BUNDESSOZIALGERICHT

Im Namen des Volkes

Verkündet am
19. August 2015

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 12/15 R

S 18 KA 180/11 (SG Dresden)

……..,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte: ……..,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 19. August 2015 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richterin Dr. D ü r i n g und den Richter R a d e m a c k e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. E i t m a n n und Dr. K r ä m e r
für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 21. Januar 2015 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

G r ü n d e :

I

1 Im Streit steht, ob die Beklagte die Vergütung für die von der Klägerin erbrachten analytischen Laborleistungen des Abschnitts 32.2 ("Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen") des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) quotieren durfte.

2 Die Klägerin ist eine vertragsärztliche Laborgemeinschaft in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR); sie hat ihren Sitz im Bereich der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV). Die von der Klägerin gemäß § 25 Abs 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw § 28 Abs 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) direkt mit der Beklagten abgerechneten Kosten für die Laboranalysen nach dem Abschnitt 32.2 EBM-Ä vergütete diese entsprechend der in Teil 2 § 3 Abs 3 ihres Honorarverteilungsvertrages (HVV) getroffenen Regelung mit Honorarbescheid vom 25.1.2011 für das Quartal III/2010 lediglich mit einer Quote von 96,8450 %. Mit weiterem Honorarbescheid vom 26.4.2011 wurde das Honorar für die von der Klägerin im Quartal IV/2010 abgerechneten laboranalytischen Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä mit dem Faktor 0,982340 quotiert. Die gegen die Bescheide erhobenen Widersprüche der Klägerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 4.10.2011 zurück. Das SG hat auch ihre Klage abgewiesen *(Urteil des SG vom 21.1.2015)*, welche nach einem angenommenen Teilanerkenntnis nur noch den Honorarbescheid für das Quartal III/2010 zum Gegenstand hat.

3 Zur Begründung hat das SG ausgeführt, die Klägerin könne keine Vergütung der laboranalytischen Leistungen zu den von den Partnern der Bundesmantelverträge (BMV) vereinbarten und in Kapitel 32 EBM-Ä ausgewiesenen Euro-Beträgen beanspruchen. Die Beklagte habe die Vergütung der Kosten laboranalytischer Leistungen im Rahmen der Honorarverteilung der von den Partnern der Gesamtverträge beschlossenen Quotierung unterwerfen dürfen; die HVV-Regelung sei wiederum mit höherrangigem Recht, insbesondere den Vorgaben des Bewertungsausschusses (BewA) und des SGB V vereinbar.

4 Eine Quotierung sog freier Leistungen im Rahmen und nach Maßgabe der Honorarverteilung sei grundsätzlich zulässig. Entsprechende Vorgaben des BewA hielten sich im Rahmen des § 87b Abs 4 Satz 2 SGB V. Sie seien mit Rücksicht auf den begrenzten Umfang der Gesamtvergütung insbesondere durch das Anliegen gerechtfertigt, eine Ausweitung der nicht durch Regelleistungs- und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gesteuerten Anteile der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu Lasten des gesteuerten Vergütungsvolumens zu verhindern, wie sie sich nach Einführung der Regelleistungsvolumen (RLV) ab dem ersten Halbjahr 2009 abgezeichnet habe. Darüber hinaus ergebe sich die Regelungskompetenz der Gesamtvertragspartner aus § 85 Abs 4 Satz 7 und Abs 4a Satz 1 SGB V aF, wo klargestellt sei, dass die Vertragspartner nach Vorgaben des BewA auch weitere Steuerungsinstrumente neben

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

RLV einrichten könnten, soweit diese nicht dem Grundsatz der Leistungssteuerung durch RLV und den dazu getroffenen Maßgaben zuwiderliefen.

5 Dies gelte auch für Laborleistungen einschließlich der in Euro ausgewiesenen Kostenerstattungen für Laboranalysen des Kapitels 32 EBM-Ä und der bereits einer Abstaffelung der Vergütung auf der Bewertungsebene unterliegenden Laborgrundpauschale. Im Ausgangspunkt treffe allerdings zu, dass die Bewertung der analytischen Laborleistungen in festen DM- bzw Euro-Beträgen Ausdruck der Grundentscheidung des BewA gewesen sei, durch bundeseinheitliche Festpreise den Laborärzten Kalkulationssicherheit zu geben, und Versendeströmen von Präparaten entgegenzuwirken, die allein auf das Bestreben zurückzuführen gewesen seien, die Leistungen dort abzurechnen, wo die höchsten Punktwerte zu erwarten waren. Von beiden Anliegen sei der BewA mit der Freigabe der Laborvergütungen für zusätzliche Begrenzungen auf der Honorarverteilungsebene schrittweise abgerückt. Die Zulassung einer - zudem regional unterschiedlichen - Quotierung der Vergütungen widerspreche somit nicht nur regelungstechnisch der Bewertung in Euro anstatt in Punkten, sondern beruhe auch auf einem Paradigmenwechsel in Bezug auf wesentliche Elemente der Laborreform mit Wirkung ab dem 1.7.1999. Das mache die Neuregelung indessen nicht rechtswidrig.

6 Der Euro-Bewertung als solcher komme 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 BewA aus der 218. Sitzung am 26.3.2010 entgegenstehen würde. Insbesondere gehe sie in der Normenhierarchie des § 85 Abs 4a SGB V den ausdrücklichen Vorgaben des BewA 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. Dem könne auch nicht entgegengehalten werden, dass es sich bei den laboranalytischen Gebührenordnungspositionen (GOP) des Abschnittes 32.2 EBM-Ä um "echte" Kostenerstattungen - im Sinne eines Aufwendungsersatzanspruchs - handele, die einer Leistungsmengenbegrenzung nicht zugänglich seien. Im Verhältnis zur Beklagten stellten die Aufwendungen, die dem Arzt für den Bezug der Leistung durch die Laborgemeinschaft entstünden, keine Auslagen im Sinne eines "durchlaufenden Postens" dar, die er im Interesse der Beklagten treffe und die ihm deshalb wie einem Beauftragten nach § 670 BGB zu erstatten wären. Selbst wenn die Kostenerstattungen auf der Grundlage von betriebswirtschaftlichen Untersuchungen über die Kostenstrukturen einzelner Praxen vereinbart worden seien, ändere sich dadurch nichts an dem Charakter einer - von der Höhe der tatsächlichen "Kosten" des Arztes unabhängigen - Festpreisregelung. Die verbreitete Bezeichnung der laboranalytischen Leistungen des Kapitels 32 EBM-Ä als "Kosten" weise lediglich darauf hin, dass es sich bei den GOP für die laboranalytischen Leistungen des Kapitels 32 EBM-Ä um den separat kalkulierten Praxiskostenanteil der einzelnen Laborleistungen - nichtärztliche und technische Leistungen - handele.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

7 Aus der Qualifikation der laborärztlichen Grundpauschale nach Nr 12220 EBM-Ä einerseits und der laboranalytischen GOP des Kapitels 32 EBM-Ä andererseits als komplementäre Elemente einer Bewertung der ärztlichen sowie nichtärztlichen und technischen Leistungs- bzw Kostenanteile folge zugleich deren strukturelle Vergleichbarkeit mit den übrigen, in Punkten bewerteten GOP des EBM-Ä, die einer Mengenbegrenzung durch Regelleistungs- und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) wie auch durch ergänzende Honorarbegrenzungen für nicht RLV/QZV-gesteuerte Leistungen aus der MGV unterworfen werden dürfen. Allein die bewertungstechnische Aufspaltung der Kalkulation auf separate Kostenstellen begründe keinen wesentlichen Unterschied, der im Rahmen der Honorarverteilung eine Privilegierung des laborärztlichen Leistungsbereichs zu Lasten anderer Arzt- bzw Leistungsgruppen rechtfertigen würde.

