S 18 KA 167/11

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
18
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 18 KA 167/11
Datum
03.09.2014
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 44/14 R
Datum
-
Kategorie
Urteil
Bemerkung
Die Quotierung des Honorars aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für Leistungen von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, die keiner Steuerung durch Regelleistungs- und qualifikationsabhängige Zusatzvolumina unterliegen, war im Quartal III/2010 mit
I. Die Klage wird abgewiesen.
II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.
III. Der Streitwert wird auf 59.080,02 EUR festgesetzt.
IV. Die Revision wird zugelassen

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Quotierung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer und humangenetischer Leistungen. Die Klägerin betreibt in K. ein medizinisches Versorgungscentrum mit mehreren Fachärzten für Laboratoriumsmedizin sowie einer Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, die über die Genehmigung zur Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen und humangenetischer Leistungen verfügen. Mit dem Honorarbescheid vom 25.01.2011 setzte die Beklagte die Höhe der Vergütung für die im Quartal III/2010 zu Gunsten gesetzlich Krankenversicherter erbrachter Leistungen auf 1.605.263,31 EUR fest. Dabei rechnete die Beklagte die Ansätze der Laborgrundpauschale Nr. 12220 EBM, die bereits wegen der Abstaffelung der Bewertung in Punkten insgesamt einer Quotierung auf 69,114 % unterlagen, nicht zum Regionalpunktwert nach der Sächsischen Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent ab, sondern sie unterwarf diese Vergütungen einer zusätzlichen Herabbemessung 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 das Honorar für die übrigen kurativen Leistungen (hier streitig: humangenetische Leistungen der DNA-Amplifikation nach Nr. 11321 EBM) nicht an Hand des Regionalpunktwertes nach der Sächsischen Gebührenordnung von 3,5048 Cent, sondern nur unter Ansatz einer Quote von 40,668 %. Gegen den Honorarbescheid erhob die Klägerin mit Schreiben vom 02.02.2011 (nicht in der Verwaltungsakte enthalten) und mit am 11.02.2011 eingegangener anwaltlicher Vertre-tungsanzeige vom 10.02.2011 Widerspruch. Diesen begründeten die Bevollmächtigten der Klägerin damit, die Quotierung verstoße gegen die Vorgaben aus dem Beschluss des Be-wertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010. Die dortigen Maßgaben verfolgten das Ziel, einem Verfall der Fallwerte für die Leistungssteuerung mittels Regelleistungsvolumina (RLV) zu begegnen. Außerhalb der Steuerung durch Regelleistungsvolumina erlaube § 87b Abs. 2 SGB V nur eine Vergütung zu den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung, wenn es sich um besonders förderungswürdige Leistungen handele. Jegliche Mengenbegrenzungen entbehrten dagegen der Rechtsgrundlage und liefen den Vorschriften über die Regelleistungsvolumina zuwider. Eine Quotierung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab in Euro bewerteten Kostenerstattungen sei unzulässig (Verweis auf Bundessozialgericht, Beschluss vom 03.05.2007, Aktenzeichen B 6 KA 91/06 B). Durch die bundeseinheitliche Abrechnung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab in Euro ausgewiesenen laboranalytischen Gebührenordnungspositionen habe das regionale Leistungsaufkommen stabilisiert werden sollen. Da die Höhe der Quotierung erst nachträglich im Rahmen der Honorarabrechnung feststehe, biete sie dem Arzt nicht die vom Normgeber des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes angestrebte Planungssicherheit. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sei bereits durch die Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes über die Abschmelzung des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus bei Überschreitung des Laborbudgets und die Abstaffelung der Laborgrundpauschale gewährleistet. Aufgrund der mengenbegrenzenden Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab fehle den Partnern der Gesamtverträge die Regelungskompe-tenz für weitere Budgetierungen. Die Vergütung der humangenetischen Leistungen nach Nr. 11321 EBM mit 8,98 EUR statt 22,08 EUR und der mit maximal 40 Punkten bzw. 1,40 EUR bereits niedrig bewerteten Laborgrundpauschale Nr. 12220 EBM sei nicht kostendeckend und widerspreche dem Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung. Da die Klägerin ausschließlich auf Überweisung tätig werde, sei eine selbstinduzierte Mengenausweitung ausgeschlossen. Um die Fallwerte der Regelleistungsvolumina zu

stützen, sei die Quotierung ungeeignet und unverhältnismäßig. Mengenausweitungen werde bereits durch die Reduzierung des Wirtschaftlichkeitsbonus bei den überweisenden Ärzten begegnet. Die Kumulation der streitge-genständlichen Quotierung mit den Abstaffelungs- und Höchstbetragsregelungen sowie der Reduzierung des Wirtschaftlichkeitsbonus im Einheitlichen Bewertungsmaßstab verstoße gegen das Verbot der Doppelbestrafung. