

S 18 KA 163/11

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 163/11

Datum

03.09.2014

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Bemerkung

1. Der Abschluss der Transportkostenpauschale in Nr. 40100 EBM in den Fällen, in denen im selben Behandlungsfall neben Leistungen des Speziallabors nach Abschnitt 32.3 EBM auch Leistungen des Allgemeinlabors nach den Abschnitt 32.2.1 bis 32.2.7 EBM erbra

I. Der Honorarbescheid für das Quartal III/2010 vom 25.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.09.2011 in der Fassung des Nachvergütungsbescheides vom 28.01.2013 und des angenommenen Teilerkenntnisses vom 26.08.2014 wird aufgehoben, soweit die Beklagte die Ansätze der Gebührenordnungsposition Nr. 40100 EBM wegen der Abrechnung von Leistungen des Allgemeinlabors nach Kapitel 32.2.1 bis 32.2.7 EBM im selben Behandlungsfall im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gestrichen hat.

Die Beklagte wird verurteilt, über die Vergütung dieser Ansätze unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und der Klägerin die sich hieraus ergebende Honorardifferenz nachzuzahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

II. Die Kosten des Verfahrens tragen die Klägerin zu 1/5 und die Beklagte zu 4/5.

III. Der Streitwert wird auf 98.270,77 EUR festgesetzt.

IV. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Honorars für vertragsärztliche Leistungen. Die Klägerin betrieb im streitgegenständlichen Quartal III/2010 durch ihre damals zwei Partner, einen Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie mit Genehmigung zur Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen und einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin mit Genehmigung zur Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen und humangenetischer Leistungen, in D. ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmendes Labor. Mit Honorarbescheid vom 25.01.2011 setzte die Beklagte die Höhe der Vergütung für die im Quartal III/2010 zu Gunsten gesetzlich Krankenversicherter erbrachten Leistungen auf 590.978,01 EUR fest. Dabei strich sie im Wege der sachlich rechnerischen Richtigstellung von 29.985 Ansätzen der Nr. 40100 EBM insgesamt 29.934 Ansätze - zu einem geringen Anteil, weil die Kostenpauschale ausschließlich im Zusammenhang mit anderen Auftragsleistungen als Leistungen des Speziallabors nach Abschnitt 32.3 EBM erbracht wurden, im Wesentlichen aber auf Grund des Abrechnungsausschlusses in der Anmerkung zur Leistungsbeschreibung der Nr. 40100 EBM, weil die Ärzte der Klägerin die Kostenpauschale anlässlich der Erbringung von Leistungen des Speziallabors nach Abschnitt 32.3 EBM neben Leistungen des Allgemein- bzw. Basislabors nach Abschnitt 32.2.1 bis 32.2.7 EBM angesetzt hatten. Darüber hinaus rechnete die Beklagte die Ansätze der Laborgrundpauschale Nr. 12220 EBM, die bereits wegen der Abstufung der Bewertung in Punkten insgesamt einer Quotierung auf 44,775 % unterlagen, nicht zum Regionalpunktwert nach der Sächsischen Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent ab, sondern nur unterwarf auch diese Vergütungen einer zusätzlichen Herabmessung mit einer Quote von 96,845 %. Auch die Gebührenordnungspositionen der laboranalytischen Leistungen nach Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM rechnete die Beklagte nicht zu den im Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen Euro-Beträgen ab, sondern nur unter Ansatz der Quote von 96,845 %. Schließlich berechnete die Beklagte auch das Honorar für die übrigen kurativen Leistungen (namentlich humangenetische Leistungen nach Nr. 11320 und 11321 EBM und die laborärztliche Grundpauschale für Laborleistungen nach den Mutterschafts-Richtlinien gemäß Nr. 01700 EBM) nicht an Hand des Regionalpunktwert nach der Sächsischen Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent, sondern nur unter Ansatz einer Quote von 40,668 %. Mit ihrem am 25.02.2011 eingegangenen Widerspruch vom 22.02.2011 beanstandete die Klägerin unter Bezugnahme auf die beigefügte anwaltliche Begründung des Widerspruchs vom 25.02.2010 gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/2009 die Streichung der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM bei der Abrechnung von Leistungen des Speziallabors (Abschnitt 32.3 EBM) neben Leistungen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2.1 bis 32.2.7 EBM). Der Abrechnungsausschluss sei willkürlich und im Sinne von [Artikel 3 Abs. 1 GG](#)

gleichheitswidrig. Ein Abrechnungsausschluss sei nur bei (Teil-)Identität der Leistungen zulässig. Diese sei hier nicht gegeben, da die pauschale Kostenerstattung für die in Nr. 40100 EBM beschriebenen Versandkosten nicht in der Vergütung der Basislaborleistungen enthalten sei und durch Basislaboruntersuchungen Transportkosten des Speziallabors auch nicht anderweitig erspart würden. Es gebe hinsichtlich der Transportkosten zu den Leistungen des Speziallabors keine Rechtfertigung für eine Differenzierung zwischen Fällen ohne und Fällen mit zusätzlichen Leistungen des Basislabors. Eine Vergütung mit Pauschalbeträgen sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 25.08.1999, Az. [B 6 KA 57/98 R](#)) rechtswidrig, wenn die Bemessung, gemessen am Aufwand typischer Fälle, missbräuchlich niedrig ausfalle. Hier sei schon die Pauschalerstattung für Versand und Porto niedrig kalkuliert (Verweis auf Bundessozialgericht, Beschluss vom 23.05.2007, Az. [B 6 KA 91/06 B](#)). Nun werde sie bei der Abrechnung neben Basislaborleistungen ganz gestrichen, obwohl Laborpraxen typischerweise ca. 10 % ihres Umsatzes aus den Erstattungen für Versand und Porto erzielen. Der Abrechnungsausschluss bewirke unsinnige Ergebnisse, wenn beispielsweise ein Laborarzt zusätzlich zu Speziallaborleistungen eine einzelne Basislaborleistung (z.B. Bestimmung eines Quickwert für ca. 0,40 EUR) erbringe und dadurch den Erstattungsanspruch über 2,60 EUR verliere. Rechtswidrig sei auch die Quotierung der nicht den Regelleistungsvolumina (RLV) unterliegenden Leistungen durch die Regelungen im Honorarverteilungsvertrag (HVV); die beigefügte Widerspruchsbegründung nimmt an dieser Stelle noch Bezug auf den im streitgegenständlichen Zeitraum durch § 8 Abs. 3 HVV ersetzten § 8 Abs. 6a HVV in der vom 01.07.2009 bis zum 30.06.2010 geltenden Fassung). Leistungen der Laborärzte unterlägen nach den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses nicht den Regelleistungsvolumina und seien deshalb grundsätzlich unquotiert und unbudgetiert zu vergüten. Auch wenn der Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 180. Sitzung vom 20.04.2009 (DÄBl. 106 [2009] Nr. 19, S. A-942) dies dahingehend einschränke, dass die Partner der Gesamtverträge befugt seien, Steuerungsinstrumente auch für nicht RLV-gesteuerte Leistungen einzuführen, handele es sich bei den Vergütungen für den labordiagnostisch-analytischen Honoraranteil doch um Kostenerstattungen, die im Gegensatz zum ärztlichen Honorar keiner Quotierung unterliegen dürften. Zudem sei der Anteil der dem Honorarfonds zur Verfügung gestellten Mittel zu gering bemessen, da zur Ermittlung der Geldmittel der mittlere GKV-Auszahlungs-punktwert außerbudgetärer Leistungen herangezogen worden sei, in den unter anderem der Punktwert für Leistungen der Psychotherapeuten für probatorische Sitzungen eingeflossen sei; dieser sei, wie inzwischen durch das Bundessozialgericht bestätigt wurde, zu niedrig festgelegt worden. Die Bezugnahme auf die rechtswidrige Vergütung des Jahres 2008 ziehe die Rechtswidrigkeit der Vergütung für das Quartal III/2009 nach sich (Verweis auf Bundessozialgericht, Urteil vom 29.08.2007, Az. [B 6 KA 2/07 R](#)). Der Honorarfonds sei auf Grund des deutlich unter dem Regelleistungspunktwert des Jahres 2009 liegenden durchschnittlichen Auszahlungspunktwert für die außerbudgetären Leistungen des Jahres 2008 unterfinanziert. Mit dem Beschluss aus der 180. Sitzung vom 20.04.2009 habe der Bewertungsausschuss verhindern wollen, dass einzelne Facharztgruppen ihre Honoraranteile durch medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungen zu Lasten anderer Leistungserbringer ausweiten. Darüber gehe die Quotierung im Rahmen der Honorarverteilung jedoch deutlich hinaus, weil danach ein vom Beschluss des Bewertungsausschusses nicht gedeckter Quotierungseffekt bereits durch die niedrigeren Auszahlungspunktwerte des Jahres 2008 bewirkt werde. Zudem habe sich die Abrechnungsmenge nachträglich durch die Einführung des Chlamydien-Screenings (Nr. 01840 EBM) ab dem 01.01.2009 ausgeweitet; diese Leistung werde nun aber ebenfalls der Quotierung unterworfen. Die Honorarberechnung auf Basis der Abrechnungszahlen des Vorjahresquartals sei nicht in seriöser Weise möglich, denn viele Laborleistungen würden an Labore in anderen Bundesländern versandt und dort zum Nachteil der sächsischen Ärzte unquotiert vergütet, weshalb die Anteile des Untersuchungsgutes von Quartal zu Quartal stark schwankten. Die Beklagte wies mit Widerspruchsbekleid vom 21.09.2011 den Widerspruch mit im Wesentlichen folgender Begründung zurück: Die Streichung der Nr. 40100 EBM neben Leistungen des Allgemeinlabors beruhe auf einer bindenden Vorgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Der obligate Leistungsinhalt der Nr. 40100 EBM sei ab dem Quartal II/2009 dahin gehend geändert worden, dass er nur noch für Leistungen des Speziallabors nach Abschnitt 32.3 EBM gelte. Zugleich sei der Abrechnungsausschluss hinzugefügt worden. Nach Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM seien Versand- und Transportkosten in den Gebührenordnungspositionen enthalten, Ausnahmen seien benannt; die nicht enthaltenen und gesondert abrechenbaren Kosten seien in Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM aufgelistet. Die Quotierung der labormedizinischen Konsiliar- und Grundpauschalen sowie der laboranalytischen Kosten des Kapitels 32 EBM auf 96,845 % beruhe auf § 3 Abs. 3 HVV. Diese Regelung setze in korrekter Weise die bindende Vorgabe des Bewertungsausschusses aus dessen Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 2.5 in Verbindung mit Anlage 4 Anhang I über die Bildung eines Vorwegabzugs um. Die Quote von 96,845 % stelle keine unzumutbare Härte dar, zumal sie je Gebührenordnungsposition angewandt und in jedem Falle aufgerundet werde. Es sei nicht anzunehmen, dass hierdurch eine Kostenunterdeckung eintrete. Auch die Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM dürften quotiert werden, da es sich hierbei um Pauschalen handele. Zulässig sei auch die Quotierung der sonstigen kurativen Leistungen auf 40,668 %. Wegen der Bildung der Morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung (MGV) auf Basis der abgerechneten Leistungsmengen des Jahres 2008 würden Leistungsausweitungen zwangsläufig zur Verminderung der Fallwerte für die Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (RLV/QZV) führen, so dass es den Gesamtvertragspartnern nicht vertretbar erschienen sei, die übrigen Leistungen von jeglicher Begrenzung auszunehmen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung vom 26.03.2010 sehe in Teil F Abschnitt II Nr. 1 ausdrücklich eine Steuerungsmöglichkeit für Leistungen außerhalb der Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina bzw. der nicht den Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina unterliegende Arztgruppen vor. Für nicht RLV/QZV-relevante Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung würden deshalb gemäß § 8 Abs. 3 HVV vergleichsgruppenspezifische Verteilungsvolumina analog den Vorgaben zur Bildung der RLV im Beschluss des Bewertungsausschusses Teil F Abschnitt I Nr. 3.1.3 in Verbindung mit Anlage 5 gebildet, innerhalb derer die Vergütung nach der Sächsischen Gebührenordnung erfolge, der darüber hinaus gehende Leistungsbedarf werde aus dem Vorwegabzug nach § 6 Abs. 6 HVV zu abgestaffelten Preisen, vergütet. Aus diesen beiden Anteilen resultiere, gewichtet und begrenzt durch Quotenobergrenzen im Rahmen der Konvergenzregelung, insgesamt die Vergütungsquote von 40,668 %. Der Anteil der nach dieser Quote vergüteten Leistungen am Gesamtumsatz der Praxis sei jedoch vernachlässigbar klein. Hiergegen richtet sich die am 27.09.2011 eingegangene Klage vom 26.09.2011. Die Klägerin wendet sich weiterhin gegen die Streichung der Nr. 40100 EBM bei der Anforderung von Leistungen des Speziallabors neben Leistungen des Allgemeinlabors. In den Gebührenordnungspositionen der laboranalytischen Leistungen seien die Logistikkosten des Speziallabors, wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Auskunft vom 14.02.2011 und vom 08.07.2011 gegenüber dem Sozialgericht Schwerin (in das Verfahren eingeführt mit Anlage K 1, Blatt 18 ff. der Sozialgerichtsakte) mitgeteilt habe, nicht enthalten. Anlass für die Einführung des Abrechnungsausschlusses sei die großflächige Verlagerung der Leistungen des Basislabors von Laborgemeinschaften auf Laborärzte gewesen. Laborgemeinschaften hätten nach Einführung der Direktabrechnung zum 01.10.2008 anders als Laborärzte die Nr. 40100 EBM nicht abrechnen dürfen, zumal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge die Logistikkosten in die Kostenstellen der Basislaborleistungen bereits mit 8 Pfennigen bei durchschnittlich 69 Pfennigen je Analyse einkalkuliert gewesen seien. Deshalb habe eine Legitimation zur Abrechnung der Nr. 40100 EBM bei Erbringung (ausschließlich) von Leistungen des Basislabors gefehlt. Der Abrechnungsausschluss sei aber ungeeignet, um dem zu begegnen. Denn er erfasse nicht nur Fälle mit ausschließlich Basislaborleistungen, sondern auch die Fälle, in denen Basis- und Speziallaborleistungen nebeneinander erbracht würden. Dies gehe über die angestrebte Wiederherstellung des status quo ante hinaus, obwohl es für einen weitergehenden Abrechnungsausschluss keine Rechtfertigung gebe. Eine

