

S 18 KA 180/11

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 180/11

Datum

21.01.2015

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

(1.) Die Befugnis des Bewertungsausschusses zur Bewertung vertragsärztlicher Leistungen in Punkten hinderte den Bewertungsausschuss nicht, den Partnern der Gesamtverträge zu gestatten, von den Partnern der Bundesmantelverträge in Euro bewertete Kosten laboranalytischer Leistungen des Kapitels 32 EBM im Rahmen der Honorarverteilung im Quartal III/2010 einer Quotierung zu unterwerfen, deren Auswirkungen den ursprünglichen Zielen der Bewertung in Euro zuwider laufen.

(2.) Die Regelungen über die Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften und die Begrenzung der Kostenerstattungen auf die tatsächlichen Kosten der Laborgemeinschaft (Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM, § 25 Abs. 3 BMV-Ä, § 28 Abs. 3 EKV) stehen einer Quotierung der Kostenerstattungen für laboranalytische Leistungen, die bei Laborgemeinschaften bezogen werden, auf Ebene der Honorarverteilung nicht entgegen

(3.) zu LS (1.): Anschluss an Sozialgericht Hamburg, Urteil vom 25.06.2014, Az. [S 27 KA 151/11](#) (anhängig BSG, Az. [B 6 KA 33/14 R](#)) und Sozialgericht Dresden, Urteil vom 03.09.2014, Az. [S 18 KA 167/11](#) (anhängig BSG, Az. [B 6 KA 44/14 R](#))

(4.) zu LS (2.): entgegen Sozialgericht Hamburg, Urteil vom 15.06.2014, Az. [S 27 KA 152/11](#) (anhängig BSG, Az. [B 6 KA 34/14 R](#))

I. Die Klage wird abgewiesen. II. Die Kosten des Verfahrens tragen die Beteiligten je zur Hälfte. III. Der Streitwert wird auf 16.453 EUR festgesetzt. IV. Die Revision ist zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Quotierung der Vergütung laboranalytischer Untersuchungen. Bei der Klägerin handelt es sich um eine vertragsärztliche Laborgemeinschaft gemäß [§ 105 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), § 1a Nr. 14, § 25 Abs. 3 Satz 7 BMV Ä bzw. bis zum 30.09.2013 § 1a, § 28 Abs. 3 Satz 7 EKV in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Mit Honorarbescheid Nr. 965 vom 25.01.2011 setzte die Beklagte das Honorar für die bei der Klägerin im Quartal III/2010 bezogenen Leistungen zu Gunsten gesetzlich krankenversicherter Patienten auf 356.498,42 EUR fest. Hiervon entfielen 352.408,92 EUR auf die Vergütung laboranalytischer Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM. Dieser Betrag ergab sich aus der Summe der Ansätze zu den in Euro ausgewiesenen Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, welche die Beklagte mit dem Faktor 0,968450 quotiert und auf volle Cent aufgerundet hatte. Aus der Quotierung der Ansätze ergaben sich bei folgenden Gebührenordnungspositionen rechnerische Kürzungen im Vergleich mit der Abrechnung zu den Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes: GOP Ansätze Wert nach EBM Wert quotiert Differenz je GOP Summe je GOP Summe 32030 787 0,50 EUR 393,50 EUR 0,49 EUR 385,63 EUR 7,87 EUR 32059 5.232 0,40 EUR 2.092,80 EUR 0,39 EUR 2.040,48 EUR 52,32 EUR 32072 4.442 0,40 EUR 1.776,80 EUR 0,39 EUR 1.732,38 EUR 44,42 EUR 32073 4.661 0,40 EUR 1.864,40 EUR 0,39 EUR 1.817,79 EUR 46,61 EUR 32078 1.120 0,40 EUR 448,00 EUR 0,39 EUR 436,80 EUR 11,20 EUR 32086 3.575 0,40 EUR 1.430,00 EUR 0,39 EUR 1.394,25 EUR 35,75 EUR 32092 646 1,15 EUR 742,90 EUR 1,12 EUR 723,52 EUR 19,38 EUR 32094 29.144 4,00 EUR 116.576,00 EUR 3,88 EUR 113.078,72 EUR 3.497,28 EUR 32101 19.738 3,00 EUR 59.214,00 EUR 2,91 EUR 57.437,58 EUR 1.776,42 EUR 32103 5.202 0,60 EUR 3.121,20 EUR 0,59 EUR 3.069,18 EUR 52,02 EUR 32104 5.260 0,60 EUR 3.156,00 EUR 0,59 EUR 3.103,40 EUR 52,60 EUR 32105 5.261 0,60 EUR 3.156,60 EUR 0,59 EUR 3.103,99 EUR 52,61 EUR 32106 5.310 0,60 EUR 3.186,00 EUR 0,59 EUR 3.132,90 EUR 53,10 EUR 32107 6.575 0,75 EUR 4.931,25 EUR 0,73 EUR 4.799,75 EUR 131,50 EUR 32112 4.602 0,60 EUR 2.761,20 EUR 0,59 EUR 2.715,18 EUR 46,02 EUR 32113 23.335 0,60 EUR 14.001,00 EUR 0,59 EUR 13.767,65 EUR 233,35 EUR 32115 49 0,75 EUR 36,75 EUR 0,73 EUR 35,77 EUR 0,98 EUR 32116 40 0,75 EUR 30,00 EUR 0,73 EUR 29,20 EUR 0,80 EUR 32118 2.360 1,55 EUR 3.658,00 EUR 1,51 EUR 3.563,60 EUR 94,40 EUR 32120 43.144 0,50 EUR 21.572,00 EUR 0,49 EUR 21.140,56 EUR 431,44 EUR 32121 15.356 0,60 EUR 9.213,60 EUR 0,59 EUR 9.060,04 EUR 153,56 EUR 7.050,58 EUR Mit ihrem am 10.02.2011 erhobenen Widerspruch vom 08.02.2011 bat die Klägerin um eine Erklärung der Honorarkürzungen. Darüber hinaus unterzog