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 21.09.2011, der am 23.09.2011 zugestellt wurde, zurück. Die Quotierung finde ihre Grundlage in § 3 Abs. 3 und § 8 Abs. 3 des Honorarverteilungsvertrages (HVV). Die Einführung einer Mengenbegrenzung auch für nicht den Regelleistungsvolumina unterliegende Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sei unumgänglich gewesen, um die RLV-Fallwerte zu stabilisieren, nachdem es insbesondere im fachärztlichen Bereich in den Quartalen I und II/2009 zu einer deutlichen Ausweitung der außerhalb der Regelleistungsvolumina zum Regionalpunktwert vergüteten Leistungen gekommen sei. Wegen der Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Basis der abgerechneten Leistungsmenge des Jahres 2008 seien die Krankenkassen selbst dort nicht zu einem Ausgleich bereit gewesen, wo dies zum Beispiel wegen Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich begründet gewesen wäre, zumal ab dem Quartal III/2009 noch weitere Leistungen aus den Regelleistungsvolumina ausgegliedert worden seien. Die Quotierung sei für die Klägerin nicht unzumutbar. Das gelte auch hinsichtlich der laboranalytischen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 EBM, bei denen es sich tatsächlich um Pauschalen handele. Hiergegen richtet sich die am 28.09.2011 beim Sozialgericht eingegangene Klage vom 26.09.2011, mit der die Bevollmächtigten der Klägerin im Wesentlichen ihr Vorbringen aus der Begründung des Widerspruchs vertiefen. Ziel der Vergütungsreform zum 01.01.2009 sei eine Vergütung grundsätzlich mit festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Budgetierung gewesen. Das regionale Leistungsaufkommen habe durch bundeseinheitliche Abrechnungen stabilisiert werden sollen. Mit Nachvergütungsbescheid vom 28.01.2013 gewährte die Beklagte der Klägerin eine Honorarnachzahlung in Höhe von 37,51 EUR auf die für das streitgegenständliche Quartal III/2010 abgerechneten sonstigen (nicht labormedizinischen) kurativen Leistungen. Dem lag eine Korrektur der Berechnungsansätze für die nach § 3 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 humangenetischen Leistungen nach Nr. 11321 EBM auf der Basis einer Quote von 45,923 % an. Die Klägerin hat dieses Teilanerkenntnis in der mündlichen Verhandlung angenommen. Im Übrigen hält die Klägerin ihre Klage in vollem Umfang aufrecht und beantragt, den 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 Teilanerkenntnisses vom 26.08.2014 insoweit aufzuheben, als - die Erstattung der Kosten für den analytischen Teil der laboratoriums-medizinischen Untersuchungen nach Abschnitt 32.2 und Abschnitt 32.3 EBM nur mit einer Quote von 96,845 % auf die im EBM vertraglich vereinbarten Euro-Beträge erfolgt ist, - die laboratoriumsmedizinischen Grundpauschalen gemäß GOP 12220 EBM nur mit einer Quote von 96,845 % und die Leistungen nach GOP 11321 EBM lediglich mit einer Quote von 40,668 % im Vergleich zu den entsprechenden Preisen in der Sächsischen Gebührenordnung vergütet wurden, und die Beklagte zu verpflichten, die Kosten nach Abschnitt 32.2 und Abschnitt 32.3 EBM ohne Quotierung zu den festen, im EBM vertraglich vereinbarten Euro-Beträgen zu erstatten sowie die laboratoriumsmedizinischen Grundpauschalen nach der GOP 12220 EBM und Leistungen der GOP 11321 EBM unquotiert nach den entsprechenden Preisen in der Sächsischen Gebührenordnung zu vergüten. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Die Begrenzungsregelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes änderten nichts an der Begrenztheit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Herausnahme bestimmter Leistungen aus den Regelleistungsvolumina bedinge nicht deren ungekürzte Vergütung. Zu einer Quotierung komme es erst, wenn die bereits im Jahr 2008 bereitgestellte und erhöhte Vergütungsmenge überschritten werde. Wenn die für Laborleistungen bereitstehende erhöhte Vergütung des Vorjahresquartals nicht ausreiche, müsse quotiert werden, weil die leistungssteuernde Wirkung der Vergütungsregelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht wirksam genug sei. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist unbegründet. 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 Teilanerkenntnisses vom 26.08.2014 ist rechtmäßig. Die Quotierung der abgerechneten labormedizinischen und humangenetischen Leistungen ist nicht zu beanstanden. 1. Die Quotierung der im Vorwegabzug nach § 3 Abs. 3 HVV vergüteten Laborleistungen mit dem Faktor 96,845 % ist rechtmäßig. Die Quotierung erfasst hier die laboranalytischen Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie die Grundpauschale je kurativ-ambulantem 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 Festle¬gung 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 Kassenärztlichen 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 Grund-pauschale der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infekti-onsepidemiologie, 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 Ge-bührenordnung 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 Vorwegabzugs 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 (Ge-bührenordnungspositionen 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebüh-renordnungsposition 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 (Ge-bührenordnungspositionen 12210 und 12220), die Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebüh-renordnungsposition 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 Unter-schreitung 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) × 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 Be-wertungsausschusses 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 Abstaffelung 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. Hinsichtlich der rechnerischen Herleitung der Quote aus den MGV-Anteilen des Quartals III/2009, die auf die von der Regelung erfassten Laborleistungen entfallen, wird auf die Gründe des Urteils der Kammer vom 03.09.2014, Az. S 18 KA 163/11, verwiesen. Danach hat die Beklagte 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 genommen 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 Überschrift 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 Vor-wegabzugs 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 der Bindung an die Gebühren, die sich rechnerisch aus der Summe des angeforderten Leistungsbedarfs aus den Euro-Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sowie aus 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 