Quotierung der Kostenerstattungen für die analytischen Leistungen der Abschnitte 32.2. und 32.3 EBM sei schon deshalb unzulässig, weil Kostenerstattungen für den diagnostisch-analytischen Teil der Laborvergütungen im Gegensatz zum ärztlichen Honorar keiner Quotierung unterliegen dürften. Der Normgeber habe sich bewusst für eine Vergütung zu festen Euro-Beträgen entschieden. Diese Entscheidung gehe in der Normhierarchie den Honorarverteilungsregelungen vor (Verweis auf Bundessozialgericht, Urteil vom 28.01.2004, Az. [B 6 KA 25/03 R](#); Beschluss vom 23.05.2007, Az. [B 6 KA 91/06 B](#)). Eine Quotierung der in Punkten bewerteten Leistungen sei zwar grundsätzlich zulässig, jedoch sei der der Honorarfonds fehlerhaft gebildet worden. Wegen der Änderung der Abrechnungsvorschriften ab dem 01.10.2008 bzw. 01.01.2009 sei es zu erheblichen Leistungsverlagerungen von Laborgemeinschaften zu Laborärzten gekommen. Es sei zu befürchten, dass diese unberücksichtigt geblieben seien. Das Verteilungsvolumen für den Vorwegabzug der auf 96,845 % quotierten Laborleistungen gemäß § 3 Abs. 3 HVV werde in Verbindung mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses in der Fassung des Beschlusses vom 26.03.2010 Teil F Anlage 4 Anhang 1 auf Basis des angepassten Gesamtvergütungsvolumens des Vorjahresquartals gebildet. Dieses sei hier ausgehend vom Anteil der Laborleistungen am Gesamtvergütungsvolumen im Quartal III/2009 fehlerhaft gebildet gewesen. Die der Berechnung zu Grunde liegenden Honorare für das Quartal III/2009 seien rechtswidrig zu niedrig ausgefallen und deshalb als Berechnungsbasis ungeeignet gewesen. Die Beklagte habe die Rechtswidrigkeit der Honorarkürzungen bei den nicht RLV-gesteuerten Leistungen im Quartal III/2009 inzwischen selbst anerkannt. Dies ziehe die Rechtswidrigkeit der Vergütung für das Quartal III/2010 nach sich. Die Rechtswidrigkeit ergebe sich bereits aus materiellen Gründen, insoweit liege eine vergleichbare Situation vor wie in dem vom Bundessozialgericht durch Urteil vom 29.08.2007, Az. [B 6 KA 2/07 R](#), beurteilten Fall. Die Honorarfondsausstattung für die Quotierung der übrigen kurativen Leistungen in Höhe von 40,668 % nach § 8 Abs. 3 HVV richte sich gemäß § 7 Abs. 1 HVV in Verbindung mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 26.03.2010 Teil F Anlage 5 nach dem angepassten Leistungsbedarf des Jahres 2008. Die Klägerin gehe davon aus, dass sich das Leistungsaufkommen der Laborärzte bei den sonstigen kurativen Leistungen gegenüber 2008 nicht wesentlich verändert habe. Es sei deshalb unverständlich, dass die Vergütungsquote nur bei ca. 40 % liege. Diese Kürzung würde eine Steigerung der Leitungsmenge um 250 % voraussetzen. Das sei ausgeschlossen. Mit Nachvergütungsbescheid vom 28.01.2013 gewährte die Beklagte der Klägerin eine Honorarnachzahlung von 21,01 EUR auf die für das streitgegenständliche Quartal III/2010 abgerechneten übrigen kurativen Leistungen. Dem lag eine Korrektur der Berechnungsansätze für die nach § 8 Abs. 3 HVV gebildete Quote zu Grunde, die zur Folge hatte, dass die letztlich angesetzte Quote nicht mehr durch die Quotenobergrenze nach den Konvergenzregelungen begrenzt wurde, sondern die aus dem angepassten Leistungsbedarf des Jahres 2008 mit dem Zuschlag für den überschreitenden Leistungsbedarf im Rahmen des Vorwegabzugs abgeleitete Quote in Höhe von 41,095 % ohne weitere Begrenzung zum Ansatz kam. Mit Schreiben vom 26.08.2014 erkannte die Beklagte schließlich nach nochmaliger Überprüfung und Korrektur der in die Berechnung eingeflossenen Referenzmengen des Jahres 2008 einen Anspruch der Klägerin auf Abrechnung der übrigen kurativen Leistungen auf Basis einer Quote von 45,923 % an. Die Klägerin hat dieses Teilerkenntnis in der mündlichen Verhandlung angenommen. Im Übrigen hält die Klägerin ihre Klage in allen drei Punkten aufrecht und beantragt, den Honorarbescheid für das Quartal III/2010 vom 25.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.09.2011 in der Fassung des Nachvergütungsbescheides vom 28.01.2013 und des angenommenen Teilerkenntnisses vom 26.08.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Honoraranprüche der Klägerin für das Quartal III/2010 neu zu ermitteln. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie nimmt im Wesentlichen auf die Begründung des Widerspruchsbescheides Bezug. Die Vergütungen für die laboranalytischen Kosten nach Kapitel 32 EBM dürften quotiert werden, da es sich um vertraglich vereinbarte Pauschalen und nicht um Erstattungsbeträge handle. Leistungsverlagerungen zwischen Laborgemeinschaften und Laborärzten hätten keine Auswirkungen auf die Berechnung der Quote für die nach § 3 Abs. 3 HVV im Vorwegabzug vergüteten laboratoriumsmedizinischen Leistungen, weil die Vorgaben des Bewertungsausschusses aus dem Beschluss vom 26.03.2010 ab dem 01.07.2010 einen Vorwegabzug der Leistungen aus Kapitel 32 EBM sowie der labormedizinischen Grund- und Konsultationspauschalen nach Nr. 12210, 12220 und 01320 EBM bereits vor der Trennung der Versorgungsbereiche vorsähen. Ungewollte Auswirkungen der Honorarreform auf die Budgetbildung seien ausgeschlossen, weil Laborgemeinschaften und Laborärzte dabei der selben Vergleichsgruppe zugeordnet seien. Die Quote für die übrigen kurativen Leistungen gemäß § 8 Abs. 3 HVV sei auf wirksamer Grundlage gebildet worden. Die Rechtswidrigkeit der Honorarabrechnung für das Basisquartal III/2009 resultiere lediglich aus einem Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot. Dies stehe einer Heranziehung der Honorarverteilungsvolumina als Berechnungsbasis für künftige Zeiträume nicht entgegen (Verweis auf Bundessozialgericht, Urteil vom 22.06.2005, Az. [B 6 KA 80/03 R](#)). Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist teilweise begründet. Der Honorarbescheid für das Quartal III/2010 vom 25.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.09.2011 in der Fassung des gemäß [§ 96 Abs. 1 SGG](#) streitgegenständlichen Nachvergütungsbescheides vom 28.01.2013 und des angenommenen Teilerkenntnisses vom 26.08.2014 ist rechtswidrig und unterliegt der Aufhebung zur Neubescheidung, soweit die Beklagte die Ansätze der Gebührenordnungsposition Nr. 40100 EBM wegen der Abrechnung von Leistungen des Allgemeinlabors nach Kapitel 32.2.1 bis 32.2.7 EBM im selben Behandlungsfall im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gestrichen hat. Die Quotierung der Abrechnung labormedizinischer und sonstiger kurativer Leistungen ist dagegen nicht zu beanstanden; insoweit ist die Klage als im Übrigen unbegründet abzuweisen. 1. Zu Unrecht hat die Beklagte die Ansätze der Nr. 40100 EBM bei der Abrechnung von Leistungen des Speziallabors nach Abschnitt 32.3 EBM neben Leistungen des Allgemeinlabors nach Abschnitt 32.2.1 bis 32.2.7 EBM im selben Behandlungsfall im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach [§ 106a Abs. 2 Satz 1](#) 1. Halbsatz SGB V gestrichen. Der dieser Berichtigung zu Grunde gelegte Abrechnungsausschluss im Zusatz zur Leistungsbeschreibung der Nr. 40100 EBM ist unwirksam. Die Gebührenordnungsposition einschließlich des Ausschlusses lautet: 40100 Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der - Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschl. der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleitungen des Abschnitts 32.3, - Histologie, - Zytologie, - Zytogenetik und Molekulargenetik, einmal im Behandlungsfall 2,60 EUR Die Kostenpauschale 40100 ist in demselben Behandlungsfall nicht neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 berechnungsfähig. Vergütungstatbestände sind entsprechend ihrem Wortlaut auszulegen und anzuwenden. Der Wortsinn ist maßgebend und kann nur in engen Grenzen durch eine systematische bzw. entstehungsgeschichtliche Interpretation ergänzt werden. Auslegungen und Analogien sind unzulässig. Diese Grundsätze und die damit einhergehende Einschränkung der gerichtlichen Überprüfbarkeit beruhen auf der vertraglichen Struktur der Vergütungsregelung und der Art ihres Zustandekommens. Bei diesen handelt es sich um untergesetzliche Rechtsnormen in Form von Normsetzungsverträgen. Die Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die ärztlichen Leistungen werden durch den paritätisch mit Vertretern der Ärzte und Krankenkassen besetzten Bewertungsausschuss beschlossen und durch weitere Regelungen ergänzt, die zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung vereinbart werden. Der vertragliche Charakter der Vergütungstatbestände soll gewährleisten, dass die unterschiedlichen Interessen der in der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und eine sachgerechte inhaltliche Beschreibung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Grundsätzlich entscheiden die Vertragspartner bzw. der Bewertungsausschuss, welche Leistungen mit welchen Beträgen bewertet werden. Es liegt auch vorrangig in ihrer bzw. seiner Zuständigkeit, unklare Regelungen der Gebührenordnung zu präzisieren und änderungsbedürftige zu korrigieren. Diesem System autonomer Festlegung der Leistungsbewertung entspricht die Anerkennung eines weiten Regelungsspielraums, der von den Gerichten zu respektieren ist. Diese können nur eingreifen, wenn die Vertragspartner bzw. der Bewertungsausschuss den ihnen zustehenden Entscheidungsspielraum überschreiten, insbesondere ihn missbräuchlich ausnutzen oder nur einer Arztgruppe die Vergütung für eine Leistung gewähren, die auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw. erbracht werden kann (Bundessozialgericht, Urteil vom 26.01.2000, Az. [B 6 KA 13/99 R](#), juris Rn. 18; Urteil vom 20.01.1999, Az. [B 6 KA 9/98 R](#), juris Rn. 13). Die Gerichte haben die Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses, wie sie für jede Normsetzung kennzeichnend ist, zu respektieren. Die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränkt sich darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Dies ist erst dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in einem "groben Missverhältnis" zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht, das heißt in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist. Die gerichtliche Kontrolle von Entscheidungen des Bewertungsausschusses ist somit im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten sind. Der Bewertungsausschuss überschreitet den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind etwa weil eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt wird oder dass es im Lichte von [Artikel 3 Abs. 1 GG](#) keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. für die ungleiche Behandlung von im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalten gibt. Dabei kommt es nicht auf den Nachweis einer faktisch ohnehin kaum feststellbaren Missbrauchs- oder Diskriminierungsabsicht an. Die auch für den Bewertungsausschuss geltenden Anforderungen an rechtsstaatliches Handeln müssen sich an Hand objektiv überprüfbarer Kriterien beurteilen lassen. So hat das Bundessozialgericht in Bezug auf Vergütungsausschlüsse für bestimmte qualifikationsgebundene Leistungen, die nicht den Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, sondern nur für das Fachgebiet weder wesentliche noch prägende Leistungen betreffen, als Regelungen im Bereich der Berufsausübung ohne Statusrelevanz qualifiziert, die auf Grund von [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) bei einer Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und den der Qualifikationsanforderung zu Grunde liegenden Gemeinwohlbelangen von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls gedeckt sein müssen (vgl. exemplarisch Urteil vom 08.09.2004, Az. [B 6 KA 82/03 R](#), juris Rn. 21). Dabei darf die gerichtliche Kontrolldichte speziell der Entscheidungen des Bewertungsausschusses nicht überspannt werden. Denn an den Bewertungsausschuss gerichtete gesetzliche Gestaltungsauftrag zur Konkretisierung der Grundlagen der vertragsärztlichen Honorarverteilung umfasst auch den Auftrag zu einer sinnvollen Steuerung des Leistungsgeschehens in der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu bedarf es komplexer Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Die gerichtliche Überprüfung eines komplexen und auch der Steuerung dienenden Regelungsgefüges darf sich deshalb nicht isoliert auf die Bewertung eines seiner Elemente beschränken, sondern muss stets auch das Gesamtergebnis der Regelung mit in den Blick nehmen. Die Richtigkeit jedes einzelnen Elements in einem mathematischen, statistischen oder betriebswirtschaftlichen Sinne ist deshalb nicht Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit der gesamten Regelung. Gemessen an diesen Maßstäben hält der Abrechnungsausschluss in der Anmerkung zu Nr. 40100 EBM der Überprüfung nicht stand. Es ist in seiner konkreten Ausgestaltung objektiv willkürlich und verstößt deshalb gegen [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit [Artikel 3 Abs. 1 GG](#). Die Kammer schließt sich damit der Auffassung des Sozialgerichts Hannover aus dessen Urteil vom 07.08.2013, Az. [S 61 KA 177/10](#), juris Rn. 18 ff., an. Die Regelung greift in die Berufsausübungsfreiheit der zur Abrechnung von Leistungen des Speziallabors nach Abschnitt 32.3 EBM berechtigten Laborärzte ein, indem sie in sanktionsartiger Weise eine nachteilige Rechtsfolge den Verlust des Anspruchs auf die Transportkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM daran knüpft, dass die Ärzte im selben Behandlungsfall zusätzlich zu den Speziallaborleistungen, die den Anspruch auf die Transportkostenpauschale grundsätzlich auslösen, wenigstens eine Leistung des Allgemeinlabors aus Abschnitt 32.2.1 bis 32.2.7 EBM vertragsärztlich erbringen und abrechnen. Hierdurch wird steuernd auf das Leistungs- und Abrechnungsverhalten in der Weise eingewirkt, dass die Ärzte, die Entgegennahme von Überweisungen zur Erbringung von (Auftrags-)Leistungen des Allgemeinlabors in Kombination mit Speziallaboraufträgen im selben Behandlungsfall vermeiden müssen, um dieser nachteiligen Folge zu entgehen. An Belangen des Gemeinwohls orientierte Gründe, welche diesen Eingriff rechtfertigen, sind nicht erkennbar. Die Beklagte macht sich die Ausführungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu eigen, wonach der Abrechnungsausschluss ab dem 01.04.2009 gerechtfertigt sei, um eine doppelte Abrechnung von Logistikkosten für eine Probensendung, zum einen im Rahmen der Kostenpauschalen des Abschnitts 32.2 EBM und zum anderen mit der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM, auszuschließen, die ihrerseits Anreize zu einer Steigerung der abgerechneten Kostenpauschalen Nr. 40100 EBM nach Einführung der Direktabrechnung für Laborgemeinschaften und der Verlagerung von Leistungen des Allgemeinlabors auf Laborfacharztpraxen gegeben habe; an Stelle der Pauschale nach Nr. 40100 EBM könne für die Befundübermittlung die Kostenpauschale Nr. 40120 EBM angesetzt werden. Diese Erwägungen vermögen den Abrechnungsausschluss in den hier streitgegenständlichen Fällen nicht zu rechtfertigen. Nach der bis zum Quartal I/2009 geltenden Fassung der Nr. 40100 EBM konnte die Kostenpauschale noch je Behandlungsfall u.a. für alle überwiesenen kurativ-ambulant Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM also ohne Beschränkung auf Speziallaborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM wie ab dem Quartal II/2009 angesetzt werden. Mit der Einführung der Direktabrechnung für Laborgemeinschaften entfiel für die Ärzte, die Basislaborleistungen benötigten, der Anreiz, durch den Bezug bei einer Laborgemeinschaft an der Differenz zwischen den dem anfordernden Arzt gezahlten Vergütungen des Abschnitts 32.2 EBM und den der Laborgemeinschaft tatsächlich entrichteten Entgelten wirtschaftlich zu partizipieren. In der Folge wurden zunehmend Laborfachärzte auch mit Basislaborleistungen des Abschnitts 32.2 EBM beauftragt, die hierfür die Laborauftragsleistungen vorbehaltende Kostenpauschale nach der alten Fassung der Nr. 40100 EBM ansetzen durften, obwohl ein Anteil für die Logistikkosten bereits in die Gebührenordnungspositionen (nur) des Abschnitts 32.2 EBM je Analyse einkalkuliert war. Mit der großflächigen Verlagerung der Basislaborleistungen von Laborgemeinschaften auf Laborfachärzte nahm zugleich die Zahl der Auftragsleistungen der Laborärzte zu, in denen die Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM abgerechnet werden durfte (nach KBV-Angaben bundesweit um 47 % bzw. 15,5 Mio. Fälle). Die kalkulatorische Überschneidung der in den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 EBM einerseits und in den Kostenpauschalen nach Nr. 40100 EBM andererseits enthaltenen Logistikkosten hatte damit ein Ausmaß angenommen, auf das die Vertragspartner der Bundesmantelverträge zu Recht mit einer Änderung der Abrechnungsvorschriften reagieren durften. Insoweit begegnet die Beschränkung der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM auf Laborauftragsleistungen ausschließlich des Abschnitts 32.3 EBM, bei denen kein Logistikanteil in die Bewertung der analytischen Gebührenordnungspositionen eingeflossen ist, keinen Bedenken. Hinsichtlich der hier streitgegenständlichen Mischaufträge aus Basis- und Speziallaborleistungen bliebe es freilich ohne den streitgegenständlichen Abrechnungsausschluss auch nach der Bindung der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM an Laborauftragsleistungen ausschließlich des Abschnitts 32.3 EBM dabei, dass die Kostenpauschale, die zuvor die Logistikkosten aller Laborleistungen des Kapitels 32