die Beklagte im Honorarbescheid Nr. 973 vom 26.04.2011 das das Honorar für die bei der Klägerin im Quartal IV/2010 bezogenen laboranalytischen Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM zu Gunsten gesetzlich krankenversicherter Patienten einer Quotierung mit dem Faktor 0,982340, was eine Kürzung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab mit mehr als 0,50 EUR bewerteten Ansätze nach Nr. 32092, 32094, 32101, 32103, 32104, 32105, 32106, 32107, 32112, 32113, 32115, 32116, 32118, 32121, 32122, 32125, 32128, 32130 und 32135 EBM um insgesamt 3.941,40 EUR bewirkte. Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 28.04.2011 am 04.05.2011 Widerspruch. Die Beklagte wies beide Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 04.10.2011 zurück. Die Quotierung finde ihre Grundlage in § 3 Abs. 3 des Honorarverteilungsvertrages (HVV) und dem Beschluss des Bewertungsausschusses aus dessen 218. Sitzung am 26.03.2010 (DÄBl. 107 [2010], Nr. 16, Beilage) Teil F Abschnitt II Nr. 1 und Abschnitt I Nr. 2.5.1 in Verbindung mit Anlage 4 Anhang 1. Die Einführung einer Mengenbegrenzung für Leistungen, die nicht den Regelleistungs- und qualifikationsabhängigen Zusatzvolumina (RLV/QZV) unterliegen, aber Bestandteil der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung (MGV) seien, sei erforderlich gewesen, da die MGV auf Basis der abgerechneten Leistungsmenge des Jahres 2008 gebildet werde und Leistungsausweitungen zu niedrigeren Fallwerten für die die RLV und QZV führten. Die Quote sei entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses über die Bildung des Vorwegabzugs für laboratoriumsmedizinische Leistungen gebildet worden. Eine unzumutbare Härte sei damit nicht verbunden. Es sei nicht anzunehmen, dass hierdurch eine Kostenunterdeckung eintrete. Auch eine Einbeziehung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM sei zulässig, da es sich hierbei um Pauschalen handele. Hiergegen richtet sich die am 20.10.2011 eingegangene Klage. Die Klägerin macht unter Verweis auf die Klagebegründung im Verfahren Az. [S 18 KA 118/11](#) geltend, eine Quotierung der Kostenerstattungen sei unzulässig. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses über eine Abrechnungsmengensteuerung von nicht den RLV/QZV unterliegenden Leistungen dürften nicht herangezogen werden. Die Quotierung sei keine Maßnahme zur Mengensteuerung, denn sie steuere nichts. Sie bewirke nur einen Preisverfall, der zudem erst nachträglich bestimmbar und nicht vorhersehbar sei und unabhängig von der Mengenentwicklung des betreffenden Leistungserbringers erfolge. Die Bildung der Quote sei intransparent und gehe auch nicht aus dem Widerspruchsbescheid hervor. Die Laborkosten seien über einen Vorwegabzug zu vergüten und unterlägen nicht den RLV. Die Quotierung der Kostenerstattungen für laboranalytische Leistungen von Laborgemeinschaften widerspreche § 25 Abs. 3 BMV Ä sowie der Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM, wonach die Abrechnung der Leistungen der Mitglieder der Laborgemeinschaft über die Laborgemeinschaft auf Basis der bei der Abrechnung nachzuweisenden Kosten der Laborgemeinschaft, höchstens jedoch "nach den Kostensätzen des Anhangs zum Kapitel 32.2 EBM" erfolge. Der Bundesmantelvertrag sehe damit eine echte Kostenerstattung mit Höchstgrenze vor. Eine Quotierung widerspreche der Erstattung nachgewiesener Kosten. Der geforderte Kostennachweis hätte keinen Sinn, wenn nicht die abgerechneten Kosten auch voll vergütet würden. Anderenfalls trete eine Unterdeckung ein. Die Klägerin macht sich darüber hinaus die Gründe des Urteils des Sozialgerichts Hamburg vom 15.06.2014, Az. [S 27 KA 152/11](#), zu eigen. Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung am 21.01.2015 den Klageanspruch insoweit anerkannt als sie den Honorarbescheid für das Quartal IV/2010 vom 26.04.2011 dahingehend ändert, dass die Kostenerstattungen für laboranalytische Leistungen des Kapitels 32 EBM nicht herabgemessen, sondern zu 100 % vergütet werden. Die Klägerin hat das Teilerkenntnis angenommen und hält die Klage im Übrigen aufrecht.