8 Dies gelte ungeachtet der bestehenden besonderen Regelungen auch für Laborgemeinschaften. Diese Regelungen statuierten lediglich Obergrenzen, hingegen keine selbstständige Anspruchsgrundlage für eine Vergütung der Laboranalysen in Höhe der vertraglichen Euro-Bewertungen mit einer konstitutiven Wirkung, die über die der analytischen GOP des Kapitels 32 EBM-Ä hinausginge und diese damit, soweit von Laborgemeinschaften abgerechnet, einer Begrenzung auf der Ebene der Honorarverteilung entziehen würde. Die Sonderregelungen beträfen im Wesentlichen das Verfahren der Direktabrechnung. Eine Regelung zur Vergütungshöhe beinhalteten diese Normen nur im Sinne der Begrenzung der vergütungsfähigen Kosten, nämlich - kumulativ - zum einen auf maximal die Euro-Beträge des Kapitels 32 EBM-Ä und zum anderen auf die tatsächlichen Kosten, deren Höhe gegebenenfalls nach der "Verfahrensrichtlinie Direktabrechnung" festzustellen sei. Die Regelungen garantierten den Mitgliedern der Laborgemeinschaft dagegen nicht, dass die bezogenen Basislaborleistungen in Höhe der Euro-Bewertungen des Kapitels 32 EBM-Ä, allein begrenzt durch die Höhe der tatsächlichen Kosten als Mindestbetrag vergütet würden.

9 Mit der Einführung der Direktabrechnung der Laborgemeinschaften und der gleichzeitigen Begrenzung der Vergütungen auf die tatsächlichen Kosten habe die Laborreform zum 1.10.2008 das Anliegen verfolgt, Kostenvorteile, die mit dem Bezug der Basislaborleistungen bei Laborgemeinschaften verbunden waren, abzuschöpfen und zugleich Anreizen für eine Leistungsausweitung im Bereich des Basislabors einschließlich unerwünschter "Quersubventionierungen" und unlauterer Auftragsverknüpfungen mit den für die Laborgemeinschaft tätigen Laborärzten vorzubeugen. Von diesem Anliegen wäre es nicht gedeckt, wenn die Präambel Nr 1 Satz 2 zu Abschnitt 32.2 EBM-Ä sowie § 25 Abs 3 Satz 1 bis 4 BMV-Ä aF bzw § 28 Abs 3 Satz 1 bis 4 EKV-Ä aF so ausgelegt würden, dass sie eine Quotierung der vergütungsfähigen Laborkosten auf der Honorarverteilungsebene ausschließlich beim Bezug der Leistungen bei einer Laborgemeinschaft verböten.

10 Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung von Bundesrecht. Das in der Verfahrensrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) bestimmte Verfahren für den Kosten-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

nachweis sei von den KÄVen bundesweit einheitlich systematisch nicht vollzogen worden. Der BewA habe zwischenzeitlich die Abrechnung auf der Basis der nachzuweisenden Kosten bis Ende 2017 ausgesetzt. Insofern habe ein strukturelles Vollzugshindernis im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG vorgelegen. Dies führe zu einer mit Art 3 Abs 1 GG unvereinbaren Ungleichbehandlung der Laborgemeinschaften im Gesetzesvollzug und damit zur materiellen Unanwendbarkeit der Vorgaben zum Kostennachweis. Da die Quotierung per se rechtswidrig sei, habe die Klägerin Anspruch auf die unquotierte Auszahlung der Laborkostenerstattungen zu den bundesmantelvertraglich vereinbarten Festpreisen.

11 In der Sache gebe es keine mit höherrangigem Recht vereinbare Rechtsgrundlage für eine Quotierung auf der Ebene der Honorarverteilung. Der Beschluss des BewA sehe keine Quotierung vor; zum anderen wäre der BewA hierzu auch nicht befugt gewesen. Der vom SG herangezogenen Vorschrift des HVV fehle daher die Ermächtigungsgrundlage. Der BewA habe die Gesamtvertragspartner jedenfalls nicht zu einer quasi rückwirkenden Honorarkürzung ermächtigt, wie sie hier erfolgt sei. Die Kostenerstattungen nach Kapitel 32 EBM-Ä seien keiner Vergütungssteuerung durch den BewA und nachfolgend den Gesamtvertragspartnern zugänglich. Dem BewA fehle die Zuständigkeit und gesetzliche Regelungsbefugnis. Das SGB V unterscheide sehr genau zwischen den Zuständigkeiten der BMV-Partner und des BewA; beide erfüllten separate Aufgaben. Die Kompetenz des einen ende dort, wo die Kompetenz des anderen beginne. Aus § 87b Abs 4 Satz 2 SGB V lasse sich eine solche Befugnis des BewA nicht ableiten, da die Norm den BewA lediglich zu "Vorgaben" ermächtige, die einer Mengenbegrenzung dienten. Die streitgegenständliche Quotierung steuere aber keine Leistungsmengen, sondern bewirke lediglich einen regional unterschiedlichen Preisverfall. Zudem erfasse der Begriff der "Vorgaben" nur die Bestimmung der außerhalb der RLV zu vergütenden Leistungen, nicht aber die Regelung der Vergütungshöhe und erst recht keine Quotierung.

12 Die Laborleistungen des Kapitels 32 EBM-Ä nähmen im Rahmen des vertragsärztlichen Honorarsystems eine Sonderstellung ein; sie seien im Sachkostenteil nach den bundesmantelvertraglich vereinbarten Festpreisen zu vergüten. Die Kostenliste sei somit Bestandteil der Vertragsgebührenordnung (BMV-Ä und E-GO) und somit nur mittelbarer Teil des EBM-Ä und der Euro-Gebührenordnung. Die Regelungen seien durch die Vergütungsreform 2009 nicht berührt worden. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben stehe den BMV-Partnern das Vertragsarztrecht in seiner gesamten Breite für Regelungen offen. Insbesondere sei auch der EBM-Ä Bestandteil des BMV-Ä, auf dessen Grundlage dann die Euro-Gebührenordnung erstellt werde. Die Entscheidung des BSG zur Quotierung freier Leistungen sei nicht vergleichbar, da freie Leistungen Einzelleistungen seien, die von den Ärzten typischerweise nicht ausschließlich, sondern zusätzlich zu ihren RLV-gesteuerten Fachgebietsleistungen erbracht würden, während es vorliegend um Kernleistungen ginge. Die Quotierung bewirke auch genau das, was mit der Einführung einer festen bundeseinheitlichen Vergütung habe vermieden werden sollen, da

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

einige KÄVen - wie die KÄVen Schleswig-Holstein und Niedersachsen - überhaupt keine Quotierung vorgenommen hätten.

13 Für Laborgemeinschaften ergebe sich ein Anspruch auf eine Vergütung in Höhe der nachgewiesenen und tatsächlich entstandenen Kosten bereits aus dem Wortlaut von § 25 Abs 3 Satz 3 BMV-Ä aF und Abschnitt 32.2 Nr 1 Satz 2 EBM-Ä aF; dieser Anspruch sei lediglich durch Höchstpreise begrenzt. Hätten die Vertragspartner - wie vom SG angenommen - Obergrenzen festgelegt, aber gleichzeitig eine Quotierung auf der Honorarverteilungsebene zulassen wollen, hätten sie die Zulässigkeit einer solchen "Quotierung" bei der Definition der Obergrenze ausdrücklich berücksichtigen müssen. Dass für Laborgemeinschaften Sonderregelungen gelten sollten, mache auch die zum 1.7.2014 erfolgte Neufassung der Präambel zum Abschnitt 32.2 EBM-Ä deutlich. Dort würden als Höchstpreise die quotierten Vergütungen definiert. Dabei handele es sich um eine gänzlich neue Definition des "Höchstpreises" als Obergrenze für die Kostenerstattungen. Die Neuregelung zeige, dass nach dem Willen des Normgebers des EBM-Ä bisher die unquotierten Kostensätze die Obergrenze gebildet hätten. Abweichendes hätte ausdrücklich geregelt werden müssen.