Öff-nungsklausel 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 Mengenentwicklung) 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 Leis-tungssteuerung 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 den 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. Kos-tenerstattungen 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 Bewer-tungsausschusses 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)anreize 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 Abstaffelungen im Rahmen der Honorarverteilung nahezulegen 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 Abstaffelungsregelungen 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. Kostenanteile 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 Abstaffelung der Vergütung und die Abschmelzung des Wirtschaftlichkeitsbonus sind allein der Ebene der Bewertung zuzuordnen. Schon im Grundsatz gibt es keinen generellen Vorrang der Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs 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 die dort normierten honorarbegrenzenden Regelungen auswirken sollen. Im Übrigen sehen die gesetzlichen Vorschriften keine Bindung der Honorarverteilung an den Bewertungsmaßstab vor. Regelungen des Bewertungsmaßstabs 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 Bewertungsmaßstabs 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 Ho-norarverteilung betreffenden Ebenen geregelt ist, hat zur Folge, dass der einzelne Ver-tragsarzt 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 Regel-leistungsvolumina für in Punkten bewertete Leistungen). Weder die fallzahlabhängige Abstaffelung 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 einbezogenen 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 Veranlas-sung 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 Steue-rungsinstrumente 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 Honorartopfbildung 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. Allerdings war 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. 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 Leis-tungssteuerung unterliegen a) Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regel-leistungsvolumen 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 (Wirt-schaftlichkeitsbonus Labor), 90% 6 laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32, 50% 9 Laborkonsiliarpauschale und Laborgrund-pauschale (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 Labo-ratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Im-munologie, Transfusionsmedizin sowie Fachwissenschaftler der Medizin (z. B. Kli-nische 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 an-geforderten 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 Vertrags-partnern 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 ungeschmälerte 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. Die ermittelten Anteile der Laborvergütungen an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Quartal III/2009 sind auch materiell-rechtlich nicht zu beanstanden. Sie durften der Quote 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 zu Grunde gelegt werden. 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 Vor-jahreszeiträumen, 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 Zu-sammenhang 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 (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 MGV-Anteile ohnehin mit dem ungekürzten Auszahlungsbetrag in die Ermittlung der Vergütungsanteile einzubeziehen waren. 2. Auch die Quotierung der sonstigen von der Klägerin erbrachten Leistungen (hier streit-gegenständlich: humangenetische Leistungen nach Nr. 11321 EBM) 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 Leis-tungssteuerung: 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 ver-gleichsgruppenspezifischen 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 Ver-gleichsgruppe 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 La-boratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Im-munologie, 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 arzt-gruppenspezifisches 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 Bewertungs-ausschusses 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 (hier VG 210: 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 Überschreitungsvolumen 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 Überschreitungsbetrages (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 vereinbare tabellarische Darstellung des Rechenweges in der Anlage zum Schreiben der Beklagten vom 26.08.2014 (Bl. 131 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 Mengenausweitung bei den streitgegenständlichen Leistungen 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 hat, 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 Punkwertverfalls, 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. Auch eine Verletzung von Beobachtungs- und Korrekturverpflichtungen vermag die Kammer nicht 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 in Höhe von 4.608,78 EUR nicht einmal 3 Promille 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 § 154 Abs. 1 VwGO, die Festsetzung des Streitwertes auf § 52 Abs. 1 GKG in Verbindung mit § 1 Abs. 2 Nr. 3, § 3 Abs. 1 GKG und § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG, wobei sich die Bemessung des Streitwertes an der Höhe der Honorardifferenz im Vergleich mit einer unquotierten Vergütung der streitgegenständlichen Leistungen zum Regionalpunktwert von 3,5048 Cent orientiert.

Auf den Antrag der Klägerin hin hat die Kammer die Revision gemäß § 161 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen.
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2015-01-22