Die Klägerin beantragt, den Honorarbescheid für das Quartal III/2010 vom 25.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04.10.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die nachgewiesenen Kosten für Leistungen des Kapitels 32 EBM unquotiert zu vergüten, hilfsweise über die Vergütung der streitgegenständlichen Leistungen neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. § 25 BMV Ä regelt nur die Art und Weise der Abrechnung, nicht die Höhe der Vergütung der Laborleistungen. Eine Steuerung bewirke die Quotierung insoweit, als sich Leistungsausweitungen bei den hierdurch begrenzten Leistungen nicht mehr zu Lasten der Gesamtvergütungsanteile auswirkten, die für RLV-Leistungen zur Verfügung stehen. 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 in dem noch anhängigen Umfang zulässig, aber unbegründet. Die Klägerin ist klagebefugt und für die Geltendmachung der den angeschlossenen Ärzten zustehenden Honoraransprüche aktivlegitimiert. Die Klagebefugnis und die Aktivlegitimation ergeben sich aus der durch § 25 Abs. 3 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 EKV den Laborgemeinschaften zugewiesenen Abrechnungsbefugnis. Es handelt sich um eine Form der Prozessstandschaft, welche die Laborgemeinschaften berechtigt, die Honoraransprüche der ihr angeschlossenen Ärzte im eigenen Namen zu verfolgen. Diese sind daneben, soweit nicht ausnahmsweise eine Klage auf Verpflichtung der oder auf Leistung an die Laborgemeinschaft pro socio im weiteren Sinne in Frage kommt nur zur Geltendmachung des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus gegenüber der Beklagten befugt, nicht aber der laboranalytischen Leistungen. Wegen der Ausschließlichkeit der Sachlegitimation der Klägerin konnte die Kammer auf eine persönliche Beiladung der Ärzte der Klägerin, deren Ansprüche von der streitgegenständlichen Quotierung betroffen sind, verzichten. Die Anerkennung der Rechtspersönlichkeit und Klagebefugnis von Personengesellschaften zwingt nicht dazu, die bereits durch die Gesellschaft im Rechtsstreit repräsentierten Gesellschafter daneben zusätzlich individuell am Rechtsstreit zu beteiligen. Der angefochtene Honorarbescheid ist rechtmäßig. Die Klägerin kann keine Vergütung der laboranalytischen Leistungen zu den von den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten und in Kapitel 32 EBM ausgewiesenen Euro-Beträgen beanspruchen. Die Beklagte durfte die Vergütung der Kosten laboranalytischer Leistungen im Rahmen der Honorarverteilung der von den Partnern der Gesamtverträge beschlossenen Quotierung unterwerfen. Dies gilt auch für laboranalytische Leistungen, die Vertragsärzte bei Laborgemeinschaften beziehen. Der Quotierung stehen nicht die Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM sowie § 25 Abs. 3 Satz 1 bis 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV entgegen. Die Präambel Nr. 1 Satz 2 und 3 zu Abschnitt 32.2 EBM lautet: "2 Bei Erbringung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften haben diese Anspruch auf die Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten höchstens bis zum Betrag der im Abschnitt 32.2 hinter den Gebührenordnungspositionen aufgeführten EURO-Beträge (Höchstpreise). 3 Das Nähere zur Abrechnung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften ist in § 25 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen und in den Richtlinien nach [§ 106 a SGB V](#) geregelt." § 25 Abs. 3 Satz 1 bis 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV lauteten in der im streitgegenständlichen Quartal III/2010 geltenden Fassung: "1 Der Teil 3 der Befunderhebung [Laboratoriumsmedizinische Analyse unter den Bedingungen der Qualitätssicherung] kann nach Maßgabe von Abs. 2 aus Laborgemeinschaften bezogen werden, deren Mitglied der Arzt ist. 2 Der den Teil 3 der Befunderhebung beziehende Vertragsarzt rechnet die Analysekosten gemäß dem Anhang zum Kapitel 32.2 durch seine Laborgemeinschaft gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung an deren Sitz ab. 3 Der Arzt, der die Befunderhebung anweist, ist durch Angabe der Arztnummer und der (Neben-) Betriebsstättennummer der veranlassenden Arztpraxis kenntlich zu machen. 4 Die Abrechnung erfolgt auf der Basis der bei der Abrechnung nachzuweisenden Kosten der Laborgemeinschaft, höchstens jedoch nach den