14 Die Klägerin beantragt,

> das Urteil des SG Dresden vom 21.1.2015 aufzuheben, den Honorarbescheid für das Quartal III/2010 vom 25.1.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4.11.2011 aufzuheben, und die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin die Laborkostenerstattung des Kapitels 32.2 EBM-Ä zu den bundesmantelvertraglich vereinbarten Sätzen unquotiert zu vergüten;
>
> hilfsweise, die Beklagte unter Aufhebung des Honorarbescheides für das Quartal III/2010 vom 25.1.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4.11.2011 zu verurteilen, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

15 Die Beklagte beantragt,

> die Revision zurückzuweisen.

16 Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Der BewA habe Vorgaben zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit treffen dürfen; dies beinhalte auch eine Quotierung. Der BewA greife damit nicht in die Kompetenz der BMV-Partner ein, sondern modifiziere deren Entscheidungen lediglich. Da die strittigen Leistungen nicht aus der MGV herausgenommen seien, komme eine garantierte Vergütung nicht in Betracht. Kalkulationssicherheit und die Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung genössen denselben Stellenwert.

17 Ergänzend hat die Klägerin mitgeteilt, die Beklagte habe im streitgegenständlichen Zeitraum die - quotierten - Kostenerstattungssätze des Abschnitts 32.2 EBM-Ä vergütet. Ihre nachgewiesenen Kosten hätten im Jahr 2010 geringfügig (um 1045 Euro = 0,07 %) unter den

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Höchstsätzen gelegen. Die Beklagte hat hierzu erklärt, dass sie im Hinblick auf die Differenz zwischen den tatsächlich abgerechneten Kosten und den berechnungsfähigen Höchstpreisen eine Nachforderung ausschließe.

II

18 Die Revision der Klägerin ist nicht begründet; das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen. Die Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 EBM-Ä darf quotiert werden *(B.)*; dies gilt auch für Leistungen von Laborgemeinschaften *(C.)*.

19 A. Die Klage der Klägerin ist zulässig. Diese ist als Laborgemeinschaft in der Rechtsform einer GbR nach § 70 Nr 2 SGG beteiligtenfähig, auch weil die angefochtenen Bescheide an sie gerichtet sind *(vgl BSG Urteil vom 13.5.2015 - B 6 KA 27/14 R - SozR 4-5540 § 25 Nr 1 RdNr 11)*. Die Klägerin ist auch prozessführungsbefugt, dh prozessual berechtigt, den Anspruch im eigenen Namen geltend zu machen. Dies ist Folge der bei Laborgemeinschaften eingeführten Direktabrechnung: Nach § 25 Abs 3 Satz 2 BMV-Ä in der seit 1.10.2008 geltenden Fassung *(vgl DÄ 2008, A-912; entsprechend § 28 Abs 3 EKV-Ä)* rechnet - anstelle des die Befunderhebung bei der Laborgemeinschaft beziehenden Arztes - die Laborgemeinschaft die Analysekosten gegenüber der KÄV ab. Wie der Senat bereits mit Urteil vom 13.5.2015 *(B 6 KA 27/14 R - SozR 4-5540 § 25 Nr 1 RdNr 14 ff)* entschieden hat, steht damit im Ergebnis der Laborgemeinschaft selbst ein Vergütungsanspruch gegenüber der KÄV zu.

20 B. Die Quotierung der für Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 EBM-Ä zu zahlenden Vergütungen ist rechtmäßig. Die entsprechende Regelung im HVV der Beklagten ist durch die Ermächtigung des BewA in Teil F Abschnitt I. Nr 2.5.1 seines Beschlusses vom 26.3.2010 gedeckt, welche ihrerseits mit höherrangigem Recht im Einklang steht.

21 1. Rechtsgrundlage der Quotierung ist § 3 Abs 3 Satz 4 und 5 des HVV der Beklagten, welcher auf Teil F Abschnitt I. Nr 2.5.1 des Beschlusses des BewA Bezug nimmt. Danach gilt (ua) für Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM-Ä, dass dann, wenn die Mittel für die Honorierung der Leistungen nicht ausreichen, die Leistungen zu abgestaffelten Preisen vergütet werden. Der abgestaffelte Preis ergibt sich aus der Division des verbliebenen Finanzvolumens des Vorwegabzugs und der abgerechneten Leistungsmenge.

22 2. Die HVV-Regelungen finden ihre Rechtsgrundlage wiederum in entsprechenden Vorgaben des BewA in Teil F seines Beschlusses aus der 218. Sitzung vom 26.3.2010 *(DÄ 2010, Heft 16, Beilage S 1 bis 32)*, die mit Wirkung zum 1.7.2010 in Kraft getreten sind. Relevant ist hier im Abschnitt I. *("Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen")* die unter der Nr 2.5 *("Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug")* getroffene Regelung. Nach Satz 1 der Nr 2.5.1

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

aaO werden (ua) Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM-Ä aus dem "Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18" (dh aus der - angepassten - MGV des Vorjahresquartals für die Laborgrundpauschalen und Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM-Ä) vergütet. Ergänzend bestimmt Satz 2 aaO, dass sich die Partner der Gesamtverträge über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens "einigen". Diese Einigung hat unter Beachtung des "Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz" zu erfolgen: Dort ist geregelt, dass Ausgangsgröße der Honorarverteilung die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende MGV gemäß § 87a Abs 3 Satz 1 SGB V ist *(Satz 1 aaO)*; im nachfolgenden Satz 2 aaO wird bestimmt, dass die mit diesem Beschluss erfolgende Anpassung vorangegangener Beschlüsse des BewA daher keine Nachschusspflicht der Krankenkassen begründen kann. Eine entsprechende Regelung für Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM-Ä findet sich in Teil F Abschnitt I. Nr 2.5.4 des Beschlusses des BewA.

23 Diese Regelungen gestatten es den regionalen Partnern des HVV, die Kostenerstattungen des Kapitels 32 und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM-Ä zu quotieren. Das ist durch die Wendungen erfolgt, dass die Leistungen aus dem vorgegebenen Vergütungsvolumen vergütet werden und dass sich die Partner der Gesamtverträge bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens "einigen". Die Vorgabe eines in einem normierten Verfahren zu ermittelnden Vergütungsvolumens und das Fehlen von Vorgaben über Mengenbegrenzung oder Abstaffelung hat zur zwingenden Konsequenz, dass bei Überschreitung des Vergütungsvolumens entweder dieses erhöht oder die aus diesem zu finanzierenden Vergütungen so gesenkt werden müssen, dass alle berechneten Leistungen ohne Erhöhung des Volumens bezahlt werden können. Da der BewA - im Einklang mit dem Gesetz, welches eine nachträgliche Erhöhung der MGV nur unter engen Voraussetzungen zulässt *(BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 60 ff)* - eine "Nachschusspflicht" der Krankenkassen und damit eine Erhöhung der MGV ausdrücklich ausgeschlossen hatte, lag eine Regelung der Art, die Leistungen bei Überschreitung des Vergütungsvolumens nur quotiert zu vergüten, auf der Hand, wollte man Auswirkungen auf andere Arztgruppen bzw Leistungsbereiche vermeiden.

24 Dass der BewA sehr wohl Steuerungsmaßnahmen bei Kostenerstattungen - und damit auch Regelungen über die Quotierung der Vergütungen - im Blick hatte, belegt der Umstand, dass er in Teil F Abschnitt II. seines Beschlusses vom 26.3.2010 in seinen die "Konvergenzphase" betreffenden Regelungen eine weitere Bestimmung aufgenommen hat, die - sofern nicht bereits die vorstehend dargestellten Regelungen griffen - ebenfalls einschlägig wäre: Nach der Nr 1 Abs 2 Satz 1 aaO können - "soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I. dieses Beschlusses erfolgt" - Leistungen der MGV, die außerhalb der RLV sowie der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die MGV zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (zB durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt nach Satz 2 aaO auch für Leistungen der MGV, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem RLV unterliegen.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

25 3. Diese normativen Vorgaben des BewA, welche die Beklagte im Übrigen zutreffend umgesetzt hat, stehen ihrerseits mit höherrangigem Recht im Einklang. Der BewA war nach § 87b Abs 4 SGB V aF iVm § 87b Abs 2 Satz 7 SGB V aF berechtigt, die regionalen Vertragspartner dazu zu ermächtigen, Regelungen für den Fall etwaiger Überschreitungen des Vergütungsvolumens zu treffen.