EBM auch des Basislabors abdeckte, bei unveränderter Bewertung mit 2,60 EUR weiterhin neben dem Logistikkostenanteil in den Bewertungen der Basislaborleistungen Nr. 32205 bis 32157 EBM zum Ansatz kommt. Die Einschränkung des auslösenden Gebührentatbestandes auf Speziallaborleistungen allein würde in diesen Fällen also keine Änderung der Abrechnung gegenüber der bis zum Quartal I/2009 geltenden Rechtslage bewirken. Ob in diesen Fällen kostenrechnerisch weiter von einer "doppelten" Abgeltung der Logistikkosten gesprochen werden kann, lässt die Kammer offen. Da die Kostenpauschale ursprünglich als Nr. 7103 EBM mit 5,10 DM resp. 2,60 EUR für die Versandkosten aller Leistungen der Laboratoriumsdiagnostik bzw. aller überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Kapitels O BMÄ/E-GO vereinbart war, könnte darin tatsächlich auch ein Anteil für Logistikkosten der Leistungen des Basislabors kalkulatorisch Eingang gefunden haben. In Folge der unveränderten Fortführung der Bewertung hätte sich hieran nichts geändert. Das gilt freilich auch für die seitdem im Wesentlichen unveränderte Bewertung der labordiagnostischen Gebührenordnungspositionen des Anhangs zu Abschnitt O I/II BMÄ/E-GO bzw. des Abschnitts 32.2 EBM, in die schon damals ein Logistikkostenanteil je Analyse einberechnet war, so dass die behauptete kalkulatorische Überschneidung im Grunde schon immer bestanden hätte, wenn nicht schon im Rahmen der Kostenerhebung die Mischfälle in die Bewertungen beider Logistikkosten einbezogen wurden. Letzterenfalls bestünde freilich erst recht kein Grund für eine kalkulatorische Bereinigung durch einen Abrechnungsausschluss, weil es dann schon bewertungstechnisch an einer mehrfachen Berücksichtigung ein und desselben Logistikaufwandes für bestimmte Laborleistungen fehlen würde. Von einer Überprüfung der Kalkulation unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten sieht die Kammer indessen ab (näher zur Überprüfung bewertungsrelevanter Praxiskostenansätze: Bundessozialgericht, Urteil vom 15.05.2002, Az. [B 6 KA 33/01 R](#), juris Rn. 21). Denn durch die neu gefasste Leistungsbeschreibung der Gebührenordnungsposition Nr. 40100 1. Spstr. EBM als Annexposition ausschließlich zu Speziallaborleistungen, nicht aber zu Leistungen des Allgemeinlabors, ist ungeachtet der betriebswirtschaftlichen Kostenermittlung und Zuordnung schon normativ ausgeschlossen, dass damit zugleich auch die Kosten für Transport und Befundmitteilung von Analysen des Allgemeinlabors abgegolten werden. Eine "doppelte Abrechnung", der durch den zusätzlichen Abrechnungsausschluss begegnet werden müsste, gibt es schon rein rechtlich nicht. Selbst wenn in die Bewertung der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM auch ein Vergütungsanteil zur Abgeltung der Logistikkosten von Basislaborleistungen eingeflossen sein sollte, der sich mit dem kalkulatorischen Logistikkostenanteil in den analytischen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM überschneidet, ist die vollständige Versagung der Kostenpauschale für die erbrachten Speziallaborleistungen, wenn daneben zusätzlich Basislaborleistungen erbracht werden, eine ungeeignete und sachwidrige Regelung, um die von der Beklagten angenommene Mehrfachabrechnung auszuschließen. Entgegen der Darstellung im Widerspruchsbescheid korrespondiert der Abrechnungsausschluss nicht mit Nr. 7.1 6. Spstr. der Allgemeinen Bestimmungen des EBM, wonach Versand- und Transportkosten in den Gebührenordnungspositionen soweit nichts anderes bestimmt ist enthalten sind. Denn hiervon sind ausdrücklich jene Kosten ausgenommen, "die bei Versendungen von Arztbriefen [] und im Zusammenhang mit Versendungen im Rahmen der Langzeit-EKG-Diagnostik, Laboratoriumsuntersuchungen, Zytologie, Histologie, Zytogenetik und Molekulargenetik, Strahlendiagnostik, Anwendung radioaktiver Substanzen sowie der Strahlentherapie entstehen." Zudem ist die Kostenpauschale bei alleiniger Erbringung von Speziallaborleistungen ohne ergänzende Basislaborleistungen unstrittig nach Nr. 40100 EBM abrechenbar und der damit vergütete Aufwand mithin nicht schon von den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 EBM mit abgegolten. Der Abrechnungsausschluss stellt auch keine spezielle Ausformung des allgemeinen Abrechnungsausschlusses in Nr. 2.1.3 Satz 3 der Allgemeinen Bestimmungen in Abschnitt I des EBM dar, wonach eine Gebührenordnungsposition nicht berechnungsfähig ist, wenn deren obligate und sofern vorhanden fakultative Leistungsinhalte vollständig Bestandteil einer anderen berechneten Gebührenordnungsposition sind. Wie das Bundessozialgericht bereits zur Vorläuferregelung in Teil A Nr. 1 Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen in Abschnitt A I EBM in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung entschieden hat, regelt dieser Abrechnungsausschluss nicht nur den Fall der so genannten Spezialität, bei der ein Leistungstatbestand notwendigerweise zugleich mit einem anderen erfüllt wird, sondern er erfasst hierüber hinaus auch die Konstellation, dass eine Leistung im Zuge einer anderen typischerweise miterbracht wird und der für sie erforderliche Aufwand im Regelfall hinter dem für die andere Leistung zurücktritt; in diesen Fällen ist die eine Leistung durch die Vergütung für die andere mit abgegolten (vgl. Urteil vom 22.03.2006, Az. [B 6 KA 44/04 R](#), juris Rn. 11; Urteil vom 25.08.1999, Az. [B 6 KA 57/98 R](#), juris Rn. 23). Denn die in Nr. 40100 EBM beschriebenen speziellen leistungsbezogenen Aufwendungen für Versandmaterial, Versandgefäße, Versendung bzw. den Transport des ggf. von infektiösen Untersuchungsmaterials, die Befundmitteilung und Abrechnung für kurativ-ambulante Auftragsleistungen des Speziallabors (Abschnitt 32.3 EBM), Histologie, Zytologie oder Zytogenetik und Molekulargenetik sind in den zum Ausschluss führenden Gebührenordnungspositionen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2.1 bis 32.2.7 EBM) weder enthalten noch werden sie durch die nach Abschnitt 32.2.1 bis 32.2.7 EBM abgegoltenen Aufwendungen für die Leistungen des Allgemeinlabors typischerweise konsumiert. Nr. 40100 EBM stellt eine umfassende Kostenpauschale für den Komplex "Übersendung von Untersuchungsmaterial einschließlich Befundbericht" dar, mit deren Ansatz der gesamte Versendungs- und Befundaufwand des Laborarztes im Zusammenhang mit der Versendung von Untersuchungsmaterial und Berichten für einen Patienten in einem Quartal abgegolten ist (Bundessozialgericht, Urteil vom 11.12.2013, Az. [B 6 KA 14/13 R](#), juris Rn. 16; Urteil vom 18.08.2010, Az. [B 6 KA 23/09 R](#), juris Rn. 14). Dabei erstreckt sich die Pauschale ausschließlich auf die dargestellten Aufwendungen, die im Behandlungsfall für die enumerativ aufgeführten speziellen Labor-, histo- und zytologischen sowie human- und zytogenetischen Leistungen anfallen. Es mag sein, dass die Gebührenordnungsposition so kalkuliert ist, dass von ihr darüber hinaus auch der nicht schon in den Kostenstellen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM abgebildete logistische Aufwand für Auftragsleistungen des Allgemeinlabors im selben Behandlungsfall mit umfasst wäre, wenn nicht der Abrechnungsausschluss aus der Anmerkung zur Nr. 40100 EBM eingriffe, denn die Bewertung mit 2,60 EUR wurde unverändert aus der bis zum 31.03.2009 geltenden Fassung übernommen, deren Leistungsbeschreibung noch auf sämtliche Laborauftragsleistungen des Kapitels 32 EBM Bezug nahm. Für den Versand von Laborbefunden sowohl des Allgemein- als auch des Basislabors können zudem die Pauschalen nach Nr. 40120 bis 40126 EBM nicht neben der Nr. 40120 EBM abgerechnet werden. Durch die Beschränkung der Leistungsbeschreibung im ersten Spiegelstrich der Nr. 40100 EBM allein auf Speziallaborleistungen ist die in der Kalkulation evtl. noch abgebildete frühere Abgeltung auch des Logistikaufwandes für die Leistungen des Allgemeinlabors indessen ab dem 01.04.2009 normativ ausgeschlossen; die Pauschale vergütet seitdem nach ihrer rechtlichen Bestimmung nur noch den Transport- und Übermittlungsaufwand für die in der Leistungsbeschreibung ausdrücklich genannten Auftragsleistungen (Speziallabor, Histologie, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik). Darüber hinaus ließe sich, selbst wenn Nr. 40100 EBM dazu bestimmt wäre, auch den Logistikaufwand für die Leistungen des Basislabors mit abzugelten, hieraus nur der Schluss ziehen, dass es daneben keiner zusätzlichen Berücksichtigung dieser Kosten in den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM bedürfte. Keinesfalls lässt sich hieraus umgekehrt eine Abgeltungsfunktion der analytischen Kostenstellen des Basislabors mit deren Logistikkostenanteil auch für die Versand- und Übermittlungskosten der Leistungen des Speziallabors ableiten. Während in die labordiagnostischen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM bei durchschnittlichen Kosten von 0,69 DM je Analyse einschließlich der Logistikkosten ein Anteil 0,08 DM für die Transport- und Versandkosten je Analyse einkalkuliert wurde, sind die Logistikkosten der Leistungen des Speziallabors in den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 EBM nicht in die Bewertung eingeflossen. Diese werden ausschließlich und abschließend von der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM für den gesamten Behandlungsfall abgebildet. Die Bewertungen der labordiagnostischen Gebührenordnungspositionen der

Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM gelten damit ausschließlich den logistischen Kostenaufwand für die jeweilige Analyse aus den Abschnitten 32.2.1 bis 32.2.7 EBM ab, nicht aber den in Nr. 40100 EBM beschriebenen Kostenaufwand des gesamten Behandlungsfalles für Transport und Versand bei der Erbringung der speziellen Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM. Denn dabei handelt es sich um einen anderen Aufwand für andere Leistungen. Es besteht keine Identität der Leistungen bzw. des durch die jeweiligen Gebühren abgelteten Aufwandes. Die Abrechnung der analytischen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM bewirkt deshalb auch keine Mehrfachvergütung ein und des selben Logistikaufwandes, der wie hier geschehen durch den Ausschluss der Nr. 40100 EBM begegnet werden könnte. Selbst wenn man annehmen wollte, dass die in Nr. 40100 EBM eingepreisten Logistikkosten auch den Transport- und Versandkostenaufwand für neben den Speziallaborleistungen angeforderte Allgemeinlaborleistungen mit abdecken könnten, liegt auf der Hand, dass der pro einzelner Analyse des Allgemeinlabors berechnete Transport- und Versandkostenaufwand nicht den komplexen Aufwand für alle Laborleistungen in einem Behandlungsfalles einschließlich des Speziallabors mit abgelten kann und soll. Die Streichung der Kostenpauschale wäre mithin eine inkongruente Antwort auf die angenommene umgekehrte kalkulatorische Überschneidung. Stellen die Partner des Mantelvertrags fest, dass in den hier umstrittenen Mischauftragsfällen wegen der nochmaligen Berücksichtigung des bereits in der Bewertung der Basislaborpositionen enthaltenen Logistikkostenanteils auch in der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM der selbe Aufwand nämlich die Transport- und Übermittlungskosten für die Analysen des Basislabors kalkulatorisch mehrfach abgebildet ist und damit Fehlanreize zu einer medizinisch nicht begründeten Leistungsausweitung bestehen, sind sie durchaus befugt, hierauf im Rahmen des ihnen zustehenden Gestaltungsspielraums mit vielfältigen Änderung der Gebührenordnungspositionen zu reagieren. So könnte beispielsweise die Bewertung der Nr. 40100 EBM um die darin evtl. noch enthaltenen Aufwendungen für Basislaborleistungen bereinigt oder aus den Basislaborziffern bei gleichzeitigem Ansatz der Transportkostenpauschale der Logistikanteil herausgerechnet werden. Der Klägerin dagegen wegen der angenommen überhöhten Vergütung des Transportaufwandes für Basislaborleistungen den Ausgleich des Transportaufwandes für die Speziallaborleistungen zu versagen, ist dagegen vom Gestaltungsermessen des Normgebers nicht mehr gedeckt. Die Streichung ist auch nicht deshalb gerechtfertigt, weil abstrakt die Möglichkeit besteht, dass der Arzt den Wegfall der Transportkostenpauschale durch die Vergütung der im selben Behandlungsfall anfallenden Leistungen des Allgemeinlabors einschließlich des darin enthaltenen Honorars für Transport und Versand je Analyse zuzüglich der bei Nichtansatz der Nr. 40100 EBM für alle Laborleistungen abrechenbaren Kostenpauschalen nach Nr. 40120 bis 40126 EBM kompensieren könnte (so aber Sozialgericht Marburg, Urteil vom 18.04.2012, Az. [S 12 KA 166/11](#), juris Rn. 32). Einer solchen Kompensation aus dem Logistikanteil der Vergütungen für Leistungen des Allgemeinlabors hat bereits das Sozialgericht Hannover zutreffend entgegen gehalten, dass diese Umsätze allenfalls dann eine Kompensation bewirken könnten, wenn der Laborarzt neben den Leistungen des Speziallabors die Leistungen des Allgemeinlabors in sehr großem Umfang abrechnen würde. Dies liefe indessen der Intention des Normgebers gerade zuwider, die Abrechenbarkeit der Kostenpauschale nur in den Fällen zu ermöglichen, in denen Leistungen des Speziallabors erbracht werden, um keinen weiteren Anreiz für die vermehrte Versendung von Laborleistungen des Allgemeinlabors an fachärztliche Laborarztpraxen zu setzen (Sozialgericht Hannover, Urteil vom 07.08.2013, Az. [S 61 KA 177/10](#), juris Rn. 20). Dem ist nur hinzuzufügen, dass eine solche "Quersubventionierung" des Aufwandes für Leistungen des Speziallabors aus den Vergütungen für Leistungen des Allgemeinlabors schon deshalb unzulässig wäre, weil die durch die Leistungsbeschreibung vorgegebenen Vergütungstatbestände der analytischen Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 32.2 EBM deren Abgeltungsfunktion begrenzen. Diese erstrecken sich nun einmal nicht auf Leistungen des Speziallabors. Das gilt entsprechend für die Möglichkeit der Kompensation des Abrechnungsausschlusses mittels der Kostenpauschalen aus Abschnitt 40.4 Nr. 40120 bis 40126 EBM. Insofern besteht zwar tatsächlich eine Teilidentität des Leistungsinhalts insofern, als die in Nr. 40120 bis 40126 EBM geregelten Versandkosten in vollem Umfang auch von der Transportkostenpauschale in Nr. 40100 EBM umfasst sind, wie sich aus dem Abrechnungsausschluss der Versandkostenpauschalen neben der Transportkostenpauschale ergibt. Auch diese Abgeltungsfunktion wirkt aber im Sinne der Spezialität nur einseitig. Denn die Transportkostenpauschale umfasst auch die Versandkosten, die Versandkostenpauschalen dagegen nicht alle Transportkosten im Sinne der Nr. 40100 EBM. Ohne dass es hinsichtlich der Bewertungen auf eine tatsächliche wirtschaftliche Kostendeckung im Einzelfall ankommt, kann schon rein gegenständlich nach dem Inhalt der Leistungsbeschreibung durch den Ansatz der Versandkostenpauschalen der Verlust des Anspruchs auf die Transportkostenpauschale allenfalls teilweise ausgeglichen werden. Die Versandkostenpauschalen decken im Wesentlichen die Portokosten, nicht aber die gerade im Bereich des Speziallabors durchaus nennenswerten Aufwendungen für die den Einsendern zur Verfügung gestellten Verpackungen bzw. Behälter für den sterilen und sicheren Transport der Proben. Allein die Existenz der Transportkostenpauschale Nr. 40100 EBM neben den auch für Leistungen des Allgemeinlabors abrechenbaren Versandkostenpauschalen nach Nr. 40120 bis 40126 EBM weist Ersterer eine spezielle Vergütungsfunktion gegenüber Letzteren zu, deren Ausschluss einer spezifischen Rechtfertigung bedarf. Dass ein Teil der Logistikkosten des Speziallabors aus den Versandkostenpauschalen gedeckt werden kann, ist allein noch kein zureichender Grund, dem Arzt bei alleiniger Abrechnung von Leistungen des Speziallabors die Transportkostenpauschale zuzuerkennen, ihn aber bei mindestens einer zusätzlichen Leistung des Allgemeinlabors auf die Versandkostenpauschalen zu verweisen. Der Abrechnungsausschluss wird schließlich auch nicht durch das Anliegen legitimiert, einer weiteren Verlagerung der Basislaboraufträge von Laborgemeinschaften auf Laborärzte entgegen zu wirken. Die beobachtete Leistungsausweitung mag ihre Ursache in Fehlanreizen der Vergütungsstruktur haben, die ihrerseits darin begründet sein mögen, dass die Möglichkeit, die Nr. 40100 EBM neben Basislaborleistungen abzurechnen, ohne Bereinigung der Leistungen aus Kapitel 32.21 bis 32.2.7 EBM um den Logistikanteil den Laborärzten einen zum Teil ungerechtfertigten Kostenvorteil bietet. Die Entgegennahme von Mischaufträgen mit einem Abrechnungsausschluss als Sanktion zu belegen, ist indessen kein adäquates Mittel, um dem zu begegnen. Jenseits des Anliegens, Fehlanreize für ungerechtfertigte Leistungsausweitungen zu beseitigen, stellt es im Übrigen keinen rechtfertigenden Regelungszweck dar, zu verhindern, dass überhaupt Basislaborleistungen an Laborärzte überwiesen werden. Denn es gibt keinen sachlich nachvollziehbaren Grund, Laborärzte von der Erbringung solcher Leistungen, die wenn auch nicht ausschließlich in ihr Fachgebiet gehören und rechtmäßig erbracht werden dürfen, faktisch auszuschließen oder ohne nachvollziehbare Begründung auf die Erbringung der Leistung in anderen rechtlichen Ausgestaltungen zu drängen. Zudem wäre die Streichung der Nr. 40100 EBM bei gemischten Basis- und Speziallaboraufträgen zum Erreichen dieses Ziels auch nicht geeignet. Denn die Erbringung und Abrechnung von Auftragsleistungen des Basislabors durch Laborärzte wird als solche durch den Abrechnungsausschluss gerade nicht verhindert oder erschwert; gesteuert wird vielmehr nur die Kombination aus Basis- und Speziallaborleistungen im selben Behandlungsfall. Es ist in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehbar, weshalb einerseits Basislaborleistungen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM und andererseits Speziallaborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM in Verbindung mit der Transportkostenpauschale einschränkungslos durch Laborärzte erbracht und abgerechnet werden dürfen und nur die Kombination aus beiden durch Streichung der Begleitziffer Nr. 40100 EBM sanktioniert werden soll. Hinzu kommt, dass auch unter Zugrundelegung dieses Regelungsziels die inkongruente Verknüpfung zwischen dem Zweck, die Erbringung von Leistungen des Basislabors durch Laborfachärzte zu unterbinden, mit dem Mittel, hierzu die Transportkostenpauschale für Leistungen des Speziallabors zu streichen, sachwidrig wäre. Die Förderung "lokaler Laborstrukturen" kann sofern überhaupt ein rechtfertigender Zweck so ebenfalls nicht erreicht werden, weil weder der streitgegenständliche Abrechnungsausschluss in Nr. 40100 EBM noch die keinem Abrechnungsausschluss unterliegenden Gebührenordnungspositionen für Laborleistungen an die Lokalisierung der betroffenen Leistungen anknüpfen noch die

Leistungen selbst lokal bestimmbar sind. Die Beklagte ist im Ergebnis zur Neubeschreibung der Honoraranforderung für die wegen der Abrechnung von Leistungen des Allgemeinlabors im selben Behandlungsfall gestrichenen Ansätze der Nr. 40100 EBM und zur Auszahlung der sich daraus ergebenden Honorardifferenz zu verpflichten. 2. Die Quotierung der im Vorwegabzug nach § 3 Abs. 3 HVV vergüteten Laborleistungen mit dem Faktor 96,845 % ist dagegen rechtmäßig, die Klage insoweit unbegründet. Die Quotierung erfasst hier die laboranalytischen Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie die Grundpauschale je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen, Nr. 12220 EBM. Die laboranalytischen Leistungen sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab in Fortschreibung früherer Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge in Euro-Beträgen bewertet. Die Laborgrundpauschale ist je Behandlungsfall mit 40 Punkten bewertet, ab dem 6001. bis zum 12000. Behandlungsfall (in Berufsausübungsgemeinschaften je beteiligtem Vertragsarzt) mit 10 Punkten und ab dem (in Berufsausübungsgemeinschaften jeweils) 12001. und jedem weiteren Behandlungsfall mit 2 Punkten. Wie sich die unter Ansatz der Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und im Ergebnis der Honorarverteilung zu entrichtenden Vergütungen ermitteln, haben die Partner der Gesamtverträge in der Vereinbarung zur Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der Sächsischen Gebührenordnung (SGO), zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen, zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs, zur Honorarverteilung, zur Differenzierung der Vergütung nach Versorgungsgraden, in den hier maßgeblichen Abschnitten einschlägig in der Fassung des 2. Nachtrags vom 30.06.2010, geregelt. Nach § 1 des Teils 2 der Vereinbarung Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der Sächsischen Gebührenordnung (SGO) ist als Punktwert im Regelfall der regionale Punktwert von 3,5048 Cent festgelegt. § 2 des Teils 2 bestimmt den Preis der vertragsärztlichen Leistungen in der Sächsischen Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) als Produkt aus der Bewertung einer Leistung in Punkten nach dem Einheitliche Bewertungsmaßstab in seiner jeweils gültigen Fassung multipliziert mit dem regionalen Punktwert im Regelfall, kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet. Für in Euro bewertete Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gilt nach § 2 Satz 4 des Teils 2 der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab definierte Preis. Teil 5 der Vereinbarung enthält in der Fassung des 2. Nachtrags die hier einschlägige Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der Vereinigung Sachsen (fortan: Honorarverteilungsvereinbarung - HVV). § 3 HVV regelt die allgemeinen Abzüge und Zuführungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. § 3 Abs. 3 HVV lautet: Die Bildung des Vorwegabzuges für die Vergütung der Konsiliar- und Grundpauschale der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (GOP 12210 und 12220), die Grundpauschale für ausschließlich zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM erfolgt gemäß Beschlussteil F Punkt 2.5.1 i. V. m. Anlage 4 Anhang 1. Die GOP 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kap. 32 EBM wird immer zu den Preisen der Sächsischen Gebührenordnung aus diesem Vorwegabzug vergütet. Sofern die Mittel für die Honorierung der verbleibenden Leistungen dieses Vorwegabzuges nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, werden die Leistungen zu abgestaffelten Preisen vergütet. Der abgestaffelte Preis ergibt sich aus der Division des verbliebenen Finanzvolumens des Vorwegabzuges und der abgerechneten Leistungsmenge. § 3 Abs. 3 Satz 1 HVV nimmt Bezug auf den Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010 (DÄBl. 107 [2010] Nr. 16, Beilage), zuletzt geändert durch den Beschluss aus der 253. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; DÄBl. 108 [2011] Nr. 17 S. A-973) mit Wirkung zum 01.07.2010 und verweist auf die folgenden Regelungen in dessen Teil F Abschnitt I: 2.5 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug 2.5.1 Vergütung und Steuerung der Labor-Konsiliar- und -Grundpauschale (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM Die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), die Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18. vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz. Die Gebührenordnungsposition 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 wird immer zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

Anhang 1 zu Anlage 4 Schritt 18 Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss B, 2.3.3 angepassten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für - die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM), - die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, - die GOP 32001, - Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM. TVG2Quartal = VGVJQ(Labor) x 1,016616 Der nach Teil F Abschnitt I Nr. 2.5.1 des Beschlusses bei der Einigung über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens zu beachtende Grundsatz ist im zweiten Absatz der Präambel zu Teil F Abschnitt I des Beschlusses niedergelegt: Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß [§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Die mit diesem Beschluss erfolgende Anpassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 42 vom 16. Oktober 2009, Seiten A 2103 bis A 2112), geändert durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 215. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 9 vom 5. März 2010, Seite A 408) und in seiner 219. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 12 vom 26. März 2010, Seiten A 568f.) kann daher keine Nachschusspflicht der Krankenkassen begründen.