Kostensätzen des Anhangs zum Kapitel 32.2." Das Sozialgericht Hamburg hat daraus in seinem Urteil vom 15.06.2014, Az. [S 27 KA 152/11](#), juris Rn. 15, den Schluss gezogen, dass eine Steuerung der abrechenbare Leistungsmenge bzw. eine Quotierung unzulässig sei, weil es sich hierbei um eine ausdrücklich als Kostenerstattungsregelung mit einer Obergrenze konzipierte Sonderregelung für Laborgemeinschaften handle. Dem vermag sich die Kammer nicht anschließen. Die auf der Bewertungsebene vereinbarten Euro-Beträge zur Vergütung der Kosten laboranalytischer Leistungen des Kapitels 32 EBM schließen eine Quotierung auf der Ebene der Honorarverteilung nicht aus. Die Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM sowie § 25 Abs. 3 Satz 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV beinhalten für Laborgemeinschaften keine dem entgegenstehende spezielle Regelung. Schon nach dem Wortlaut beider Normen stellen die in Kapitel 32 EBM ausgewiesenen Euro-Beträge für die Kosten laboranalytischer Leistungen lediglich Obergrenzen dar. Sie statuieren keine selbständige Anspruchsgrundlage für eine Vergütung der Laboranalysen in Höhe der vertraglichen Euro-Bewertungen mit einer konstitutiven Wirkung, die über die der analytischen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 EBM hinausginge und diese damit, soweit von Laborgemeinschaften abgerechnet, einer Begrenzung auf der Ebene der Honorarverteilung entziehen würde. Freilich erklärt sich die Bezeichnung als "Höchstpreise" im Kontext beider Regelungen zunächst nur aus der Begrenzung der Laborvergütungen auf die der Laborgemeinschaft tatsächlich entstandenen Kosten. Ein Differenz zwischen den betriebswirtschaftlich kalkulierten tatsächlichen Kosten der Laborgemeinschaft und den für den Arzt abgerechneten gemachten Euro-Vergütungen des Kapitels 32 EBM kann die Kassenärztliche Vereinigung nach Überprüfung der Kalkulation durch Rückforderungen gegenüber den Mitgliedern der Laborgemeinschaft nach Maßgabe der Verfahrensrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß [§ 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V](#) zur Umsetzung des Kostennachweises von Laborgemeinschaften nach § 28 Abs. 3 EKV und § 25 Abs. 3 BMV Ä, hier einschlägig in der ab dem 01.07.2010 geltenden Fassung (DÄBl. 107 [2010] Nr. 24 S. A-1228; im Folgenden: Verfahrensrichtlinie Direktabrechnung), geltend machen. Aus dem Zusammenspiel dieser Regelungen ergibt sich, dass die Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM sowie § 25 Abs. 3 Satz 1 bis 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV zunächst das Verfahren der Direktabrechnung regeln. Eine Regelung zur Vergütungshöhe beinhalten die Normen nur im Sinne der Begrenzung der vergütungsfähigen Kosten, nämlich kumulativ zum einen auf maximal die Euro-Beträge des Kapitels 32 EBM und zum anderen auf die tatsächlichen Kosten, deren Höhe gegebenenfalls nach der Verfahrensrichtlinie Direktabrechnung festzustellen ist. Die Regelungen garantieren den Mitgliedern der Laborgemeinschaft dagegen nicht, dass die bezogenen Basislaborleistungen in Höhe der Euro-Bewertungen des Kapitels 32 EBM, allein begrenzt durch die Höhe der tatsächlichen Kosten als Mindestbetrag vergütet werden. In der Tat gehen die Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM sowie § 25 Abs. 3 Satz 1 bis 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV davon aus, dass Vergütungen der laboranalytischen Kosten ausschließlich entweder durch die Euro-Beträge des Kapitels 32 EBM oder die ggf. nach der Verfahrensrichtlinie Direktabrechnung zu ermittelnden tatsächlichen Kosten der Laborgemeinschaft begrenzt werden. Eine zusätzliche Herabbemessung durch Begrenzungen der Bewertung auf der Honorarverteilungsebene sehen die Regelungen weder vor noch knüpfen sie an eine solche an. Hieraus kann indessen nicht der Schluss gezogen werden, dass eine Quotierung im Rahmen der Honorarverteilung rechtswidrig wäre und die Laborleistungen deshalb vorbehaltlich evtl. Rückforderungen nach der Verfahrensrichtlinie Direktabrechnung ungekürzt in Höhe der Euro-Bewertungen zu vergüten seien. Aus dem Umstand, dass die Partner der Bundesmantelverträge bzw. der Bewertungsausschuss im normativen Kontext der Vorschriften über die Direktabrechnung eine zusätzliche Quotierung auf Grund des Honorarverteilungsvertrages nicht berücksichtigt haben, könnte allenfalls die Lückenhaftigkeit dieser Regelungen im weitesten Sinne gefolgert werden. Wegen des begrenzten Regelungsgehalts der Vorschriften über die Direktabrechnung liegt jedoch