26 a. § 87b SGB V in der hier maßgeblichen, vom 1.7.2008 bis zum 31.12.2011 weitgehend (mit Ausnahme von Abs 4) unverändert geltenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes *(<GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378)* enthielt detaillierte Vorgaben zur Vergütung der Ärzte, welche die im Rahmen der Honorarverteilung bestehenden regionalen Regelungsspielräume beschränkten. Danach wurden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1.1.2009 auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs 2 SGB V vergütet *(§ 87b Abs 1 SGB V aF)*. Nach § 87b Abs 2 Satz 1 SGB V aF waren zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes bzw der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Unter der Geltung des neuen Vergütungssystems war dem BewA - zusätzlich zu seiner originären Kompetenz der Leistungsbewertung nach § 87 Abs 2 SGB V - die Aufgabe übertragen worden, bundeseinheitliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu treffen, welche von den regionalen HVV-Partnern zu beachten waren *(siehe hierzu BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 15 ff; vgl auch BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 36 f)*. So wurde ihm durch § 87b Abs 4 Satz 1 SGB V aF aufgegeben, das Verfahren zur Berechnung und Anpassung der RLV zu bestimmen. Darüber hinaus hatte der BewA nach § 87b Abs 4 Satz 2 SGB V aF, der systematisch zu den Regelungen über die Vergütung der Ärzte durch arzt- und praxisbezogene RLV gehört *(BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 31)*, Vorgaben ua zur Umsetzung von § 87b Abs 2 Satz 7 SGB V aF zu bestimmen; § 87b Abs 2 Satz 7 SGB V aF regelte, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden konnten, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich war.

27 b. Die dem BewA durch das Gesetz übertragene Aufgabe, Vorgaben zur Umsetzung der Vergütung von Leistungen außerhalb der RLV - der sogenannten "freien Leistungen" *(siehe hierzu BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 1-2)* - zu erlassen, umfasste auch Regelungen für den Fall einer Überschreitung des für die freien Leistungen vorgesehenen Vergütungsvolumens.

28 aa. Gegenstand der dem BewA durch § 87b Abs 4 SGB V aF iVm § 87b Abs 2 Satz 7 SGB V aF zugewiesenen Vorgaben konnten zum einen alle Aspekte sein, die für die "Umsetzung" der Entscheidung, weitere Leistungen außerhalb der RLV zu vergüten, erforderlich waren. Dies berechtigte ihn nicht nur, Vorgaben dazu zu machen, welche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden sollten *(siehe hierzu BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 37; BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 17)*, sondern auch zu Vorgaben, die sich auf die Modalitäten der

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Vergütung (bzw deren Höhe) dieser Leistungen beziehen *(BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 19)*. Soweit der Senat im Urteil vom 27.6.2012 *(B 6 KA 28/11 R - BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 39)* in Zweifel gezogen hat, dass der BewA durch § 87b Abs 4 Satz 2 SGB V aF ermächtigt worden ist, verbindliche Festlegungen zur Höhe der für die außerhalb der RLV zu vergütenden Leistungen gezahlten Vergütungen zu treffen, bezogen sich diese Ausführungen auf die Festlegung der Vergütungshöhe durch den BewA selbst, nicht hingegen darauf, dass dem BewA die Regelungsmaterie "Vergütungshöhe" als solche in Bezug auf diese Leistungen generell entzogen sei.

29 bb. Die Verpflichtung und Ermächtigung zur Bestimmung von Vorgaben umfasste zum anderen alle Leistungsbereiche, die außerhalb der RLV vergütet werden sollten. Dass bestimmte Leistungsbereiche - wie solche, bei denen die Vergütung nach in Euro ausgewiesenen Kostensätzen erfolgt - hiervon ausgenommen werden sollten, ist weder dem Gesetzeswortlaut zu entnehmen noch ist dies aus Sachgründen geboten *(1)*. Im Gegenteil kann angesichts begrenzter Gesamtvergütungen grundsätzlich kein Leistungsbereich von Steuerungsmaßnahmen ausgenommen werden *(2)*.

30 (1) Der Wertung, dass auch die Kostenerstattungen und Pauschalkosten im Laborbereich nicht den Regelungen der Honorarverteilung sowie diesbezüglichen bundeseinheitlichen Vorgaben entzogen sind, steht nicht entgegen, dass sich diese von den übrigen GOP im EBM-Ä dadurch unterscheiden, dass die Leistungsbewertungen - zum einen - nicht in Punkten, sondern in Euro-Beträgen erfolgt sind, und die Bewertungen - zum anderen - nicht durch den BewA, sondern durch die BMV-Partner vorgenommen wurden.

31 (a) Aus dem Umstand, dass die Kostenerstattungen sowie die Pauschalkosten in Euro-Beträgen ausgewiesen sind, lässt sich nichts dafür herleiten, dass sie damit einer Steuerung durch Honorarverteilungsregelungen entzogen sind. Dies würde die Wertung voraussetzen, dass die Vergütung in Euro-Beträgen - entgegen der sonst im EBM-Ä vorgegebenen "relativen" Bewertung in Punkten *(vgl § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V)* - eine "absolute" Bewertung der betroffenen Leistungen sicherstellen soll und diese damit Modifizierungen durch Regelungen der Honorarverteilung entzogen ist.

32 Dem steht jedoch entgegen, dass eine Bewertung der in den Kapiteln 32 und 40 EBM-Ä aufgeführten Leistungen nicht zwingend in Euro-Beträgen erfolgen muss. Zunächst sind die "Kostenerstattungen" und "Kostenpauschalen" nicht dem Ersatz von (bezifferten) Aufwendungen im Sinne des § 670 BGB gleichzusetzen, sondern sie stellen einen pauschalierten Ausgleich eines Kostenanteils dar, wie insbesondere für die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM-Ä aus der gleichlautenden Überschrift deutlich wird *(siehe hierzu auch BSG SozR 3-5533 Nr 7103 Nr 1 S 9: "letztlich auf einer Mischkalkulation und dem Gesichtspunkt der Vereinfachung beruhender Pauschalbetrag")*. Zudem können die mit der vertragsärztlichen Tätigkeit verbundenen Kosten bei der Abrechnung unterschiedlich behandelt werden: Sie können in die Bewertung der

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Leistungspositionen für ärztliche Leistungen integriert werden oder als gesonderter Zuschlag (etwa für ambulante Operationen) oder aber als pauschalierter Sachkostenersatz berücksichtigt werden *(BSG SozR 4-2500 § 81 Nr 4 RdNr 23)*. Allein aus dem Umstand, dass Sachkosten gesondert erstattet werden, kann kein rechtfertigender Grund dafür hergeleitet werden, sie - anders als ärztliche Leistungspositionen mit integriertem Kostenanteil - von einer Quotierung freizustellen.

33 So könnte die bestehende gesonderte Bewertung der in den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM-Ä geregelten Sachkosten in Euro-Beträgen ohne Weiteres durch eine mit der ärztlichen Leistung zusammengefasste Bewertung in Punkten ersetzt werden. Das SG hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die laborärztliche Grundpauschale nach Nr 12220 EBM-Ä einerseits und die laboranalytischen GOP des Kapitels 32 EBM-Ä andererseits komplementäre Elemente einer Bewertung der ärztlichen sowie nichtärztlichen und technischen Leistungs- bzw Kostenanteile sind. Jede ärztliche Leistung verursacht in mehr oder weniger hohem Ausmaß Sachkosten (etwa Kosten für Miete, Energie, Personal); derartige Aufwendungen bilden die Grundlage für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit *(BSG SozR 4-2500 § 81 Nr 4 RdNr 35)*. Regelmäßig werden diese Sachkosten durch die jeweilige GOP für die ärztliche Leistung mit abgegolten. Daran, dass weder Laborärzte noch andere Fachärzte ohne die hierfür erforderlichen Aufwendungen in ihrem Bereich tätig sein könnten, ändert der schlichte Umstand, dass bestimmte Kosten gesondert abgerechnet werden, andere hingegen untrennbarer Teil des ärztlichen Honorars sind, nichts *(vgl BSG aaO)*. Eine gesonderte Ausweisung der Sachkosten im EBM-Ä mag sinnvoll sein, etwa eine schnellere Anpassung an gestiegene Kosten ermöglichen *(BSG aaO RdNr 36)*; eine Verpflichtung der Normgeber, Sachkosten gesondert auszuweisen, besteht jedoch nicht.