Die Quotierung findet ihre unmittelbare Rechtsgrundlage in § 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 HVV, der ausdrücklich eine Abstufung der Vergütung anordnet, wenn das auf Basis des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für Laborleistungen im Vorjahresquartal (hier: III/2009) aus der Gesamtvergütung vorweg abzuziehende Vergütungsvolumen nicht ausreicht. Die rechnerische Herleitung der Quote aus den MGV-Anteilen des Quartals III/2009, die auf die von der Regelung erfassten Laborleistungen entfallen, hat die Beklagte in ihrem Schreiben vom 19.10.2012 tabellarisch dargestellt, auf das gemäß [§ 136 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) Bezug genommen wird (Bl. 35 f. der Sozialgerichtsakte). Die Beklagte hat dabei die Summe der laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Vorjahresquartals nach § 3 Abs. 3 Satz 1 HVV (29.605.533,68 EUR) mit dem Anpassungsfaktor aus Anhang 1 zu Anlage 4 Schritt 18 zum Beschluss Teil F Abschnitt I (1,016616) dynamisiert, die so ermittelte Rückstellungssumme (30.097.459 EUR) um die gemäß § 3 Abs. 3 Satz 2 HVV stets unquotiert zu

vergütenden Ausgaben für den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus Nr. 32001 EBM (5.470.462,47 EUR) bereinigt und aus dem Verhältnis zwischen den übrigen abgerechneten Laborleistungen des streitgegenständlichen Quartals (25.429.148,39 EUR) und der verbliebenen Rückstellungssumme (24.626.996,76 EUR) gemäß § 3 Abs. 3 Satz 3 HVV die Vergütungsquote bestimmt. Diese Berechnung ist in sich schlüssig und entspricht den Vorgaben des § 3 Abs. 3 HVV in Verbindung mit den dort unter Bezug genommenen Regelung aus Teil F Abschnitt I des Beschlusses des Bewertungsausschusses zum Berechnungsweg. Die Quotierung ist auch zulässig. § 3 Abs. 3 HVV ist mit höherrangigem Recht, insbesondere den Vorgaben des Bewertungsausschusses und des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch vereinbar. Bereits aus der Abschnittsüberschrift zu Teil F Abschnitt I Nr. 2.5 und Nr. 2.5.1 "Vergütung und Steuerung" geht hervor, dass der Bewertungsausschuss mit der Bildung des Vorwegabzugs für die dort bezeichneten Laborleistungen nicht nur deren Vergütung absichern, sondern diese auch einer Steuerung zugänglich machen wollte. Dies kann im Kontext der Vergütungsregelungen nur bedeuten, dass er die Gesamtvertragspartner mit dieser Vorgabe von den Gebühren, die sich rechnerisch aus der Summe des angeforderten Leistungsbedarfs aus den Euro-Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und von den dort ausgewiesenen Bewertungen in Punkten, vervielfältigt mit dem regionalen Punktwert, lösen wollte. Der weit gefasste Zweck des Vorwegabzugs und der in die Regelung eingebetteten Öffnungsklausel umfasst sowohl Regelungen, die wie hier in erster Linie der Bereitstellung stabiler Vergütungsanteile für alle Arztgruppen aus der begrenzten Gesamtvergütung dienen, als auch solche, bei denen die Beeinflussung des Leistungs- und Abrechnungsverhaltens im Vordergrund steht. Die konkrete Ausgestaltung der Vergütungs- und Steuerungsregelungen hat der Bewertungsausschuss dabei in das Ermessen der Gesamtvertragspartner gestellt, die sich über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sollen. Die einzige Einschränkung, die er hiermit verbunden hat, ist die Auflage, den Grundsatz aus Teil F Abschnitt I pr. zweiter Absatz zu beachten, nach dem eine Nachschusspflicht der Krankenkassen zur vereinbarten Gesamtvergütung ausgeschlossen ist. Das aber drängt, wenn die Gesamtvertragspartner eine Leistungsausweitung nicht in die Finanzierungsverantwortung anderer Ärzte, gar zu Lasten deren Regelleistungsvolumina, legen wollen oder dürfen, eine Quotierung der abrechenbaren Leistungen an Hand des Verhältnisses zwischen Referenz- und abgerechneter Leistungsmenge gerade auf. Ergänzend im Sinne der Subsidiarität hierzu sah Teil F Abschnitt II Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010 in Fortführung der Konvergenzregelung in Teil B des Beschlusses aus der 180. Sitzung am 20.04.2009 (DÄBl. 106 [2009] Nr. 19, S. A-942 ff.) vor, dass Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I dieses Beschlusses erfolgt, einer Steuerung unterzogen werden können, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z.B. durch Mengenerwicklung) entgegenzuwirken; dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. Anlass für diese Regelung war das Anliegen, die Fallwerte der Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina vor dem Hintergrund erheblicher Leistungsausweitungen bei den sog. freien Leistungen nach Einführung der Regelleistungsvolumina zu stabilisieren. Eine Quotierung sog. freier das heißt: nicht der Steuerung durch Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina unterliegender Leistungen im Rahmen und nach Maßgabe der Honorarverteilung ist grundsätzlich zulässig. Entsprechende Vorgaben des Bewertungsausschusses halten sich im Rahmen des [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#). Sie sind mit Rücksicht auf den begrenzten Umfang der Gesamtvergütung insbesondere durch das Anliegen gerechtfertigt, eine Ausweitung der nicht durch Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina gesteuerten Anteile der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung zu Lasten des gesteuerten Vergütungsvolumens zu verhindern, wie sie sich nach Einführung der Regelleistungsvolumina ab dem ersten Halbjahr 2009 abgezeichnet hatte (Bundessozialgericht, Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 14 ff. und insb. Rn. 19, zur Konvergenzregelung für das Quartal II/2010). Darüber hinaus ergibt sich die Regelungskompetenz der Gesamtvertragspartner aus [§ 85 Abs. 4 Satz 7 und Abs. 4a Satz 1 SGB V](#), wo klargestellt ist, dass die Vertragspartner nach Vorgaben des Bewertungsausschusses auch weitere Steuerungsinstrumente neben Regelleistungsvolumina einrichten können, soweit diese nicht dem Grundsatz der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina und den dazu getroffenen Maßgaben zuwider laufen. Dabei beschränkt sich die Regelungsbefugnis nicht auf das Ziel, eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu unterbinden, sondern es ist ebenso legitim, da dem Gesetz systemimmanent, durch eine Quotierung der Vergütung das je Leistung erzielbare Honorar dem zur Verteilung stehenden Honorarvolumen anzupassen (Bundessozialgericht, Urteil vom 05.06.2013, Az. [B 6 KA 32/12 R](#), juris Rn. 41 f.). Der Quotierung steht nicht entgegen, dass jedenfalls die bei den Laborfachärzten im Vordergrund stehenden Auftragsleistungen wegen der Überweisungsbindung nicht ohne Weiteres ausgeweitet werden können. Die Gefahr einer Leistungs- und Mengenausweitung ist zwar geringer als in anderen ärztlichen Bereichen, aber nicht ausgeschlossen. Im Vordergrund der Regelung steht aber vor diesem Hintergrund weniger die steuernde Wirkung zur Verhinderung einer Leistungsausweitung, sondern die Verteilung der begrenzten Gesamtvergütung in Relation zu der erbrachten Leistungsmengen, d.h. das Herunterbrechen des kalkulatorischen Leistungsbedarfs auf die deutlich geringere verteilbare Honorarsumme. Hierfür kommt es nicht darauf an, ob die Laborärzte selbst oder die Zuweiser eine evtl. Leistungsausweitung zu "verantworten" haben. Selbst wenn die Verschiebungen der Vergütungsvolumina in den Verantwortungsbereich anderer Arztgruppen fallen oder sogar systembedingt unvermeidbar sind, ist es nicht zu beanstanden, wenn die Gesamtvertragspartner daraufhin die Honorierung freier Leistungen arztgruppenübergreifend auf einen Referenzmengenbezug umstellen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 50 ff., in Abgrenzung zu Bundessozialgericht, Urteil vom 29.09.1993, Az. [6 RKA 65/91](#); Bundessozialgericht, Urteil vom 28.01.1998, Az. [B 6 KA 96/96 R](#), juris Rn. 18 ff.). Das mit diesem System verfolgte Anliegen, Honorarverschiebungen bei ausweitbaren freien Leistungen zu Lasten der Vergütung für andere, nicht ohne weiteres ausweitbare Leistungen zu verhindern, kommt letztlich auch der Klägerin im Verhältnis zu anderen Arztgruppen zu Gute. Dies gilt auch für Laborleistungen einschließlich der in Euro ausgewiesenen sog. Kostenerstattungen für Laboranalysen des Kapitels 32 EBM und der bereits einer Abstaffelung der Vergütung auf der Bewertungsebene unterliegenden Laborgrundpauschale. Im Ausgangspunkt trifft allerdings zu, dass die Bewertung der analytischen Laborleistungen in festen DM- bzw. Euro-Beträgen Ausdruck der Grundentscheidung des Bewertungsausschusses war, durch bundeseinheitliche Festpreise die Laborärzte bereits bei Eingang einer Laboranforderung bzw. Einsendung einer Probe wissen zu lassen, welche Vergütung ihnen insoweit zusteht, und Versendeströme von Präparaten entgegenzuwirken, die allein auf das Bestreben zurückzuführen waren, die Leistungen dort abzurechnen, wo die höchsten Punktwerte zu erwarten waren (Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 29; Beschluss vom 23.05.2007, Az. [B 6 KA 91/06 B](#), juris Rn. 6). Von beiden Anliegen ist der Bewertungsausschuss mit der Freigabe der Laborvergütungen für zusätzliche Begrenzungen auf der Honorarverteilungsebene schrittweise abgerückt. Denn im Ergebnis der Quotierung stellen die in Euro ausgewiesenen Bewertungen des Kapitels 32 EBM keine taxmäßige Vergütung mehr dar, sondern nur noch unselbständige Berechnungsgrößen zur Honorarermittlung. Die Vergütung bestimmt sich erst im Nachhinein an Hand des Verhältnisses aus dem auf Basis des Referenzzeitraums ermittelten und ggf. angepassten Verteilungsvolumen und der tatsächlich abgerechneten Leistungsmenge und kann je nach Ausgestaltung der regionalen Honorarverteilungsregelungen und der jeweiligen Referenzmengen regional unterschiedlich ausfallen, was durchaus (Fehl)janreize zu einer erneuten, an der Vergütungshöhe orientierten räumlichen Verschiebung des Leistungsaufkommens auslösen kann. Die Zulassung einer zudem regional unterschiedlichen Quotierung der Vergütungen widerspricht somit nicht nur regelungstechnisch der Bewertung in Euro