insoweit weder eine Normenkollision vor, im Sinne des Vorrangs der mantelvertraglichen Vorschriften bzw. der Einweisungsvorschriften des Abschnitts 32.2 EBM aufzulösen wäre, noch besteht ein Regelungsdefizit, das dadurch auszugleichen wäre, dass man das Schweigen der Direktabrechnungsregelungen im Sinne eines Verbotes von Quotierungen auf der Honorarverteilungsebene interpretiert. Zwar greift die am 01.07.2014 in Kraft getretene Neufassung der Präambel Nr. 1 zu Abschnitt 32.2 EBM in Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der 330. Sitzung (DÄBl. 111 [2014] Nr. 31-32 S. A 1382) zeitgleich mit der Aussetzung des Verfahrens über die Kostennachweise nunmehr auch die inzwischen bundeseinheitliche Quotierung der Laborvergütungen mit der Abstaffelungsquote gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarverteilung ("Quote Q") auf. Dieser Neuregelung kommt indessen nur deskriptive bzw. klarstellende Bedeutung zu. In Ermangelung einer bundeseinheitlichen Quotierung im streitgegenständlichen Quartal wäre eine Erwähnung der nur einzelne Länder betreffenden Quotierungsmöglichkeit in den bundesweit geltenden Regelungen über die Direktabrechnung weder veranlasst noch zweckmäßig gewesen. Ein Umkehrschluss aus der späteren Neufassung auf den Regelungsgehalt der Norm in der früheren Fassung im Quartal III/2010 ist deshalb nicht statthaft. Mit der Einführung der Direktabrechnung der Laborgemeinschaften und der gleichzeitigen Begrenzung der Vergütungen auf die tatsächlichen Kosten verfolgte die Laborreform zum 01.10.2008 zum einen das Anliegen, Kostenvorteile, die mit dem Bezug der Basislaborleistungen bei Laborgemeinschaften verbunden waren, abzuschöpfen und dadurch zugleich Anreize für eine Leistungsausweitung im Bereich des Basislabors einschließlich unerwünschter "Quersubventionierungen" und unlauterer Auftragsverknüpfungen mit den für die Laborgemeinschaft tätigen Laborärzten (vgl. Bundesgerichtshof, Urteil vom 21.04.2005, Az. [I ZR 201/02](#), juris Rn. 18) vorzubeugen. Von diesem Anliegen wäre es nicht gedeckt, wenn die Präambel Nr. 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM sowie § 25 Abs. 3 Satz 1 bis 4 BMV Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 1 bis 4 EKV so ausgelegt würden, dass sie eine Quotierung der vergütungsfähigen Laborkosten auf der Honorarverteilungsebene ausschließlich beim Bezug der Leistungen bei einer Laborgemeinschaft verbieten, jedoch bei der Erbringung der Leistung im Präsenzlabor gestatten würden. Eine Privilegierung des Leistungsbezugs bei der Laborgemeinschaft gegenüber der Eigenleistung des Vertragsarztes war nicht gewollt. Als bloße Regelung des Verfahrens und Modifizierung der Vergütungsregelungen ausschließlich auf der Ebene der Bewertung der laboranalytischen Kostenstellen verhalten sich die Direktabrechnungsregelungen gegenüber einer Quotierung auf der Honorarverteilungsebene regelungstechnisch neutral. Dem kann die Klägerin auch nicht entgegen halten, dass es sich nach dem Wortlaut des Satzes 2 der Präambel Nr. 1 zu Abschnitt 32.2 EBM und auf Grund der Begrenzung der für die Mitglieder der Klägerin abgerechneten Gebührenordnungspositionen auf die tatsächlichen Kosten der Laborgemeinschaft bei den laboranalytischen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 EBM um "echte" Kostenerstattungen im Sinne eines Aufwendungsersatzanspruchs handle, die einer Leistungsmengenbegrenzung nicht zugänglich seien. Die Qualifizierung als Aufwendungsersatz ist unzutreffend. Richtig an der Argumentation der Klägerin ist im Ausgangspunkt, dass die Vergütung der bei der Laborgemeinschaft bezogenen Basislaboranalysen rechtlich (tatsächlich nur in äußerst pauschalisierter Weise und seit dem 01.07.2014 praktisch gar nicht mehr) auf die tatsächlichen Kosten begrenzt ist wie ein Aufwendungsersatzanspruch. Allein diese Gemeinsamkeit macht aus der Vergütung der jeweiligen Laborleistung indessen noch keinen solchen. Schon formal besteht kein Rechtsverhältnis, das einem Auftrag gleichzusetzen wäre, der einen Aufwendungsersatzanspruch des Arztes auslösen würde. Die von der Laborgemeinschaft bezogene Laboranalyse ist dem beziehenden Vertragsarzt als vertragsärztliche Leistung zuzurechnen, die Laborgemeinschaft wird als sein Erfüllungsgehilfe tätig und rechnet gegenüber der Beklagten die erbrachten Leistungen nur als Sachwalter bzw. in Prozessstandschaft im eigenen Namen ab. Im Verhältnis zur Beklagten stellen die Aufwendungen, die dem Arzt für den Bezug der Leistung durch die Laborgemeinschaft entstehen, keine Auslagen im Sinne