34 Allein die von den BMV-Partnern mitverfolgte Absicht, den Laborärzten (und Laborgemeinschaften) durch eine Bewertung in Euro-Beträgen Kalkulationssicherheit zu gewähren, trägt nicht die Annahme, durch die Vorgabe fester Euro-Beträge für bestimmte Leistungen würden die Befugnisse der Partner der regionalen HVV zu steuernden Regelungen völlig aufgehoben. Dieses Ziel gilt nämlich für alle anderen Leistungsbereiche gleichermaßen *(vgl etwa § 87b Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V nF)*. Angesichts dessen stellt die Gewährleistung einer Kalkulationssicherheit unter Geltung einer begrenzten Gesamtvergütung nur ein "relatives" Ziel dar, welches im Übrigen nicht "isoliert" und zu Lasten anderer Arztgruppen verwirklicht werden darf. Da in einem System begrenzter Gesamtvergütungen die einer Arztgruppe zugesagte Garantie fester Preise ohne flankierende Steuerungsmaßnahmen regelhaft dazu führt, dass andere Arztgruppen diese Garantie mit finanzieren, indem sie für ihre Leistungen geringere Vergütungen erhalten, kann diese im Prinzip nur Leistungen betreffen, die außerhalb der MGV vergütet werden; hierzu gehören die streitgegenständlichen Leistungen jedoch nicht.

35 (b) Dass die Bewertungen der Kostenerstattungen und Kostenpauschalen nicht durch den BewA, sondern durch die Partner der BMV erfolgt ist *(zur Festsetzung der Kostensätze durch*

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

die BMV-Partner siehe schon BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr 13), steht einer Modifizierung durch Regelungen der Honorarverteilung aufgrund von Vorgaben des BewA ebenfalls nicht entgegen. Zwar lässt es die Verteilung der Normsetzungskompetenzen im Vertragsarztrecht nicht zu, dass ein Normgeber Regelungen zu Gegenständen der vertragsärztlichen Versorgung trifft, die gesetzlich anderen Normgebern zugewiesen sind *(BSGE 105, 243 = SozR 4-2500 § 116b Nr 2, RdNr 37; BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 27)*. Ebenso steht fest, dass das Gesetz dem BewA lediglich bestimmte originäre Aufgaben übertragen und sie damit der ansonsten nach § 82 SGB V bestehenden Zuständigkeit der BMV-Partner entzogen hat *(BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 27)*, während es außerhalb dieser Aufgabenzuweisung bei deren Zuständigkeit verblieben ist. Diese Grundsätze stehen normativen Regelungen des BewA, mit denen dieser die regionalen HVV-Partner zu einer Modifikation dieser Bewertungen durch HVV-Regelungen ermächtigt, jedoch nicht entgegen: Der BewA ist mit seiner Ermächtigung der HVV-Partner zu Eingriffen in die im EBM-Ä geregelten Kostensätze nicht - in Konkurrenz zu den BMV-Partnern - als Normgeber des EBM-Ä tätig geworden, sondern vielmehr im Rahmen seiner ihm durch § 87b SGB V aF übertragenen Aufgabe als Normsetzer bundeseinheitlicher Vorgaben für die Honorarverteilung.

36 (aa) Zu berücksichtigen ist zunächst, dass der (nach dem hier noch maßgeblichen Recht) zwischen BewA und BMV-Partnern geteilten Bewertungskompetenz keine zwingenden Sachgründe etwa der Art zugrunde lagen, dass den BMV-Partnern in Bezug auf die Bewertung von Sachleistungen besondere Kompetenz bei der Leistungsbewertung zukam. Vielmehr beruhte die von den BMV-Partnern wahrgenommene Kompetenz für die Bewertung der Sachleistungen bzw Sachkostenpauschalen darauf, dass eine Bewertung in DM- bzw Euro-Beträgen erfolgen sollte, der BewA jedoch nach § 87 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V im EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, "in Punkten ausgedrücktes" Verhältnis zueinander zu bestimmen hatte. Darauf beruhte die Annahme, dass dem BewA eine anders als in Punkten ausgedrückte Bewertung versagt sei *(vgl hierzu - die Frage jedoch offenlassend - BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr 13, RdNr 30)*.

37 Hinzu kommt, dass sich eine Kompetenz der BMV-Partner für die Bewertung der Sachkosten eher zufällig ergab, weil ihre Zuständigkeit davon abhing, ob die zu bewertende Leistung in einer einheitlichen - sowohl ärztliche als auch nichtärztliche Leistungsanteile sowie Sachkosten umfassende - GOP zusammengefasst war oder eine Aufspaltung in ärztliche Leistungen und Sachkosten erfolgte. So hätte es der BewA in der Hand gehabt, Regelungen der BMV-Partner dadurch die Grundlage zu entziehen, indem er für Laborleistungen - wie vor der Laborreform 1999 - jeweils einheitliche Leistungspositionen unter Einbeziehung der Kostenanteile eingeführt und diese in Punkten bewertet hätte.

38 Der Gesetzgeber hat im Übrigen zwischenzeitlich reagiert und durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz *(<GKV-VSG> vom 16.7.2015, BGBl I 1211, 1219)* mit Wirkung zum 23.7.2015 eindeutige Regelungen geschaffen, die dem BewA auch die Bewertung der Sachkosten

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

ermöglichen. So wurde § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V dahingehend ergänzt, dass durch den BewA ein EBM-Ä "einschließlich der Sachkosten" zu vereinbaren ist. Hierdurch soll nach der Gesetzesbegründung *(Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-VSG, BT-Drucks 18/4095 S 93 zu § 87)* die bislang zwischen dem BewA und - soweit Sachkostenpauschalen betroffen sind - den BMV-Partnern geteilte Zuständigkeit für die bundeseinheitlich zu entscheidenden Fragen der vertragsärztlichen Vergütung gebündelt werden. Die inhaltliche Beschreibung und Bewertung dieses Leistungssegments solle künftig durch den BewA bestimmt werden, der dabei durch das Institut des BewA unterstützt werde. Zudem wurde - als Folge der Übertragung der Zuständigkeit für Entscheidungen zur Inhaltsbestimmung und wirtschaftlichen Bewertung der abrechnungsfähigen Sachkosten an den BewA *(Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-VSG, BT-Drucks 18/4095 S 93 f zu § 87)* - in § 87 Abs 2 SGB V, der den Inhalt des Bewertungsmaßstabs beschreibt, ein neuer Satz 4 angefügt. Danach kann die Bewertung der Sachkosten abweichend von § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V in Euro-Beträgen bestimmt werden. Die gesetzliche Neuregelung belegt, dass die bisher von den BMV-Partnern wahrgenommene gesonderte Kompetenz zur Bewertung der Sachkosten vor allem den verbreitet gesehenen rechtlichen Unsicherheiten zur Bewertungsbefugnis bei Sachkosten geschuldet war.

39 (bb) Hinzu kommt, dass die BMV-Partner in Bezug auf die Bewertung der Kostenerstattungen und Kostenpauschalen für Laborleistungen - anstelle des hierfür im Grundsatz zuständigen BewA - leistungsbewertend tätig geworden sind. Ihre Regelungen stehen insoweit den vom BewA vorgenommenen Leistungsbewertungen gleich, wie auch die vorstehend dargestellte Gesetzesänderung belegt. Daher unterliegen auch sie - nicht anders als die in Punkten ausgedrückten Bewertungen bei GOP für ärztliche Leistungen - dem Einfluss von Honorarverteilungsregelungen.