anstatt in Punkten, sondern beruht auch auf einem Paradigmenwechsel in Bezug auf wesentliche Elementen der Laborreform mit Wirkung ab dem 01.07.1999. Zudem hat das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 11.12.2013, Az. [B 6 KA 6/13 R](#), juris Rn. 40, die Zulässigkeit der Begrenzung auf der Honorarverteilungsebene unter anderem damit begründet, dass die Leistungsbewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach wie vor nicht in Euro-Beträgen, sondern in Punktzahlen erfolge, was den Umkehrschluss aus einer Bewertung in Euro auf die Unzulässigkeit von Abstufungen im Rahmen der Honorarverteilung nahelegen scheint. Das macht die Neuregelung indessen nicht rechtswidrig. Das Festhalten an einer Bewertung der laboranalytischen Gebührenordnungspositionen in Euro, die noch aus der ursprünglichen Intention des Bewertungsausschusses resultiert, wäre zwar eine regelungstechnische Inkonsequenz, wenn Abstufungsregelungen auf der Honorarverteilungsebene bundesweit wieder den Regelfall darstellen würden; schon Letzteres war aber im streitgegenständlichen Quartal nicht der Fall. Der Euro-Bewertung als solcher kommt keine normative Geltung zu, die den Öffnungsklauseln in Teil F Abschnitt I Nr. 2.5.1 Satz 2 und subsidiär Abschnitt II Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010 entgegen stehen würden. Insbesondere geht sie in der Normenhierarchie des [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) den ausdrücklichen Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bildung der Vorwegabzüge einschließlich des an die Gesamtvertragspartner gerichteten Normsetzungsauftrags für den Fall von Über- bzw. Unterschreitungen der maßgeblichen Vergütungsvolumina nicht im Rang vor. Die Euro-Bewertungen der laboranalytischen Gebührenordnungspositionen stehen einer hiervon abweichenden Vergütung im Ergebnis der Honorarverteilung auch nicht etwa deshalb entgegen, weil sie als Auslagenersatz im Sinne eines "durchlaufenden Postens" konzipiert wären. Durch die Rechtsprechung ist bereits geklärt, dass die Annahme, bei den DM- bzw. Euro-Beträgen für die einzelnen Laborparameter handele es sich um echte Kostenerstattungsregelungen im Sinne eines Ersatzes von Aufwendungen (wie z.B. in [§§ 670, 683 BGB](#)) schon im Ausgangspunkt unzutreffend ist; ein solches Verständnis von Kostenerstattungen liegt den Bewertungen der analytischen Laborleistungen ersichtlich nicht zu Grunde. Vielmehr haben die Vertragspartner auf Bundesebene Festpreise für alle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechnungsfähigen Laborleistungen festgesetzt. Selbst wenn diese auf der Grundlage von betriebswirtschaftlichen Untersuchungen über die Kostenstrukturen einzelner Praxen vereinbart worden sind, ändert sich dadurch nichts an dem Charakter einer von der Höhe der tatsächlichen "Kosten" des Arztes unabhängigen Festpreisregelung (Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 31). Die verbreitete Bezeichnung der laboranalytischen Leistungen des Kapitels 32 EBM als "Kosten" weist lediglich darauf hin, dass es sich bei diesen Abrechnungsziffern um einen separat kalkulierten Praxiskostenanteil der Laborleistungen (nichtärztliche und technische Leistungen) handelt, nachdem der Bewertungsausschuss aus der Gesamtbewertung der Laborleistungen den ärztlichen Leistungsanteil ausgegliedert und gesondert durch die Laborgrundpauschale abgebildet hat. Aus der Qualifikation der laborärztlichen Grundpauschale nach Nr. 12220 EBM einerseits und der laboranalytischen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 EBM andererseits als komplementäre Elemente einer Bewertung der ärztlichen sowie nichtärztlichen und technischen Leistungs- bzw. Kostenteile folgt zugleich deren strukturelle Vergleichbarkeit mit den übrigen, in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, die einer Mengenbegrenzung durch Regelleistungs- und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina wie auch durch ergänzende Honorarbegrenzungen für nicht RLV/QZV-gesteuerte Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterworfen werden dürfen (Bundessozialgericht, Urteil vom 05.06.2013, Az. [B 6 KA 32/12 R](#), juris Rn. 41 f.; Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 14 ff. und 19). Allein die bewertungstechnische Aufspaltung der Kalkulation auf separate Kostenstellen begründet keinen wesentlichen Unterschied, der im Rahmen der Honorarverteilung eine Privilegierung des laborärztlichen Leistungsbereichs zu Lasten anderer Arzt- bzw. Leistungsgruppen rechtfertigen würde. Die Klage dringt auch nicht mit ihrem Argument durch, mit der nach Fallzahlen abgestaffelten Bewertung der Laborgrundpauschale in Nr. 12220 EBM und der Steuerung der Veranlassung laboranalytischer Leistungen durch das sog. Laborbudget der überweisenden Ärzte (Abschmelzung des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus gemäß Nr. 32001 EBM auf Grund der Präambel Nr. 2 bis 8 zu Abschnitt 32.2 und Nr. 3 bis 9 zu Abschnitt 32.3 EBM) habe der Bewertungsausschuss bereits ein abschließende Regelung zur Mengensteuerung und Honorarbegrenzung getroffen, die konkurrierenden Quotierungsregelungen im Honorarverteilungsvertrag entgegen stünde. Dass bereits der Einheitliche Bewertungsmaßstab Regelungen enthält, die auf eine Begrenzung der abrechenbaren Leistungsmenge und eine Leistungssteuerung hinwirken, steht einer (zusätzlichen) Quotierung auf der Ebene der Honorarverteilung nicht entgegen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab legt die Regelungsmöglichkeiten für eine Honorarbegrenzung und zur Steuerung der Leistungsmenge nicht im Sinne der Ausschließlichkeit abschließend fest. Denn die dort verankerten Regelungsinstrumente die Abstufung der Vergütung und die Abschmelzung des Wirtschaftlichkeitsbonus sie sind allein der Ebene der Bewertung zuzuordnen. Schon im Grundsatz gibt es keinen generellen Vorrang der Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes gegenüber den Regelungen der Honorarverteilung. Soweit sich in der Rechtsprechung Aussagen der Art finden, dass Honorarverteilungsmaßstäbe nicht gegen die Vorschriften des Bewertungsmaßstabes verstoßen dürfen bzw. auf die sich aus der Normhierarchie ergebende Vorrangigkeit der vom Bewertungsausschuss getroffenen Regelungen verwiesen wird, gilt dies allein dann, wenn der Bewertungsmaßstab selbst Regelungen enthält, die sich auf die Honorarverteilung insbesondere durch dort normierten honorarbegrenzenden Regelungen auswirken sollen. Im Übrigen sehen die gesetzlichen Vorschriften keine Bindung der Honorarverteilung an den Bewertungsmaßstab vor. Regelungen des Bewertungsmaßstabes über die Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen bewirken keine generelle Bindung des Normgebers der Honorarverteilung. Art und Umfang der Leistungen, wie sie im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegt sind, bilden nicht das alleinige Verteilungskriterium; vielmehr können die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Satzungsautonomie ebenso wie die Gesamtvertragspartner im Rahmen des ihnen vom Gesetz eingeräumten Handlungsspielraums daneben auch andere Gesichtspunkte berücksichtigen, auch wenn dadurch im Ergebnis von Bewertungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abgewichen wird. Die Höhe der von den Krankenkassen für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zur Verfügung zu stellenden Geldmittel ergibt sich nicht an Hand gesetzlich vorgegebener quasi mathematischer Berechnungsschritte, sondern wird im Verhandlungswege durch gesamtvertragliche Vereinbarung festgelegt. Zudem stimmen die den Vertragspartnern der Gesamtverträge für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen vorgegebenen Kriterien nicht im vollen Umfang mit den für die Verteilung der Gesamtvergütungen geltenden Regelungen überein. Der Umstand, dass die vertragsärztliche Vergütung auf zwei der die Vereinbarung der Gesamtvergütung und der die Honorarverteilung betreffenden Ebenen geregelt ist, hat zur Folge, dass der einzelne Vertragsarzt keinen Anspruch auf ein Honorar in einer bestimmten Höhe, sondern nur auf einen angemessenen Anteil an der Gesamtvergütung hat (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11.12.2013, Az. [B 6 KA 6/13 R](#), juris Rn. 37 f., Rn. 40 in Bezug auf die Geltung von Regelleistungsvolumina für in Punkten bewertete Leistungen). Weder die fallzahlabhängige Abstufung der Bewertung der Laborgrundpauschale in Nr. 12220 EBM noch die Regelungen über die Abschmelzung des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus bei Überschreitung des Laborbudgets nach Nr. 32001 EBM in Verbindung mit der Präambel Nr. 2 bis 8 zu Abschnitt 32.2 und Nr. 3 bis 9 zu Abschnitt 32.3 EBM sind ihrer Funktion nach auf die Ebene der Honorarverteilung ausgerichtet. Wie das Bundessozialgericht bereits zu den entsprechenden Vorläuferregelungen in Nr. 3542 sowie in den Präambeln zu den Abschnitten O I/II und O III EBM in der ab dem 01.07.1999 geltenden Fassung (damals noch in Verbindung mit der inzwischen in die ärztlichen Grundpauschalen einbezogene Laborgrundgebühr) entschieden hat, stehen der Wirtschaftlichkeitsbonus und die Abschmelzungsregelungen in einem unmittelbaren Kontext. Sie stellen Elemente eines einheitlichen Gebührenkomplexes dar. Der dem Bewertungsausschuss in [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) übertragene Gestaltungsauftrag erschöpft sich

nicht in der Aufstellung eines reinen Leistungs- und Bewertungskataloges unter medizinischen, betriebswirtschaftlichen oder sonstigen Gesichtspunkten. Vielmehr schließt er die Befugnis ein, über die Beschreibung und Bewertung der ärztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten der Ärzte steuernd zu beeinflussen. Diese Steuerungsbefugnis ermöglicht es dem Bewertungsausschuss, durch ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstaffelungsregelungen, Budgetierungen und ähnliche mengen- oder fallzahlenbegrenzende Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen herbeizuführen. Dabei erfolgt die Steuerung des Leistungsverhaltens über die Beschreibung und Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen. Eine Bewertung ärztlicher Leistungen erfolgte insbesondere mit dem Gebührentatbestand für den Wirtschaftlichkeitsbonus, in dem neben der Laborgrundgebühr (nunmehr eingeflossen in die ärztlichen Grundpauschalen) die intellektuellen Leistungen, die der behandelnde Arzt bei der Indikation zu und der Veranlassung von Laboranalysen sowie der Befundung und Interpretation von Laborergebnissen erbringt, eigenständig bewertet werden. Eine Bewertung ärztlicher Leistungen erfolgt auch durch die Abschmelzungsregelungen zum Wirtschaftlichkeitsbonus. Diese einheitlichen Regelungen beinhalten eine von [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) zugelassene ergänzende Form der Leistungsbewertung zur Mengen- und Fallzahlsteuerung. Der Bewertungsausschuss ist nicht auf einen numerus clausus von Regelungstechniken zur Mengen- und Fallzahlbegrenzung festgelegt; er ist berechtigt, das ärztliche Leistungsverhalten auch durch solche ergänzenden Bewertungsformen zu steuern, die sich nicht als Abstaffelung im Sinne des [§ 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V](#) oder als Obergrenze im Sinne des [§ 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V](#) qualifizieren lassen. Voraussetzung ist immer, dass eine derartige Steuerung über die Beschreibung und Bewertung ärztlicher Leistungen erfolgt. Durch die Abschmelzungsregelung wird eine solche Bewertung ärztlicher Leistungen vorgenommen. Eine Bewertung ärztlicher Leistungen stellt es nämlich auch dar, wenn ihr wirtschaftlicher Wert abhängig von der Einhaltung eines Punktzahlkontingents sinkt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 23.02.2005, Az. [B 6 KA 55/03 R](#), juris Rn. 17 bis 22). Diese Erwägungen treffen auf die im Streitgegenständlichen Quartal geltenden Steuerungsinstrumente für Laborleistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab weiterhin zu. Als reine Bewertungsregelungen lassen sie Raum für Honorarbegrenzungen auf der Honorarverteilungsebene, weil sie anders als die Streitgegenständlichen Quotierungen unbeschadet ihrer Steuerungsfunktion nicht darauf gerichtet sind, die Zuteilung der für Laborleistungen bestimmten Anteile der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Abgrenzung zu den Honoraranteilen für andere Leistungen zu regeln. Zutreffend ist zwar die zunächst rein empirische Erwägung, dass durch die regional unterschiedliche Honorarentwicklung wieder regionale Kostenunterschiede eintreten können und dass die Quotierung sich ähnlich wie ein floatender Punktwert auf die Abrechnung und damit auch auf das Leistungsverhalten der Laborärzte und der mit ihnen kooperierenden Zuweiser auswirken kann. Diese unerwünschten Auswirkungen stehen einer Quotierung indessen rechtlich nicht entgegen. Zunächst unterliegen die Regelungen der Beobachtungs- und ggf. Korrekturpflicht des Bewertungsausschusses und der Gesamtvertragspartner bzw. der Kassenärztlichen (Bundes-) Vereinigung. Zudem ist ein extremer Verfall der Bewertungen, namentlich auf Grund eines sog. Hamsterradeffektes, derzeit auch nicht absehbar. Dem stehen schon die Wirkungen der abrechnungsmengenbegrenzenden Regelungen auf der Bewertungsebene entgegen. Wie das Bundessozialgericht bereits zur einheitlichen Honorarabrechnung für selbst erbrachte und ärztlich verantwortete Laborleistungen festgestellt hatte, unterliegt die Erbringung und Veranlassung von Laborleistungen durch andere Ärzte, welche auf die Vergütung der Laborärzte Einfluss haben könnte, seit dem Quartal III/2009 durch die Bindung des Wirtschaftlichkeitsbonus an die Einhaltung des Laborbudgets bereits einer effektiven Mengensteuerung auf der Bewertungsebene. Dies lässt die Annahme zu, dass eine Begrenzung des Honorarverteilungsvolumens nicht zu Lasten der Vergütung für die überweisungsabhängigen Laborleistungen gehen wird (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 54 f.; Bestätigung durch Bundessozialgericht, Urteil vom 23.02.2005, Az. [B 6 KA 55/03 R](#), juris Rn. 26). Diese Prognose gilt für die Streitgegenständliche Quotierung der Laborleistungen in Folge der Begrenzung des Verteilungsvolumens für den Vorwegabzug gleichermaßen. Denn die abrechnungsmengenbegrenzende Wirkung des Laborbudgets beschränkt sich nicht auf selbst erbrachte bzw. bezogene Leistungen. Vielmehr erstreckt sich die Abschmelzungsregelung in Nr. 2 ff. der Präambel zu Abschnitt 32.2 und Nr. 3 ff. der Präambel zu Abschnitt 32.3 in Verbindung mit Nr. 32001 EBM ausdrücklich auch auf als Auftragsleistung überwiesene kurativ-ambulante Laboratoriumsuntersuchungen und wirkt so einer medizinisch nicht begründeten Ausweitung auch der veranlassten Laborleistungen wirksam entgegen. Der Honorarverteilungsvertrag verweist zur Berechnung des der Quotierung zu Grunde liegenden Vorwegabzugs auf die Regelung in Teil F Abschnitt I Anhang 1 zu Anlage 4 Schritt 18 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010. Dieser nimmt auf die Vergütungsanteile des Vorjahresabrechnungsquartals (hier: Quartal III/2009) als Referenzmengen Bezug. Mittelbar knüpft die Berechnung damit an die im Referenzzeitraum geltenden Regelungen des Honorarverteilungsvertrages für das Jahr 2009 an. Zutreffend macht der Bevollmächtigte der Klägerin zwar geltend, dass die für das Quartal III/2009 beschlossene Begrenzung der Abrechnungsmenge für die nicht den Regelleistungsvolumina unterliegenden Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 8 Abs. 6a HVV 2009 rechtswidrig war. Dies wirkt sich indessen auf die Rechtmäßigkeit der Streitgegenständlichen Honorarverteilungsregelungen mit Wirkung ab dem 01.07.2010 nicht aus. Die Rechtswidrigkeit der Honorarabrechnung III/2009 resultierte lediglich aus einem Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot. Bereits mit Wirkung ab dem 01.07.2009 hatten die Gesamtvertragspartner beschlossen, mit der Aufnahme eines neuen § 8 Abs. 6a in den Honorarverteilungsvertrag für 2009 in der Fassung des 2. Nachtrags vom 30.06.2009 mit Wirkung zum 01.07.2009 die nicht der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina unterliegenden Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einer Abrechnungsmengenbegrenzung zu unterwerfen: (6a) Von der Bildung des RLV ausgenommene Leistungen, die einer Leistungssteuerung unterliegen a) Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, unterliegen auf Grundlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 in der Fassung des Beschlusses vom 20. April 2009 innerhalb der Konvergenzphase einer Leistungssteuerung. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. b) Folgende Leistungen/Fachgruppen sind unter Berücksichtigung der angegebenen Interventionsquoten von der Leistungssteuerung betroffen: Nr. Leistung/Fachgruppe Interventionsquote 5 Grundleistungen des Kapitels 32 (Wirtschaftlichkeitsbonus Labor), 90% 6 laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32, 50% 9 Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225), 50% 11 Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331), 50% 23 alle Leistungen, die RLV-relevanten Leistungen entsprechen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie, Transfusionsmedizin sowie Fachwissenschaftler der Medizin (z. B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.) 50% c) Leistungssteuerung der Leistungen nach Punkt b), ggf. getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich: (1) Ermittlung des Honorars pro Leistung bzw. pro Fachgruppe im Quartal des Aufsatzjahres; Das Honorar pro Leistung ergibt sich aus dem mittleren GKV-Auszahlungspunktwert der bis 2008 außerbudgetären Leistungen sowie aus dem Ansatz des mittleren RLV-Punktwertes für die bis 2008 budgetären Leistungen. Dieses Honorar wird um die bundesdurchschnittliche Morbiditätsveränderungsrate 2009 in Höhe von 5,1% und den durchschnittlichen EBM-Effekt 2008 in Höhe von 9,7% (mit Ausnahme der analytischen Laborleistungen) angepasst. (2) Ermittlung des angeforderten Honorars pro Leistung bzw. pro Fachgruppe gem. SGO 2009 pro Quartal, (3) Das Verhältnis des Quartals des Aufsatzjahres pro Leistung und des angeforderten Honorars pro Leistung 2009 bzw. pro Fachgruppe pro Quartal werden auf das individuelle Arzthonorar pro Leistung angewandt. Obergrenze