eines "durchlaufenden Postens" dar, die er im Interesse der Beklagten trifft und die ihm deshalb wie einem Beauftragten nach [§ 670 BGB](#) zu erstatten wären. Durch die Rechtsprechung ist bereits geklärt, dass die Annahme, bei den DM- bzw. Euro-Beträgen für die einzelnen Laborparameter handle 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 den Gebührenordnungspositionen für die laboranalytischen Leistungen des Kapitels 32 EBM um den separat kalkulierten Praxiskostenanteil der einzelnen Laborleistungen nichtärztliche und technische Leistungen (näher zur Rechtsnatur dieser sogenannten Kostenerstattungen: Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 31) handelt. Der Bewertungsausschuss hat im Zuge der Laborreform zum 01.01.1999 aus der Gesamtbewertung der Laborleistungen den Praxiskostenanteil einerseits und den ärztlichen Leistungsanteil (Laborgrundpauschale) andererseits ausgegliedert und in gesonderten Abrechnungspositionen abgebildet. Aus ihrer Qualifikation 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 Regelleistungsvolumina wie auch durch ergänzende Honorarbegrenzungen für nicht RLV-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. Ob der Vertragsarzt die Laborleistungen im Präsenzlabor selbst erbringt, durch eine Laborgemeinschaft bezieht oder als Auftragsleistung eines Facharztes für Laboratoriumsmedizin veranlasst, macht für die Rechtsnatur der Vergütung für die laboranalytischen Leistungen ("Kostenerstattungen") keinen Unterschied und rechtfertigt deshalb auch keine unterschiedliche Behandlung in Abhängigkeit vom Beschaffungsweg hinsichtlich der Unterwerfung unter Abrechnungsmengenbegrenzungen auf der Ebene der Honorarverteilung. Die einzige Besonderheit beim Bezug durch eine Laborgemeinschaft besteht darin, dass die sich die ebenso wie bei selbst erbrachten und veranlassten Laborleistungen aus dem Zusammenspiel der Regelungen auf der Bewertungs- und der Honorarverteilungsebene ergebenden Vergütungen zusätzlich durch die Höhe des betriebswirtschaftlich ermittelten tatsächlichen Aufwandes der Laborgemeinschaft begrenzt werden. Auch im Übrigen ist die Quotierung der laboranalytischen Leistungen nicht zu beanstanden. Insoweit führt die Kammer die bisherige Rechtsprechung des Sozialgerichts Dresden aus den Urteilen vom 03.09.2014, Az. [S 18 KA 163/11](#) (nachgehend Sächsisches Landessozialgericht, Az. L 8 KA 26/14), Az. S 18 KA 133/11 (nachgehend Sächsisches Landessozialgericht, Az. L 8 KA 27/14), Az. S 18 KA 17/12 (nachgehend Sächsisches Landessozialgericht, Az. L 8 KA 28/14) und Az. [S 18 KA 167/11](#) (nachgehend Bundessozialgericht, Az. [B 6 KA 44/14 R](#)) sowie aus den Urteilen vom 27.11.2014, Az. [S 11 KA 148/11](#) (nachgehend Sächsisches Landessozialgericht, Az. L 8 KA 2/15) und Az. [S 11 KA 166/11](#) (nachgehend Sächsisches Landessozialgericht, Az. L 8 KA 1/15) fort. 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 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 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 Beschlusstil 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) × 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. Hinsichtlich der rechnerischen Herleitung der Quote aus den MGW-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 der verbliebenen Rückstellungssumme (24.626.996,76 EUR) und den übrigen abgerechneten Laborleistungen des streitgegenständlichen Quartals (25.429.148,39 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 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 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 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 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 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 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 bei den von Laborgemeinschaften bezogenen Leistungen des Basislabors mit Einführung der Direktabrechnung und der Begrenzung auf die tatsächlichen Kosten keine besonderen Anreize mehr zu einer Leistungsausweitung bestanden. Die Gefahr einer Leistungs- und Mengenausweitung ist deshalb 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, das heißt, das Herunterbrechen des kalkulatorischen Leistungsbedarfs auf die deutlich geringere verteilbare Honorarsumme. Hierfür kommt es nicht darauf an, ob die beziehenden Ärzte eine eventuelle Leistungsausweitung zu "verantworten" haben. Selbst wenn die Verschiebungen der Vergütungsvolumina nicht in ihren Verantwortungsbereich fallen oder sogar systembedingt unvermeidbar sind, ist es nicht zu beanstanden,