40 Der Senat hat in ständiger Rechtsprechung betont, dass es keinen generellen Vorrang der Bestimmungen des EBM-Ä gegenüber den Regelungen der Honorarverteilung gibt *(vgl - zusammenfassend - BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 37 ff)*: Soweit sich in der Rechtsprechung des BSG Aussagen finden, dass Honorarverteilungsmaßstäbe nicht gegen die Vorschriften des Bewertungsmaßstabs verstoßen dürfen *(BSGE 86, 16, 25 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 124)* bzw auf die sich aus der Normhierarchie ergebende Vorrangigkeit der vom BewA getroffenen Regelungen verwiesen wird *(vgl BSGE 105, 236 = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 24; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 19)*, gilt dies allein dann, wenn der Bewertungsmaßstab selbst Regelungen enthält, die sich auf die Honorarverteilung - insbesondere durch dort normierte honorarbegrenzende Regelungen - auswirken sollen. Im Übrigen gilt weiterhin, dass die gesetzlichen Vorschriften keine Bindung der Honorarverteilung an den Bewertungsmaßstab vorsehen *(siehe schon BSGE 73, 131, 134 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 22)*.

41 Regelungen des Bewertungsmaßstabs über die Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen bewirken danach keine generelle Bindung der Normgeber der Honorarverteilung. Art und

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Umfang der Leistungen, wie sie im EBM-Ä festgelegt sind, bilden nicht das alleinige Verteilungskriterium; vielmehr können die KÄVen 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 EBM-Ä abgewichen wird *(BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 38 unter Hinweis auf BSGE 73, 131, 134 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 22; BSGE 76, 6, 10 = SozR 3-2500 § 121 Nr 1 S 5)*.

42 Die für die Honorarverteilungsregelungen zuständigen Normgeber - im streitgegenständlichen Zeitraum waren dies zum einen auf regionaler Ebene die Gesamtvertragspartner, zum anderen der BewA als vom Gesetzgeber durch § 87b SGB V aF zum Erlass von Vorgaben für die Honorarverteilung bestimmtes Selbstverwaltungsgremium - sind daher im Rahmen des ihnen zustehenden Gestaltungsspielraums grundsätzlich berechtigt, auch solche Regelungen zu erlassen, die im Ergebnis dazu führen, dass die Bewertungen und Relationen des EBM-Ä verändert werden; insofern gilt für die Quotierung nichts anderes als für Honorartöpfe bzw Honorarkontingente. Daher durfte der BewA - in seiner ihm durch § 87b SGB V aF zugewiesenen Funktion - die regionalen Vertragspartner dazu ermächtigen, durch Regelungen der Honorarverteilung (auch) die Leistungsbewertungen der BMV-Partner zu modifizieren. Offenbleiben kann, ob die regionalen Vertragspartner seinerzeit auch ohne ausdrückliche Ermächtigung durch den BewA eine Quotierung der Kostenerstattungen bei Laborleistungen hätten vorsehen dürfen.

43 (2) Auch für Kostenerstattungen und Kostenpauschalen gilt der Grundsatz, dass angesichts begrenzter Gesamtvergütungen kein Leistungsbereich generell von Steuerungsmaßnahmen ausgenommen werden kann.

44 (a) Die Notwendigkeit, steuernd einzugreifen, wenn die erbrachte Leistungsmenge das hierfür vorgesehene Vergütungsvolumen übersteigt, ergibt sich schon aus dem Umstand, dass auch unter der Geltung der neuen Vergütungssystematik die MGV der Höhe nach begrenzt war *(siehe hierzu BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 26 ff)*. Dies betrifft alle Leistungsbereiche, nicht zuletzt auch die Kostenerstattungen und Pauschalkosten nach den Kapiteln 32 und 40 EBM-Ä, da diese ebenfalls aus der MGV zu vergüten waren.

45 Die Kostenerstattungen nach Kapitel 32 EBM-Ä (sowie die Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM-Ä) waren zwar in dem hier maßgeblichen Zeitraum nicht Gegenstand der RLV im Sinne des § 87b Abs 2 SGB V aF; abgesehen davon, dass Laborärzte nicht zu den für RLV relevanten Arztgruppen gehörten *(vgl hierzu Anlage 1 Nr 4 zu Teil F des Beschlusses des Erweiterten BewA vom 27./28.8.2008, DÄ 2008, A-1994 f)*, war in Teil F Nr 2.2 iVm der Anlage 2 Nr 2 zu Teil F des Beschlusses des Erweiterten BewA vom 27./28.8.2008 *(DÄ 2008, A-1995 f)* ausdrücklich bestimmt, dass Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM-Ä sowie Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM-Ä nicht dem RLV unterliegen. Sie waren

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

(und sind) jedoch Bestandteil der MGV im Sinne des § 87a Abs 3 Satz 1 SGB V: Gemäß § 87a Abs 3 Satz 1 SGB V wird die MGV "für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten" vereinbart. Eine Vergütung von Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung ist nur zulässig, soweit dies das Gesetz ausdrücklich vorsieht *(BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 61)*. Dies ist - neben unvorhergesehenen Mehrleistungen *(§ 87a Abs 3 Satz 4 SGB V)* - gemäß § 87a Abs 3 Satz 5 SGB V bei den dort *(in Halbsatz 1)* aufgeführten Substitutionsleistungen der Fall. Darüber hinaus ermächtigt Halbsatz 2 aaO die Gesamtvertragspartner, unter bestimmten Voraussetzungen weitere Leistungen außerhalb der MGV zu vergüten. Eine entsprechende Vereinbarung in Bezug auf Kostenerstattungen nach Abschnitt 32.2 EBM-Ä haben die - hierfür allein zuständigen - Gesamtvertragspartner jedoch ersichtlich nicht getroffen.

46 Wie der Senat bereits mit Urteil vom 17.7.2013 *(B 6 KA 45/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 4)* entschieden hat, verbietet sich bei begrenzter Gesamtvergütung eine isolierte Betrachtung der Honorierung der freien Leistungen *(aaO RdNr 24)*. Der Senat hat *(aaO RdNr 26)* betont, dass eine vom BewA den Gesamtvertragspartnern ermöglichte Mengensteuerung der nicht vom RLV erfassten Leistungen der Sicherung einer insgesamt "angemessenen" Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen diene. Eine feste, begrenzte Gesamtvergütung schließe die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus. Mengenbegrenzungen oder Quotierungen seien unvermeidlich, und jeder Garantiepreis für bestimmte, mengenmäßig nicht begrenzte Leistungen führe bei entsprechender Mengenentwicklung zwangsläufig zu einer Absenkung der Vergütung anderer Leistungen. Diese Beurteilung liege der Rechtsprechung des Senats zu den festen Punktwerten im Sinne von § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V aF zugrunde, wonach die Festlegung von "absolut" festen Punktwerten von vornherein ausgeschlossen sei, weil bei gedeckelter Gesamtvergütung die Vorgabe fester Punktwerte nur dadurch ermöglicht werde, dass entweder die RLV bzw Grenzwerte so (niedrig) bemessen werden, dass die gezahlten Gesamtvergütungen ausreichen, um alle erfassten Leistungen mit dem vorgesehenen Punktwert zu vergüten, oder dass dies zu Lasten der "freien Leistungen" gehe *(BSG aaO)*.

47 Auch in seinem Urteil vom 11.12.2013 *(B 6 KA 6/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 29)* hat der Senat klargestellt, dass das Grundsystem der Vergütung der Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen durch die Krankenkassen mit einem - steigenden, aber grundsätzlich festen - Betrag nicht durchweg kompatibel mit der Vorstellung ist, eine bestimmte, den Großteil der vertragsärztlichen Leistungen auf einem bestimmten Fachgebiet umfassende Leistungsmenge je Fall mit festen Preisen zu vergüten *(aaO RdNr 21)*, und dass eine Vergütung mit festen Euro-Beträgen danach nur in dem Idealfall in Betracht kommt, in dem das zur Verteilung benötigte Vergütungsvolumen der Summe der gesamtvertraglich vereinbarten Gesamtvergütungen entspräche *(aaO RdNr 28)*. Dass sich namentlich bei abweichender Mengenentwicklung zwangsläufig Vergütungsabsenkungen ergäben, sei letztlich unvermeidbar, weil angesichts insgesamt begrenzter Mittel eine "Auffüllung" der fehlenden Vergütungsanteile nur zu Lasten der

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

übrigen Arztgruppen oder der freien Leistungen erfolgen könnte *(aaO RdNr 28)*. Daher gehe die Annahme fehl, dass mit dem EBM-Ä eine "absolute" Vergütungshöhe vorgegeben werde, der sich alle übrigen Regelungen unterzuordnen hätten, denn das Gesetz gehe weiterhin von der Notwendigkeit aus, bei der Verteilung der Gesamtvergütungen regulierend einzugreifen *(aaO RdNr 30)*.