für das Honorar ist das abgerechnete Honorar nach sachlich-rechnerischer Prüfung pro Leistung 2009 gem. SGO. Untergrenze der anzuwendenden Verhältniswerte bilden die in der Tabelle aufgeführten Interventionsquoten. d) Für die Absicherung der Interventionsquoten sind entsprechende Rückstellungen (Anlage 4) zu bilden. Tatsächlich wurde der Nachtrag vom 30.06.2009 erst am 06.07.2009 von den Vertragspartnern unterzeichnet und im September 2009 in Heft 9 der amtlichen Mitteilungen der Beklagten bekannt gemacht, mithin nach Beginn des Quartals III/2009. Bis dahin waren ab Beginn des Quartals die von der Änderung erfassten Leistungen auf Grund des ab seit 01.01.2009 geltenden Honorarverteilungsvertrages und der hierfür geltenden Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses aus der 7. Sitzung am 27./28.08.2008 (Teil F Nr. 2.2, DÄBl. 105 [2008] Nr. 38, S. A-1988 ff.) und des Bewertungsausschusses aus der 164. Sitzung vom 17.10.2008 (Teil B Nr. 2; DÄBl. 105 [2008] Nr. 48, S. A-2607 ff.) von der Einbeziehung in Regelleistungsvolumen ausgenommen und deshalb mit dem damaligen Regionalpunktwert von 3,5001 Cent bzw. den im Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen Euro-Beträgen zu vergüten. Unter Beachtung der Rechtsprechung des Bundessozialgericht zur Zulässigkeit rückwirkender Änderungen von Honorarverteilungsvorschriften (vgl. Urteil vom 24.09.2003, Az. [B 6 KA 41/02 R](#), juris Rn. 16 ff.) handelte es sich bei der nachträglich in diese Ansprüche eingreifenden Honorarbegrenzungsregelung um eine sog. echte Rückwirkung. Gründe für eine Ausnahme vom grundsätzlichen Verbot solcher rückwirkender Regelungen lagen nicht vor. Die Regelungen in § 8 Abs. 6a HVV 2009 war deshalb rechtswidrig. Dies steht einer Heranziehung der sich nach den Regelungen des § 8 Abs. 6a HVV 2009 in der Fassung des 2. Nachtrags zum 01.07.2009 ergebenden Honorarverteilungsvolumina als Berechnungsbasis für künftige Zeiträume indessen nicht entgegen (Bundessozialgericht, Urteil vom 22.06.2005, Az. [B 6 KA 80/03 R](#), juris Rn. 27; Beschluss vom 11.03.2009, Az. [B 6 KA 31/08 B](#), juris Rn. 15). Denn es handelt sich bei dem Rückwirkungsverbot um eine besondere Ausformung des allgemeinen Vertrauensschutzgrundsatzes. Das nachträgliche Inkrafttreten der Honorarbegrenzungsregelung griff nur in das schutzwürdige Vertrauen der Ärzte in die ungeschmälerete Abrechenbarkeit der bereits im laufenden Quartal III/2009 erbrachten Leistungen ein. Das Rückwirkungsverbot schützt dagegen nicht die Erwartung, dass künftige Honorarabrechnungen nicht an die (nur) in Bezug auf das Quartal der Rückwirkung rechtswidrigen Berechnungsvorschriften rückanknüpfen werden. Soweit die Klage geltend macht, dass die Anteile der Laborvergütungen an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Quartal III/2009 auch aus materiell-rechtlichen Gründen unzutreffend gebildet gewesen seien und deshalb der Quotenbildung im streitgegenständlichen Quartal III/2009 nach § 3 Abs. 3 HVV in Verbindung mit Teil F Abschnitt I Nr. 2.5.1 und Anhang 1 zu Anlage 4 Schritt 18 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26.03.2009 nicht hätten zu Grunde gelegt werden dürften, greifen die hiergegen erhobenen Einwände nicht durch. Grundlage für die Mengenbegrenzung ab dem 01.07.2009 war die Konvergenzregelung in Teil A Nr. 1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses aus der 10. Sitzung am 27.02.2009 (DÄBl. 106 [2009] Nr. 12 S. A-574) in der Fassung der Ergänzung durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 180. Sitzung am 20.04.2009 (DÄBl. 106 [2009] Nr. 19, S. A-942 ff.). Diese beinhaltete, wie die inhaltsgleiche Nachfolgeregelung in Teil F Abschnitt II Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010, eine Öffnungsklausel zu Gunsten der Gesamtvertragspartner, um Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, einer Steuerung zu unterwerfen, auch soweit diese Leistungen von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. In materieller Hinsicht war die Öffnungsklausel mit höherrangigem Recht vereinbar. Insoweit wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf das bereits oben zu den Vorgaben des Bewertungsausschusses ab dem 01.07.2010 Gesagte sowie auf die dort zitierte Rechtsprechung (insbesondere Bundessozialgericht, Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 14 ff. und 19), Bezug genommen. Von einer Beurteilung der materiellen Rechtmäßigkeit der Rechengrößen aus den Vorjahreszeiträumen, an die § 8 Abs. 6a Buchst. c Nr. 1 HVV 2009 in der Fassung des 2. Nachtrags zum 01.07.2009 seinerseits anknüpft, sieht die Kammer in diesem Zusammenhang ab. Insbesondere unterliegen die in die Berechnung eingeflossenen Punktwerte für die im Referenzzeitraum 2008 abgerechneten Leistungen keiner Überprüfung durch das Gericht. Denn diese Anknüpfungsgrößen wirken sich nur mittelbar auf die Honorarberechnung für das streitgegenständliche Quartal III/2010 aus. In solchen Fällen haben Honorarverteilungsregelungen, die an die tatsächlichen Verhältnisse des Referenzzeitraums anknüpfen, Bestand. Eine evtl. Rechtswidrigkeit der mittelbar in die Berechnung eingeflossenen Bemessungsgrößen schlägt auf die Rechtmäßigkeit der Honorarabrechnung des aktuellen Quartals nicht durch (Bundessozialgericht, Urteil vom 29.08.2007, Az. [B 6 KA 2/07 R](#), juris Rn. 30). Zudem wurden die Vergütungsvolumina leistungs- bzw. arztgruppenspezifisch bestimmt, so dass keine Abrechnungsergebnisse dem konkreten Leistungsbereich fremder Leistungen (hier z.B. der vertragspsychotherapeutischen Versorgung) in die Berechnung einfließen. Hinsichtlich der in Euro abgerechneten Analysekosten der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM ist die Anknüpfung an die mittleren (genauer: gewichteten) Punktwerte des Jahres 2008 ohnehin gegenstandslos, da diese MGW-Anteile ohnehin mit dem ungekürzten Auszahlungsbetrag in die Ermittlung der Vergütungsanteile einzubeziehen waren. 3. Auch die Quotierung der sonstigen von der Klägerin erbrachten Leistungen mit einer Quote von 45,923 % ist zulässig. Ihre Grundlage findet die Quotierung in § 8 Abs. 3 HVV: Ärzte gemäß Anlage 2c zu dieser Vereinbarung unterliegen folgender Leistungssteuerung: Je Vergleichsgruppe wird gemäß Beschluss Teil F I Punkt 3.1.3 i.V.m. Anlage 5 das vergleichsgruppenspezifische Verteilungsvolumen gebildet. Die Leistungen des aktuellen Quartals werden je Vergleichsgruppe aus dem vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach der SGO honoriert. Übersteigende Leistungen werden aus dem Vorwegabzug gemäß § 6 Abs. 6 dieser Vereinbarung zu abgestaffelten Preisen honoriert. Die Summe aus dem Honorar zum Regionalpunktwert und zum abgestaffelten Punktwert durch das jeweils angeforderte Honorar der Vergleichsgruppe ergibt die Quote je Arzt dieser Vergleichsgruppe. Im Rahmen einer Konvergenzregelung gelten im III. Quartal 2010 die im II. Quartal 2010 zur Auszahlung gelangten Quoten der jeweiligen Vergleichsgruppe als Maximalquote. Diese Maximalquoten werden bis zum IV. Quartal 2011 je Quartal zu gleichen Teilen erhöht Ab dem I. Quartal 2012 wird diese Konvergenzregelung aufgehoben. Die KV Sachsen stellt die gesetzlichen Krankenkassen im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung dieser Konvergenzregelung begründet sind, vollständig von der Haftung frei. Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenz seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen. Zugleich werden gemäß § 8 Abs. 11 HVV unter anderem die Leistungen nach § 8 Abs. 3 HVV von der Bildung der Regelleistungs- und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina ausgenommen. Die Anlage 2c zum HVV benennt im 3. Spiegelstrich unter anderem Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie, Transfusionsmedizin sowie Fachwissenschaftler der Medizin (z.B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.), die nicht unter Anstrich 3 (betrifft Fachwissenschaftler der Medizin, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen und Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie) genannt sind. Das Vergütungsvolumen für den Überschreitungsbetrag aus § 8 Abs. 3 HVV ist dem Vorwegabzug nach § 6 Abs. 6 HVV zu entnehmen: Für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen wird ein Vorwegabzug in Höhe von 2 % gemäß Beschlussteil F Punkt 3.1.2 gebildet. § 8 Abs. 3 und § 6 Abs. 6 HVV nehmen auf den Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010 Bezug und verweist auf die folgenden Regelungen in dessen Teil F Abschnitt I: 3.1.2 Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet () - unter Abzug von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen ()

3.1.3 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 5

jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 2 und Beschluss Teil F, Abschnitt I., Nr. 4.1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

Anlage 5 zu Teil F Abschnitt I - Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß 3.1.3 Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VVAG)