wenn die Gesamtvertragspartner 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 den Mitgliedern der Klägerin bei der Erbringung von Leistungen, die den RLV unterliegen, zu Gute. Im Ausgangspunkt trifft allerdings zu, dass die Bewertung der analytischen Laborleistungen in festen DM- bzw. Euro-Beträgen Ausdruck der Grundentscheidung der Mantelvertragspartner 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 (auch) der Laborvergütungen für zusätzliche Begrenzungen auf der Honorarverteilungsebene abgerückt. Denn im Ergebnis der Quotierung stellen die in Euro ausgewiesenen Bewertungen des Kapitels 32 EBM keine taxmäßige Vergütung mehr dar, sondern nur noch unselbstständige 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 Abstufungen 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 der Mantelvertragspartner 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. Der Bewertungsausschuss ist nicht gehindert, Vorgaben für die Honorarverteilung auch in Bezug auf die Leistungen zu treffen, deren Bewertung die Bundesmantelvertragspartner in Gestalt fester Euro-Beträge vereinbart haben. Denn die Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner sind der gleichen Ebene zuzuordnen wie die Beschlüsse des Bewertungsausschusses. Die Partner der Bundesmantelverträge schließen Vereinbarungen durch den Bewertungsausschuss als Vertragsorgan, dessen Handeln den Partnern der Bundesmantelverträge als eigenes zugerechnet wird; der Normgeber ist mithin der Selbe (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 29.09.1993, Az. [6 RKA 65/91](#), juris Rn. 17; Urteil vom 15.05.2002, Az. [B 6 KA 33/01 R](#), juris Rn. 21; Urteil vom 28.05.2008, [B 6 KA 9/07 R](#), juris Rn. 26; Beschluss vom 10.12.2008, Az. [B 6 KA 37/08 B](#), juris Rn. 10 f.). Darüber hinaus hat sich der Bewertungsausschuss mit der Anhebung der Kostensätze des Kapitels 32 EBM diese zu eigen gemacht (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 30). Aus der Befugnis des Bewertungsausschusses zur Vorgabe bestimmter Vorwegabzüge für die Bildung der RLV/QZV in Teil F Abschnitt I Nr. 2.5.1 Satz 2 ([§ 87b Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V) sowie zur Gestattung von Mengengrenzungen bei nicht in die RLV/QZV einbezogenen Leistungen im Rahmen der Konvergenzregelung in Teil F Abschnitt II Nr. 1 des Beschlusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010 (vgl. zur Vorläuferregelung im Quartal II/2010 Bundessozialgericht, Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 15) resultiert somit zugleich die Berechtigung des Bewertungsausschusses, die von den Partnern der Bundesmantelverträge festgesetzten Euro-Beträge zur Vergütung der laboranalytischen Untersuchungen des Kapitels 32 EBM in die auf diesen Vorgaben beruhenden Mengengrenzungen einzubeziehen (so in Bezug auf das streitgegenständliche Quartal III/2010 bereits Sozialgericht Dresden, Urteil vom 03.09.2014, Az. [S 18 KA 163/11](#); Urteil vom 03.09.2014, Az. [S 18 KA 167/11](#); Urteil vom 27.11.2014, Az. [S 11 KA 166/11](#)). Die Vereinbarung der Bewertungsgrößen der laboranalytischen Leistungen des Kapitels 32 EBM durch die Partner der Bundesmantelverträge in Euro (nochmals bestätigt durch Beschluss Nr. 97 der Partner des BMV Ä und der schriftlichen Beschlussfassung an Stelle der 238. Sitzung der Partner des EKV, jeweils am 17.09.2008, DÄBl. 105 [2008] Nr. 49 S. A 2669) resultiert daraus, dass dem Bewertungsausschuss gemäß [§ 87 Abs. 2 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur die Bewertung von Leistungen in Punkten ausdrücklich zugewiesen ist. Die Bewertung des Kostenanteils der Laborleistungen zu festen Euro-Beträgen tragen die Partner der Bundesmantelverträge indessen ebenso innerhalb wie außerhalb des organisatorischen Rahmens des Bewertungsausschusses. Denn der Ausgliederung des Bewertungsanteils für die Kosten der laboranalytischen Untersuchungen in eigenständige Gebührenordnungspositionen zu Euro-Festpreisen liegt zugleich die Entscheidung des Bewertungsausschusses zu Grunde, von der Befugnis zur Leistungsbewertung in Punkten mit Wirkung ab dem 01.07.1999 keinen Gebrauch mehr zu machen. Diese Grundentscheidung steht deshalb (auch) zur Disposition des Bewertungsausschusses. Die Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner, ärztliche Leistungen bzw. wie hier Leistungsbestandteile in Euro zu bewerten, berührt nicht die Kompetenz des Bewertungsausschusses, auf Grundlage von [§ 87b Abs. 4 Satz 2](#) und [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) die Grundzüge der Honorarverteilung zu regeln und in diesem Rahmen den Partnern der Gesamtverträge die Befugnis zu Regelungen einzuräumen, die von früheren Erwägungen der Mantelvertragspartner abweichen. Hierin liegt keine im Sinne eines Vor- oder Nachranges aufzulösende Normenkollision, sondern lediglich ein Ineinandergreifen gegensätzlich motivierter und in ihren Rechtsfolgen einander teilweise neutralisierender Regelungen. Derartige Paradigmenwechsel und Divergenzen zwischen den unterschiedlichen Vorstellungen der im Rahmen ihrer Kompetenzen nacheinander auf verschiedenen Regelungsebenen tätigen Normgeber und Vertragsorgane müssen hingenommen werden. Das System der vertragsärztlichen Vergütung ist im Widerstreit der unterschiedlichen Aspekte des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der Leistungsangemessenheit der Vergütung komplex ausgeformt, durch zahlreiche widerstreitende Interessen und Zielkonflikte sowie normative Wechselwirkungen geprägt. Allein die gegenläufige Tendenz der Auswirkungen unterschiedlicher normativer Entscheidungen, selbst im selben Regelungskontext, zieht noch nicht deren Rechtswidrigkeit nach sich. Die Kontrollbefugnis der Gerichte beschränkt sich