48 (b) Erst recht ergibt sich die Notwendigkeit, alle innerhalb der MGV zu vergütenden "freien" Leistungen (ggf) einer Steuerung zu unterziehen, mit Blick auf das System der RLV. Ein RLV soll nach seiner gesetzlichen Definition einer bestimmten Leistungsmenge entsprechen, die mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird *(§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V aF)*. Innerhalb eines RLV werden die typischen und speziellen Leistungen einer Arztgruppe honoriert *(BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 26 mwN; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 22)*.

49 Das System der RLV beeinflusst auch die Vergütung solcher Leistungen, die nicht Bestandteil der RLV sind, wie die sogenannten "freien" Leistungen. Wenn diese ohne Steuerungs- oder Begrenzungsmöglichkeiten vergütet werden müssten, hätte das erhebliche Auswirkungen auf die Vergütung der in das RLV der jeweiligen Arztgruppen fallenden und gleichermaßen aus der MGV zu vergütenden Leistungen *(BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 18)*. Diese unmittelbare Konsequenz der verbindlichen Einführung eines Systems von RLV zum 1.1.2009 durch den Gesetzgeber des GKV-WSG erfasst auch die innerhalb der MGV zu honorierenden Kosten für Laborleistungen und Kostenpauschalen. Je höher der Anteil der darauf entfallenden Vergütungen ist, desto niedriger fallen die RLV aus.

50 Angesichts begrenzter Gesamtvergütung setzt das System der RLV daher eine Quotierung voraus *(so schon BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 26)*. Würden die "freien Leistungen" ohne Quotierung vergütet, hätte dies zur Folge, dass der auf diesen Teil der Leistungen entfallende Anteil der Gesamtvergütung für die innerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen nicht mehr zur Verfügung stünde. Weder eine angemessene Honorierung dieser in das RLV fallenden Leistungen noch eine gewisse Kalkulationssicherheit wären gewährleistet, wenn die freien Leistungen vorab unbegrenzt vergütet würden, sodass im Extremfall, also bei zu geringen RLV auch die Funktionsfähigkeit des Systems der RLV insgesamt beeinträchtigt sein könnte *(BSG aaO)*.

51 (c) Nach alledem liegt es daher eher fern, dass der Gesetzgeber, der dem BewA in § 87b SGB V aF die Befugnis zur Umsetzung der gesetzgeberischen Konzeption einer Vergütung nach RLV übertragen hatte, dabei einen ausgaberelevanten Bereich, nämlich die Kostenerstattungen für Laborleistungen (sowie die Kostenpauschalen), ausgenommen hätte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber mit dem Zusammenwirken der zum 1.1.2009 wirksam gewordenen Regelungen des § 87a Abs 3 SGB V (MGV) und § 87b Abs 2 und 4 SGB V aF (RLV) den BewA in den Stand setzen wollte, den Gesamtvertragspartnern ein lückenloses System der auf die RLV ausgerichteten Vergütung vorzugeben. Mit diesem System sind

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Leistungen, die ohne Mengenbegrenzung und ohne Preissteuerung zwingend mit festen Punktwerten oder festen Euro-Beträgen vergütet werden müssen, kaum vereinbar.

52 c. Von der Ermächtigung, außerhalb der RLV zu vergütende Leistungen betreffende Vorgaben zu erlassen, ist auch die Befugnis des BewA umfasst, für einzelne - definierte - Regelungsbereiche von detaillierten Vorgaben abzusehen und die regionalen Vertragspartner zur näheren Ausgestaltung und Umsetzung zu ermächtigen. Ohnehin gilt, dass der Begriff der "Vorgaben" verlassen wird, wenn der BewA Regelungen erlässt, die für die regionalen Vertragspartner verbindlich sein sollen *(siehe BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 37 ff)*. Die Regelung, dass sich die regionalen Vertragspartner über das Verfahren bei einer Überschreitung einigen sollen, hält sich daher gerade im Rahmen von "Vorgaben", weil diese zwar einen Regelungsauftrag erhalten, ihnen jedoch nicht verbindlich vorgegeben wird, in welcher Form diese "Einigung" bei einer Überschreitung des Vergütungsvolumens zu erfolgen hat *(in diesem Sinne schon BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 19)*.

53 Die regionalen Vertragspartner sind auch zutreffender Adressat der Ermächtigung, da sie (im maßgeblichen Zeitraum) ungeachtet bundeseinheitlicher Vorgaben weiterhin zum Erlass normativer Vorgaben für die Honorarverteilung ermächtigt und verpflichtet waren: Gemäß § 85 Abs 4 Satz 1 iVm Satz 2 SGB V aF hatten die KÄVen die Honorare unter Anwendung der mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen vereinbarten Verteilungsmaßstäbe zu verteilen. Ohnehin kann davon ausgegangen werden, dass die regionalen Vertragspartner umfassende Kenntnisse der regionalen Versorgungsstrukturen haben und daher am besten beurteilen können, welche konkreten Maßnahmen geeignet sind.

54 4. Die Quotierung von Kostenerstattungen und Kostenpauschalen ist auch im Übrigen rechtmäßig *(zur Situation bei Laborgemeinschaften siehe noch unter C.)*:

55 a. In der Sache bewirkt die Quotierungsvorschrift die Bildung eines leistungsbezogenen Honorarkontingentes; vergleichbare Steuerungsinstrumente hat das BSG sowohl für einzelne Fachgruppen und Leistungsbereiche als auch für Mischsysteme - teilweise nach Arztgruppen und teilweise nach Leistungsbereichen - als rechtmäßig angesehen *(stRspr des BSG, grundlegend BSGE 83, 1, 2 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 26 S 184; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 31-33)*. Dass Steuerungsmaßnahmen auch bei Laborpraxen zulässig sind, entspricht ebenfalls ständiger Rechtsprechung des Senats: Danach dürfen auch Laborärzte trotz ihrer Bindung an den Überweisungsauftrag einer Mengensteuerung unterzogen werden *(vgl zB BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 24 S 164 ff; BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr 13, RdNr 50 f; BSG Beschluss vom 28.10.2009 - B 6 KA 15/09 B - Juris RdNr 9 mwN)*.

56 Auch verfängt das Argument nicht, dass die Quotierung überhaupt keine "Steuerungsmaßnahme" darstelle, weil sie sich erst nachträglich auswirke. Der Begriff der "Steuerung" ist nicht in dem Sinne beschränkt, dass hiervon nur Maßnahmen erfasst werden, die sich unmittelbar auf

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

das ärztliche Behandlungs- bzw Abrechnungsverhalten auswirken. Steuerungscharakter haben etwa auch die Maßnahmen, die - nachträglich - verhindern, dass das Verhalten einer Arztgruppe zu Lasten anderer Arztgruppen geht: So wirkt sich jedes einer Arztgruppe zugewiesene Vergütungsvolumen ("Honorartopf" bzw Honorarbudget) in diesem Sinne erst "nachträglich" aus, weil erst nach Abschluss des Quartals feststeht, in welchem Umfang das Vergütungsvolumen überschritten wurde.

57 b. Einer Quotierung der Laborleistungen steht auch nicht entgegen, dass damit einige der mit der Laborreform 1999 verfolgten Ziele verfehlt werden.

