMÄ/E-GO) aus. Fachärzte für Humangenetik waren gemäß Nr. 1 und Nr. 3 der Präambel zu Kapitel 11.1 EBM zur Abrechnung zyto- und molekulargenetischer Leistungen grundsätzlich sowohl im Rahmen der arztgruppenspezifischen Leistungen des Kapitel 11.3 EBM als auch der arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen des Kapitels 32 Abschn. 32.3.13 EBM (BMÄ/E-GO) berechtigt. Auf Grund des wechselseitigen Abrechnungsausschlusses in Nr. 01793 EBM einerseits und den Nr. 11320 bis 11322 EBM andererseits kam jedoch eine Abrechnung der Chromosomenanalyse nach Nr. 01793 EBM neben dem Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Hybridisierung, Amplifikation bzw. Sequenzierung menschlicher DNA im selben Krankheitsfall (nur) in der Kombination der Nr. 01793 EBM und der Nr. 31855 bis 32857 EBM (BMÄ/E-GO) in Betracht. Der Abrechnungsausschluss hatte mithin bis zum Quartal I/2006 nicht zur Folge, dass bei der Erbringung sowohl der zytogenetischen wie auch der molekulargenetischen Leistung im selben Krankheitsfall eine der Leistungen gar nicht vergütet worden wäre. Er verhinderte lediglich, dass neben der Chromosomenanalyse ein und die selbe DNA-Analyse sowohl nach Nr. 32855 bis 32857 EBM (BMÄ/E-GO) in Euro als auch nach Nr. 11320 bis 11322 EBM in Punkten und damit zweifach abgerechnet wird. Die Kombinierbarkeit der

Leistungen selbst stand nach dem Regelungsgefüge des Bewertungsmaßstabes außer Frage. In der 78. Sitzung der Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte sowie in der 218. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen am 16.12.2005 beschlossen die Partner der Bundesmantelverträge die Streichung der in Kapitel 32 Abschn. 32.3.13 EBM (BMÄ/E GO) aufgeführten zyto- und molekulargenetischen Leistungen mit Wirkung ab dem Quartal II/2006 (DÄBl. 103 [2006] Nr. 1-2 S. A77). Flankierend wurde den dazu qualifizierten Laborärzten, Reproduktionsmedizinern, Pathologen, Kinder- und Jugendärzten bzw. Hautärzten, welche die Leistung bislang nur im Rahmen des Kapitels 32 EBM abrechnen durften, statt dessen durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 111. Sitzung am 16.12.2005 mit Wirkung zum 01.04.2006 (DÄBl. 103 [2006] Nr. 1-2 S. A74 f.) die Möglichkeit eröffnet, diese Leistungen nunmehr ebenfalls und ausschließlich im Rahmen des Kapitels 11 EBM abzurechnen. Die Leistungslegende sowohl der Nr. 01793 EBM als auch der Nr. 11320 bis 11322 EBM, mithin auch der wechselseitige Abrechnungsausschluss, blieben von dieser Änderung unberührt. Allerdings änderte sich damit mittelbar der Regelungscharakter des Abrechnungsausschlusses. Bestimmte dieser bis zum Quartal I/2006 lediglich, wie das Nebeneinander aus Chromosomen- und DNA-Analyse in Kombination abzurechnen war, schloss er nunmehr eine kombinierte Vergütung beider Leistungen nebeneinander dem Grunde nach aus. Eine solche Einschränkung der Abrechnungsmöglichkeit war weder von den Partnern der Mantelverträge gewollt, noch ist sie durch schützenswerte Belange des Gemeinwohls gerechtfertigt. Ziel der Streichung der Abrechnungspositionen des Kapitels 32 Abschn. 32.3.13 EBM (BMÄ/E-GO) bzw. soweit andere Arztgruppen als Humangenetiker betroffen sind deren Überführung in das Kapitel 11 EBM war es lediglich, die Rechtsfolgen der bis dahin getrennten, jedoch inhaltsgleichen Gebührentatbestände des Kapitels 11.3 und des Kapitels 32 Abschn. 32.3.13 EBM (BMÄ/E-GO) zu vereinheitlichen, indem die Leistungen nunmehr durchweg in Punkten vergütet werden. Eine Rolle mag hierfür die Unterwerfung der in Punkten abrechenbaren Leistungen des Kapitel 11 unter die Abrechnungsmengenbegrenzungen durch Regelleistungsvolumina gespielt haben, um so einer nicht medizinisch nachvollziehbaren Zunahme der nach Kapitel 32 Abschn. 