vielmehr auch insoweit auf die Prüfung, ob sich die untergesetzlichen Normen auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen können und ob die Grenzen des den Normgebern zustehenden Gestaltungsspielraums eingehalten sind, insbesondere ob die Regelungen in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig sind (vgl. zum Prüfungsmaßstab exemplarisch 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). Wie bereits ausgeführt, stehen die Euro-Bewertungen der laboranalytischen Gebührenordnungspositionen einer hiervon abweichenden Vergütung im Ergebnis der Honorarverteilung nicht etwa deshalb entgegen, weil sie als Auslagenersatz im Sinne eines "durchlaufenden Postens" konzipiert wären. Denn es handelt sich bei den Euro-Beträgen nicht um Kostenerstattungsregelungen im Sinne eines Aufwendersatzes (wie zum Beispiel nach §§ 670, 683 BGB), sondern um Festpreise, mit denen lediglich der Praxiskostenanteil der Laborleistungen (nichtärztliche und technische Leistungen) vom ärztlichen Leistungsanteil getrennt kalkuliert und aus der Gesamtbewertung der Laborleistungen ausgegliedert wurde (Bundessozialgericht, Urteil vom 11.10.2006, Az. [B 6 KA 46/05 R](#), juris Rn. 31). Sie dürfen deshalb ebenso wie einheitlich in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ergänzenden Honorarbegrenzungen für nicht RLV-gesteuerte Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterworfen werden (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 steht dem nicht entgegen. Gegen die Quotierung dringt auch nicht das Argument durch, mit der Steuerung der Veranlassung laboranalytischer Leistungen durch das sog. Laborbudget (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) und bei veranlassenden Leistungen der Laborärzte durch die nach Fallzahlen abgestaffelte Bewertung der Laborgrundpauschale Nr. 12220 EBM habe der Bewertungsausschuss bereits abschließende Regelungen zur Mengensteuerung und Honorarbegrenzung getroffen, die konkurrierenden Quotierungsregelungen im Honorarverteilungsvertrag entgegen stünden. 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 hier namentlich die Abschmelzung des Wirtschaftlichkeitsbonus 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 die 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 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 noch die fallzahlabhängige Abstufung der Bewertung der Laborgrundpauschale in Nr. 12220 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 Einrichtungen das Leistungsverhalten der Ärzte steuernd zu beeinflussen. Diese Steuerbefugnis ermöglicht es dem Bewertungsausschuss, durch ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstufungsregelungen, 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 Abstufung 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 die Laborleistungen selbst erbringenden, beziehenden und veranlassenden Ärzte 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 und der Direktabrechnung entgegen. Das Bundessozialgericht hat bereits im Zusammenhang mit der einheitlichen Honorarverteilung für selbst erbrachte und ärztlich verantwortete Laborleistungen, wegen derer die Vergütung von Laborärzten durch die die Erbringung und Veranlassung von Laborleistungen durch andere Ärzte beeinflusst wird, bestätigt, dass bereits seit dem Quartal III/1999 die Bindung des Wirtschaftlichkeitsbonus an die Einhaltung des Laborbudgets eine effektive Mengensteuerung auf der Bewertungsebene bewirke. Dies lasse die Annahme zu, dass eine Begrenzung des Honorarverteilungsvolumens nicht zu Lasten der Vergütung für die überweisungsabhängigen Laborleistungen gehen werde (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 in Bezug auf die streitgegenständliche Quotierung der Laborleistungen in Folge der Begrenzung des Verteilungsvolumens gleichermaßen. Eine Aushöhlung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen vertraglichen Euro-Vergütungen ist nicht zu erwarten. Seit der erstmaligen Vereinbarung der Quotierung im Honorarverteilungsvertrag für das Quartal III/2009 belief sich zudem deren tatsächliches Ausmaß, soweit überhaupt Kürzungen erfolgten, im streitgegenständlichen Quartal erstmals auf mehr als 3 % (vgl. <http://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/honorar/honorardaten/archiv> jeweils unter "Quoten Leis-tungs-steuerung"). Auch die Referenzmengen für die Bildung des Vorwegabzugs hat die Beklagte in rechtmäßiger Weise gebildet. Der Honorarverteilungsvertrag verweist zur Berechnung des der Quotierung zu Grunde liegenden gemeinsamen Vorwegabzugs für Laborleistungen auf 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 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 % 22 alle Leistungen, die RLV-relevanten Leistungen entsprechen, der Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigten Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigten Einrichtungen, soweit kein RLV zugewiesen wurde 55 % 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 ungeschmälerter 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 beinhaltet, 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. 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 Zahlungsbetrag in die Ermittlung der Vergütungsanteile einzubeziehen waren. Hinsichtlich der im Referenzzeitraum 2008 in Punkten abgerechneten Leistungen unterliegen die in die Berechnung eingeflossenen Punktwerte 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). Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO](#), die Festsetzung des Streitwertes auf [§ 52 Abs. 1 GKG](#), jeweils in Verbindung mit [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#). Die Kammer hat auf Antrag der Klägerin 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

2015-03-16