LBVB: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß 2. aller Arztgruppen gemäß Anlage 2 und Abschnitt I., Ziffer 4.1 des Versorgungsbereichs LBAG: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß 2. einer Arztgruppe AG: Arztgruppe gemäß Anlage 2 und Abschnitt I., Ziffer 4.1: Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.2. Die Verweisung auf die entsprechend anzuwendenden Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens bewirkt, dass sich der zum Regionalpunktwert vergütete Anteil am Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs (108.021.185,82 EUR) für die in Anlage 2c zum HVV genannten Leistungsgruppen jeweils nach deren Anteil (31.978.249,3 Punkte) am anerkannten Leistungsbedarf in Punkten des fachärztlichen Versorgungsbereichs im Jahr 2008 (15.474.779.383,5 Punkte) berechnet (entspricht 0,2066 % von 108.021.185,82 EUR, also einem Budget von 223.223,11 EUR). Für die Vergütung des dieses Budget überschreitenden Anteils (321.173,64 EUR) von der abgerechneten Leistungsmenge des Quartals III/2010 in Euro (544.396,75 EUR) steht der nach § 6 Abs. 6 HVV zu bildende Vorwegabzug in Höhe von 2 % des Verteilungsvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich zur Honorierung aller abgestaffelt zu vergütenden Leistungen zur Verfügung. Die aus dem Verhältnis zwischen der Summe der abgestaffelt zu vergütenden Leistungen des Versorgungsbereichs und dem Volumen dieses Vorwegabzugs sich ergebende Vergütungsquote für das Überschreibungsvolumen hat die Beklagte mit 8,3399 % beziffert. Aus der Wichtung des zum Regionalpunktwert vergüteten Budgets (223.223,11 EUR) und des aus dem Vorwegabzug zu vergütenden Überschreibungsbetrages (8,3399 % × 321.173,64) im Verhältnis zur gesamten abgerechneten Leistungsmenge (544.396,75 EUR) ergibt sich die im Ergebnis für die sonstigen Leistungen der Klägerin angesetzte Quote von 45,923 %. Die Quotenobergrenzen aus der Konvergenzregelung in § 8 Abs. 3 HVV haben sich im Zuge der nachträglichen Abrechnungskorrekturen durch den Nachvergütungsbescheid vom 28.01.2013 und auf Grund des angenommenen Teilanerkenntnisses vom 26.08.2014 nicht mehr auf die Abrechnung ausgewirkt. Auf die in sich schlüssige und mit den Vorgaben des Honorarverteilungsvertrages und der dort genannten Regelungen des Bewertungsausschusses vereinbarte tabellarische Darstellung des Rechenweges in der Anlage zum Schreiben der Beklagten vom 26.08.2014 (Bl. 52 der Sozialgerichtsakte) wird gemäß [§ 136 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) ergänzend Bezug genommen. Ihre Legitimation findet die Abstaffelung in Teil F Abschnitt II Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010, wonach Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I dieses Beschlusses erfolgt, einer Steuerung unterzogen werden können, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z.B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken; dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. Zur Zulässigkeit der Abstaffelung des Honorars für die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden, aber nicht den Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina unterliegenden Leistungen auf Grundlage dieser Öffnungsklausel wird auf die Ausführungen unter 1. und die dort zitierte Rechtsprechung (namentlich Bundessozialgericht, Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 14 ff. und 19) Bezug genommen. Die Differenz zwischen der quotiert ausgezahlten Vergütung und der Vergütung, die sich unter Ansatz des Regionalpunktwertes ergeben würde, lässt nicht mit der Begründung, dass es keine der Kürzungsquote entsprechende Leistungsausweitung gegeben habe, auf einen Berechnungsfehler schließen. Denn das aus dem Vorwegabzug zum Regionalpunktwert vergütete Budget wurde nicht etwa an Hand der abgerechneten Leistungsmenge aus dem Referenzzeitraum in Verbindung mit dem aktuellen Regionalpunktwert gebildet, so dass nur zwischenzeitliche Leistungsausweitungen eine Budgetüberschreitung hätte auslösen können und anderenfalls ein Berechnungsfehler nahe läge. Vielmehr wird das Budget als Anteil von dem aus der Gesamtvergütung abgeleiteten fachärztlichen Verteilungsvolumen auf Basis des früheren Anteils am fachärztlichen Leistungsbedarf in Punkten gebildet, so dass die Quote nicht nur zwischenzeitliche, von der Leistungsentwicklung des Versorgungsbereichs abweichende Leistungsausweitungen gegenüber dem Referenzzeitraum widerspiegelt, sondern in erster Linie Ausdruck der Diskrepanz zwischen dem durchaus leistungsproportional verfügbaren Anteil an der Gesamtvergütung einerseits und der hypothetischen Vergütung andererseits ist, die sich bei einer Honorierung aller erbrachten Leistungen zum ungekürzten Regionalpunktwert ergäbe. Genau diese Lücke zu schließen, ist der Zweck der Quotierung. Die dadurch auszugleichende rechnerische "Unterfinanzierung" des Verteilungsvolumens in Relation zum Regionalpunktwert ist nicht rechtswidrig. Mathematisch zwingend muss jegliche ärztliche Vergütung, die auf der einen Seite aus einer im Wesentlichen statischen Gesamtvergütung abgeleitet wird und auf der anderen Seite eine dynamische Leistungsmenge abgelten soll, mindestens ein dynamisches Berechnungselement enthalten, durch das der vergütungsrelevante Leistungsbedarf auf das verfügbare Ausgabenvolumen "heruntergebrochen" wird. Dies können floatende Punktwerte sein, Fallwert- bzw. Fallzahlbegrenzungen, individuelle Begrenzungen des vergütungsfähigen Leistungsbedarfs bzw. Honorarvolumens oder, wie hier, Quotierungen der je Leistung zum Regionalpunktwert gezahlten Vergütung (in diesem Sinne bereits Bundessozialgericht, Urteil vom 05.06.2013, Az. [B 6 KA 32/12 R](#), juris Rn. 41 f.). Soweit im Referenzzeitraum einige der streitgegenständlichen sonstigen Leistungen günstiger, teilweise zu Punktwerten über dem aktuellen Regionalpunktwert vergütet wurden, hat die Klägerin keinen Anspruch darauf, künftig von der Honorarbegrenzung dieser Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu Lasten anderer Fachgruppen freigestellt zu werden. Das Bundessozialgericht hat bislang offen gelassen, ob eine Regelung rechtmäßig wäre, die nicht sicherstellt, dass die freien Leistungen mindestens entsprechend der abgestaffelten Honorierung für über das Regelleistungsvolumen hinausgehende Leistungen oder jedenfalls mit einer Mindestquote honoriert werden (Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 24). Die Kammer erachtet die Anordnung bestimmter Interventionsquoten im Honorarverteilungsvertrag (wie beispielsweise in § 8 Abs. 6a Buchst. b HVV 2009 in der ab dem 01.07.2009 geltenden Fassung des 2. Nachtrags) nicht als zwingend. Zum Einen unterliegen die Regelungen über die Honorarverteilung der Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Gesamtvertragspartner bzw. der Beklagten, die im Falle eines Punktwertverfalls, z.B. in Folge extremer Leistungsausweitungen, nach eingehender Analyse der Ursachen und des Regelungsbedarfs der Situation angemessenere und effektiver wirkende Regelungen veranlassen können als starre Mindestvergütungsquoten. Zum Anderen durften sich die Partner des Honorarverteilungsvertrages zu Recht darauf zurückziehen, dass § 14 HVV bereits auf Grund der Konvergenzregelungen in Teil F Abschnitt II Nr. 1 Satz 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung vom 26.03.2010 eine Vorschrift über den Ausgleich überproportionaler Honorarverluste vorsah, falls sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15 %

gegenüber dem Vorvorjahresquartal verringert, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben. Diese Vorschrift ist auf Grund der darin verwendeten unbestimmten Rechtsbegriffe so weit formuliert, dass sie auch Anwendung finden kann, wenn ein nicht hinnehmbarer Honorarverlust in dieser Größenordnung in Folge der Quotierung bislang nicht oder anderweitig einer Abrechnungsmengenbegrenzung unterliegender Leistungen eintreten sollte. Eine Verletzung von Beobachtungs- und Korrekturverpflichtungen vermag die Kammer nicht zu erkennen. Für die sonstigen Leistungen der Fachgruppe der Klägerin (Vergleichsgruppe 210) war in den vier Vorquartalen nur im Quartal I/2010 eine Intervention zur Garantie der damals geltenden Mindestquote von 50 % erforderlich geworden. Quartal Budget gemäß HVM abgerechnete Leistungsmenge Quote III/2009 486.525,36 EUR 845.224,97 EUR 57,56 % IV/2009 532.076,53 EUR 1.061.005,12 EUR 50,15 % I/2010 470.262,78 EUR 1.046.980,41 EUR 50,00 % II/2010 510.622,31 EUR 995.195,01 EUR 51,31 % Quelle: "Quoten Leistungssteuerung", www.kvs-sachsen.de/mitglieder/honorar/honorardaten/archiv Mit Rücksicht auf die mit § 14 HVV bestehende Härtefallregelung und sowie auf den Umstand, dass die hier betroffenen sonstigen Leistungen bzw. der Kürzungsbetrag nur einen geringen Bruchteil des Umsatzes der Laborärzte ausmachen (hier macht die Kürzung nicht einmal ein halbes Prozent des Quartalsumsatzes aus) erachtet die Kammer die Quotierung als für die betroffenen Praxen generell hinnehmbar. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO](#). Der gemäß [§ 52 Abs. 1 GKG](#) in Verbindung mit [§ 1 Abs. 2 Nr. 3](#), [§ 3 Abs. 1 GKG](#) und [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach der sich aus dem Klageantrag ergebenden Bedeutung der Sache festzusetzende Streitwert ergibt sich aus der Summe der streitgegenständlichen Kürzungsbeträge im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Nr. 40100 EBM zum einen sowie der Quotierung der labormedizinischen und der übrigen kurativen Leistungen zum anderen. Den Teilstreitwert des ersten Streitgegenstandes hat die Kammer dabei ausgehend von der aktenkundigen Gesamtzahl der Streichungen der Nr. 40100 EBM gebildet. Zwar sind diese nicht im vollen Umfang angefochten, weil sich die Klägerin nicht gegen die Berichtigung in den Fällen wendet, in denen sie irrtümlich auch bei reinen Basislaboraufträgen die höhere Kostenpauschale statt der geringeren Portopauschalen (Nr. 40120 ff. EBM) angesetzt hat. Diese Fälle lassen sich an Hand der Korrekturnachweise in der Verwaltungsakte nicht exakt beziffern; die Beklagte wird ggf. im Rahmen der Neubescheidung die Abrechnungsdaten nochmals differenziert zu prüfen haben. Sie machen aber von der Gesamtzahl der Korrekturen unstreitig nur einen geringen Anteil (geschätzt ca. 10 %) aus. Die Kammer belässt es deshalb beim Ansatz der konkreten Werte, davon ausgehend, dass die Abweichung ohne wesentliche Auswirkung auf die Kostenberechnung und -verteilung bleibt. Im Einzelnen ergibt sich die Berechnung des Streitwerts aus der nachstehenden Tabelle. Streichung Nr. 40100 Ansätze Wert GOP Summe Kostenanteil Dres. P und B. 29.934 2,60 EUR 77.828,40 EUR 79%

Quotierung Quote vergütet Diff. zu 100 % kurativ übrige Dr. B. 0,40668 922,48 EUR 1.345,84 EUR kurativ übrige Dr. P. 0,40668 1.004,17 EUR 1.465,02 EUR GOP 12220 Dr. P. 0,96845 1.746,54 EUR 56,90 EUR Laborkosten Dr. P. 0,96845 77.155,89 EUR 2.513,57 EUR GOP 12220 Dr. B. 0,96845 19.764,36 EUR 643,88 EUR Laborkosten Dr. B. 0,96845 442.545,26 EUR 14.417,16 EUR 20.442,37 EUR 21% Streitwertsumme 98.270,77 EUR Die Kammer hat auf den Antrag der Klägerin hin die Revision gemäß [§ 161 Abs. 1 Satz 1](#), [Abs. 2 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

Rechtsmittelbelehrung: I. Hauptsacheentscheidung Dieses Urteil kann hinsichtlich Entscheidung in der Hauptsache unter Ziffer I der Entscheidungsformel mit der Berufung oder wenn der Gegner schriftlich zustimmt mit der Revision angefochten werden. Berufung: Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Sächsischen Landessozialgericht, Parkstraße 28, 09120 Chemnitz, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Sozialgericht Dresden, Hans-Oster-Straße 4, 01099 Dresden, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. Die elektronische Form wird durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Justiz und für Europa über den elektronischen Rechtsverkehr in Sachsen (SächsERVerkVO) vom 6. Juli 2010 (SächsGVBl. S. 190) in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist; nähere Hinweise finden Sie auf der Internetseite www.egvp.de. Die Einlegung der Berufung durch einfache E-Mail wahrt die Form nicht. Die Berufungsschrift soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben. Revision: Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht in Kassel (Hausanschrift: Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel; Postanschrift: 34114 Kassel) einzulegen. Die Revisionsschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein. Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht vom 18.12.2006 ([BGBl. I S. 3219](#) ff.) entspricht und als Anhang einer elektronischen Nachricht zu übermitteln ist. Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen: 1. Rechtsanwälte, 2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen, 3. selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder, 4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder, 5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder, 6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder, 7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nr. 3 bis 6 bezeichneten Vereinigungen, Gewerkschaften und Verbandszusammenschlüsse (Organisation) stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet. Die Organisationen und juristischen Personen zu Nr. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln. Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nr. 1 bis 7 zur Vertretung als Prozessbevollmächtigter vor dem Bundessozialgericht berechtigt ist, kann sich selbst vertreten; auch hierbei müssen die Organisationen und juristischen Personen zu Nr. 3 bis 7 durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln. Die Revisionsschrift muss das angefochtene Urteil bezeichnen. Die schriftliche Zustimmung des Gegners ist der Revisionsschrift beizufügen. Die

Revision ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten bei Behörden, Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts auch durch einen bevollmächtigten Bediensteten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben. Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Auf Mängel des Verfahrens kann die Revision nicht gestützt werden. Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung. Für das Verfahren vor dem Bundessozialgericht kann einem Beteiligten auf Antrag Prozesskostenhilfe bewilligt und ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt seiner Wahl beigeordnet werden, wenn er nicht schon durch einen Bevollmächtigten nach Nr. 2 bis 7 vertreten ist. Macht der Beteiligte, dem Prozesskostenhilfe bewilligt ist, von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, nicht Gebrauch, wird auf Antrag des Beteiligten der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt. Der Antrag auf Bewilligung der Prozesskostenhilfe ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen; er kann mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll erklärt werden. Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen. Hierzu ist der für die Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Falls die Revision nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung der Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und die entsprechenden Belege spätestens innerhalb der Frist für die Einlegung der Revision nach Zustellung des Urteils beim Bundessozialgericht eingehen. Ergänzende Hinweise: Die Berufungsschrift soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben. Sofern Revision eingelegt wird, muss die Begründung einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben (siehe Rechtsmittelbelehrung oben). Der Berufungs- oder Revisionschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Sofern Revision eingelegt wird, bittet das Bundessozialgericht um je zwei weitere Abschriften; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs. Eine qualifizierte elektronische Signatur, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht vom 18.12.2006 ([BGBl. I S. 3219 ff.](#)) entspricht, erfordert eine Signaturkarte und ein Kartenlesegerät. Informationen zu den weiteren technischen Voraussetzungen und den zulässigen Dateiformaten sind abrufbar im Internet unter www.egvp.de. Zur Entgegennahme elektronischer Dokumente ist ausschließlich der elektronische Gerichtsbriefkasten des Bundessozialgerichts bestimmt, der über die vom Bundessozialgericht zur Verfügung gestellte Zugangs- und Übertragungssoftware erreichbar ist. Die Software kann über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bundessozialgericht.de) lizenzfrei heruntergeladen werden.

II. Kostenentscheidung Die Anfechtung der Entscheidung über die Kosten unter Ziffer II der Entscheidungsformel ist gemäß [§ 158 Abs. 1 VwGO](#), [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) unzulässig, wenn nicht gegen die Entscheidung in der Hauptsache unter Ziffer I der Entscheidungsformel ein Rechtsmittel eingelegt wird.

III. Streitwertfestsetzung Die Festsetzung des Streitwerts unter Ziffer III der Entscheidungsformel kann gemäß [§ 68 Abs. 1 Satz 1 GKG](#) mit der Beschwerde angefochten werden, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 200,00 EUR übersteigt. Einzulegen ist die Beschwerde beim Sozialgericht Dresden, Hans-Oster-Straße 4, 01099 Dresden, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle innerhalb von sechs Monaten, nachdem die Entscheidung Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2014-11-04