32.3.13 EBM (BMÄ/E-GO) in Euro abgerechneten Leistungen entgegen zu wirken (vgl. Sozialgericht Dresden, Urteil vom 20.12.2007, Az. S 11 KA 637/04; nachgehend Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 22.09.2010, Az. [L 1 KA 3/08](#)). Ein vollständiger Ausschluss der Abrechnungsbefugnis für bestimmte, dem Grunde nach bislang abrechenbare Leistungen war dagegen nicht bezweckt (vgl. bereits zu den ab dem Quartal II/2006 geltenden Qualifikationsanforderungen für die Abrechnung der Nr. 11320 bis 11322 EBM durch Fachärzte für Laboratoriumsmedizin: Sozialgericht Dresden, Gerichtsbescheide vom 17.07.2008, Az. S 18 KA 999/07 und Az. S 18 KA 1138/07, vom 06.11.2008, Az. S 18 KA 734/07, sowie vom 26.11.2008, Az. S 18 KA 738/07). Die medizinische Notwendigkeit einer auf die Chromosomenanalyse im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach Nr. 01793 EBM aufbauenden zytologisch-molekulargenetischen Stufendiagnostik stand bis zum Quartal I/2005 nicht nur normativ durch die Kombinierbarkeit der Abrechnungspositionen nach den früheren Fassungen des Bewertungsmaßstabes außer Zweifel. Auch die von der Beklagten vorgelegte Stellungnahme der zu 2 beigeladenen Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 05.03.2009 stellt die Indikation für eine solche kombinierte Diagnostik als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung außer Frage (Bl. 61 der Sozialgerichtsakte). Diese Auffassung wird schließlich durch die einige Wochen vor der mündlichen Verhandlung veröffentlichte Aufnahme des neuen Abschnitts 11.4 in das Kapitel 11 EBM durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in dessen 235. Sitzung vom 24.09.2010 mit Wirkung ab dem Quartal I/2011 (DÄBl. 107 [2010] Nr. 43 S. A2126) bestätigt. Diese Änderung greift ausdrücklich auch einige der von der Klägerin in deren Schreiben vom 11.03.2009 genannten Beispiele auf. Vor diesem Hintergrund ist das pauschale Bestreiten der Notwendigkeit einer kombinierten Abrechnung der zytogenetischen Vorsorgeleistung und der daran anknüpfenden DNA-Analyse durch den zu 1 beigeladenen GKV-Spitzenverband als unsubstantiiert zurückzuweisen. Im Streit steht ausschließlich die Abrechenbarkeit des Nachweises oder Ausschlusses einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation bei Vorliegen konkreter medizinischer Aufgreifkriterien im Zusammenhang mit der zytogenetischen Untersuchung nach Chorionzottenbiopsie oder Amniozentese. Ein pränatales "Screening" ohne konkrete medizinische Veranlassung, das vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst wäre, ist nicht Gegenstand der von der Klägerin angeforderten Leistungen. Der Leistungsumfang der Abrechnungspositionen ist nicht wechselseitig abgegolten. Eine Überschneidung der Leistungen ergibt sich insoweit lediglich hinsichtlich des fakultativen Leistungsinhalts der Nr. 01793 EBM, der die Untersuchung von Chromosomenaberrationen auch mittels DNA-Hybridisierungen umfasst. Insoweit besteht jedoch keine Deckungsgleichheit mit dem obligaten Leistungsinhalt der Nr. 11320 EBM (DNA-Hybridisierung mit markierten Sonden). Aus der von der Beklagten vorgelegte Stellungnahme der Beigeladenen zu 2 vom 05.03.2009 geht hervor, dass die Aufrechterhaltung des Abrechnungsausschlusses einem noch nicht ausgeräumten Dissens über die Zuordnung der an die zytogenetische Vorsorgeleistung anknüpfenden DNA-Diagnostik entweder zu den Leistungen der Mutterschaftsvorsorge oder der kurativen Behandlung geschuldet ist. Diese Zuordnung kann sich je nach Lage der Befunde und der Zielrichtung der diagnostischen Maßnahme in Abhängigkeit von deren therapeutischer Relevanz im Einzelfall als schwierig erweisen. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung ("Mutterschafts-Richtlinien") beziehen in den Kreis der Mutterschaftsvorsorge in Abschnitt B Leistungen zur Erkennung und besondere Überwachung der Risikoschwangerschaften und Risikogeburten ein. Als Risikoschwangerschaften werden darin Schwangerschaften definiert, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobener Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist. Dazu zählen beispielsweise bereits anamnestische Angaben über eine Totgeburt oder die Geburt eines geschädigten Kindes (Abschnitt B Nr. 1 Ziffer I Buchst. c). Als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge kommen nach Abschnitt B Nr. 4 Buchst. c bei Risikoschwangerschaften neben den üblichen Untersuchungen auch Fruchtwasseruntersuchungen nach Gewinnung des Fruchtwassers durch Amniozentese in Frage. Diese Regelung lässt offen, welche diagnostischen Methoden hierfür im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge als Kassenleistung erbracht werden. Sie trifft insbesondere keine abschließende Aussage darüber, in wieweit die an die zytogenetische Diagnostik anknüpfenden molekulargenetischen Untersuchungen ebenfalls noch der Prävention dienen oder einen kurativen Ansatz verfolgen. Fest steht indessen, dass die von den Partnern der Mantelverträge durchaus angestrebte Änderung der derzeitigen Abrechnungssituation aus Gründen blockiert wird, die ausschließlich das Wie der Vergütung dieser Leistungen betrifft, während das grundsätzliche Ob ihrer Erbringung als Sachleistung der Krankenkassen wie auch ihrer prinzipiellen Vergütungsfähigkeit dem Grunde nach von keiner Seite mit sachlichen Gründen angezweifelt wird. Vor dem Hintergrund dieser Patt-Situation im Bewertungsausschuss ist der Abrechnungsausschluss nicht von sachlichen Gründen getragen, sondern stellt sich als eine objektiv willkürliche (verdeckte) Regelungslücke dar. Die Hinnahme des in den Quartalen III und IV/2007 bereits seit mehr als einem Jahr andauernden Status quo war den von der Regelung betroffenen Humangenetikern auch nicht länger zumutbar. Sowohl bei den zytogenetischen Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge als auch bei der molekulargenetischen Diagnostik zum Nachweis oder zum Ausschluss von krankheitsrelevanten oder -auslösenden genetischen Defekten handelt es sich um Leistungen, die zum Kernbereich der fachärztlichen Leistungsspektrums der Klägerin gehören. Der generelle Abrechnungsausschluss für die streitgegenständliche Leistungskombination war für sie deshalb im Abrechnungszeitraum auch mit Rücksicht auf das Grundrecht ihrer humangenetisch spezialisierten Ärzte aus [Artikel 12 GG](#) nicht mehr in Kauf zu nehmen. Der endgültigen Zuordnung der von der sachlich-rechnerischen Richtigstellung betroffenen Leistungen hinsichtlich des daran anknüpfenden Vergütungsregimes kann das Gericht auf Grund des dem Normgebern auf Bundes- und Landesebene zustehenden weiten Gestaltungsermessens nicht vorgreifen. Im Rahmen der gebotenen Neuregelung ist jedoch einerseits zu beachten, dass ein

vollständiger Ausschluss der Vergütung für die DNA-Untersuchung im Zusammenhang mit der Chromosomenanalyse anlässlich der Mutterschaftsvorsorge im Zuge der Änderung des Bewertungsmaßstabes zum 01.04.2006 nicht gewollt war, dass jedoch andererseits auch eine Vergütung dieser Leistungen in Euro und nach Maßgabe der für Leistungen des Kapitels 32 EBM geltenden Abrechnungsvorschriften (wie bis zum Quartal I/2006) ausgeschlossen sein sollte. Hiergegen bestehen keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Als Grundentscheidung des Normgebers für die Ausgestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben diese Ziele deshalb auch im Rahmen der Neubescheidung verbindlich. Eine Abrechnung der neben der Nr. 01793 EBM angeforderten Leistungen nach Nr. 11320 bis 11322 EBM wie kurative Leistungen und deren Vergütung aus dem fachärztlichen Honorarfondsanteil der Gesamtvergütung unter Anwendung der Abrechnungsmengenbeschränkungen durch Regelleistungsvolumina würde sich innerhalb dieses vorgegebenen Gestaltungsrahmens bewegen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2011-07-28