58 Die Laborreform beruhte, wie der Senat in seinem Urteil vom 11.10.2006 *(B 6 KA 46/05 R - BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr 13, RdNr 29)* dargelegt hat, nicht zuletzt darauf, dass die in den Jahrzehnten zuvor praktizierte Vergütung auf der Grundlage von Punkten zur Folge hatte, dass das Honorar der Laborärzte von der Höhe des Punktwertes der einzelnen KÄV im jeweiligen Quartal abhing. Das hatte sich bei Leistungen, die einen hohen technischen Anteil haben und dementsprechend sehr kostenintensiv sind, als problematisch erwiesen, weil kurzfristige Punktwertschwankungen bei unveränderter Leistungsstruktur und Leistungsmenge die Kostenkalkulation in den laborärztlichen Praxen erschwerten. Zudem lösten die unterschiedlichen Punktwerte in den KÄV-Bezirken Versendeströme von Präparaten aus, die allein auf das Bestreben zurückzuführen waren, die Leistungen dort abzurechnen, wo die höchsten Punktwerte zu erwarten waren. Die Laborreform und die damit verbundene Umstellung der Vergütung der technisch-analytischen Leistungen auf feste DM- bzw Euro-Beträge hat nach der in dieser Entscheidung zum Ausdruck gebrachten Auffassung des Senats für die Laborärzte ein hohes Maß an Kosten- und Kalkulationssicherheit geschaffen, weil sie mit Eingang einer Laboranforderung bzw der Einsendung einer Probe wissen, welche Vergütung ihnen insoweit zusteht; das hat nur dadurch erreicht werden können, dass zu einem bestimmten Stichtag jedem Laborparameter ein eigener Erstattungsbetrag zugeordnet worden ist *(BSG aaO)*.

59 Zutreffend ist daher, dass infolge einer quotierten Vergütung der Laborleistungen und daraus ggf resultierender unterschiedlicher Vergütungssätze je nach KÄV-Bezirk das Ziel, die durch die Möglichkeit des KÄV-übergreifenden Versandes von Probenmaterial entstandenen Probleme *(vgl Mitteilungen der KÄBV zur Weiterentwicklung des EBM-Ä, DÄ 1999, A-65)* durch bundeseinheitliche (DM- bzw Euro-)Kostensätze zu entschärfen, verfehlt werden kann; dies ist allerdings in Anbetracht der für eine Quotierung streitenden Erwägungen hinzunehmen. Im Übrigen hat sich dies Problem dadurch entschärft, dass die Vertragspartner für spätere als die hier betroffenen Zeiträume eine bundeseinheitliche Laborquote Q für Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM-Ä festgelegt haben *(siehe hierzu Rompf, ZMGR 2014, 3, 4 f)*.

60 Ebenfalls trifft es zu, dass in den KÄVen, in denen es zu einer Quotierung der Laborleistungen gekommen ist, auch die angestrebte Kosten- und Kalkulationssicherheit nicht mehr in vollem Umfang gegeben ist, weil die - quotierte - Höhe der Erstattungen erst im Nachhinein feststeht.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Allerdings sind die genannten Ziele der Laborreform nicht in dem Sinne "unverrückbar", dass sie nicht durch andere - ihrerseits rechtmäßige - Maßnahmen relativiert oder aufgehoben werden dürften. Wie bereits dargelegt, hätten "Garantiepreise" für bestimmte Arztgruppen oder GOP im Rahmen einer begrenzten MGV zur Folge, dass dies zu Lasten anderer Arztgruppen oder Leistungsbereiche ginge; garantierte "Preise" im Bereich der "freien" Leistungen hätten Auswirkungen gerade auf den Bereich der "Regelleistungen". Innerhalb einer begrenzten Gesamtvergütung hat das Ziel der Kalkulationssicherheit daher nur "relative" Bedeutung: Die Maßnahmen sind darauf auszurichten, dieses Ziel zu erreichen, sofern dem die Begrenztheit des zur Verteilung zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens nicht entgegensteht.

61 Im Übrigen darf nicht außer Betracht bleiben, dass die genannten Ziele - Verhinderung von Versendeströmen, Kalkulationssicherheit - die Laborreform zwar mit geprägt haben, jedoch ihr wesentlicher Zweck darin bestand, Anreize für eine wirtschaftliche Erbringung der Leistungen zu schaffen *(siehe BSG SozR 4-2500 § 121 Nr 2 RdNr 27 mwN)*.

62 c. Die Klägerin kann ihre Argumentation auch nicht auf den Beschluss des Senats vom 23.5.2007 *(B 6 KA 91/06 B)* stützen, in dem der Senat eine Nichtzulassungsbeschwerde gegen eine die Quotierung von Pauschalerstattungen für unzulässig erklärende Entscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen zurückgewiesen und ausgeführt hatte, "jedenfalls die Versandpauschalregelung nach Nr 7103 des vertraglich vereinbarten Kapitels U zum EBM-Ä" *(jetzt Nr 40100 EBM-Ä)* gebe den betroffenen Ärzten einen Anspruch auf den dort festgesetzten DM-Betrag. Die Grundsätze des Beschlusses des Senats vom 23.5.2007 zu Quartalen aus den Jahren 1997/1998 können - unabhängig von der Frage, ob sie auch auf Kostenerstattungen nach Kapitel 32 EBM-Ä anzuwenden gewesen wären - nicht ohne Weiteres auf Zeiträume ab dem 1.1.2009 übertragen werden, für die kraft Gesetzes ein System der RLV innerhalb der MGV galt. Auch wenn sich durch die gesetzgeberische Neujustierung des Vergütungssystems zum 1.1.2009 das Grundproblem eines begrenzten Volumens für eine im Grundsatz unbegrenzte Leistungsmenge nicht fundamental gegenüber den Jahren 1997/1998 geändert hat, hat der BewA mit seinem auf einer gesetzlichen Ermächtigung beruhenden Beschluss vom 26.3.2010 die prinzipiell gegenläufigen Zielsetzungen einer gleichmäßigen Vergütung aller ärztlichen Leistungen und von Kalkulationssicherheit für diejenigen Ärzte, deren Kosten zu einem relevanten Teil über Kostenerstattungen finanziert werden, anders gewichtet als der Senat im Jahre 2007. Das ist hinzunehmen; ein bundesrechtlicher Grundsatz auf der Ebene des Gesetzesrechts, dass Kostenerstattungen und Kostenpauschalen nie quotiert werden dürfen, existiert zur Überzeugung des Senats nicht.

63 d. Der Ermächtigung zur Quotierung der Kostenerstattungen bei Laborleistungen (und ihrer Umsetzung durch die regionalen Vertragspartner) steht schließlich auch nicht entgegen, dass etwa Dialysesachkosten keiner entsprechenden Quotierung unterworfen wurden. Abgesehen davon, dass dem BewA bzw den HVV-Partnern als Normgebern gewisse Gestaltungsspielräume zustehen, rechtfertigt sich eine abweichende Behandlung der Dialysesachkosten bereits

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

dadurch, dass nichtärztliche Dialyseleistungen regelmäßig außerhalb der MGV vergütet werden. In der Vergangenheit war dies durch § 85 Abs 3a Satz 4 SGB V aF zwingend vorgegeben *(siehe hierzu auch BSG SozR 4-2500 § 81 Nr 4 RdNr 37)*; nach geltendem Recht wird eine Herausnahme durch § 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V ermöglicht. Auch in Bezug auf die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen bestehen Besonderheiten, die eine Ausnahme aus der Quotierung rechtfertigen.

64 C. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist eine Quotierung auch dann zulässig, wenn die Leistungen von Laborgemeinschaften erbracht und abgerechnet werden.

65 1. Zutreffend ist, dass - jedenfalls im hier maßgeblichen Zeitraum - für die Abrechnung und Vergütung der im Abschnitt 32.2 EBM-Ä aufgeführten Kostenerstattungen für laboratoriumsmedizinische Leistungen im Rahmen allgemeiner Laboratoriumsuntersuchungen gewisse Besonderheiten bestanden, wenn diese Leistungen durch Laborgemeinschaften erbracht werden. Diese ergeben sich aus § 25 BMV-Ä (bzw § 28 EKV-Ä) in der ab dem 1.10.2008 geltenden Fassung *(DÄ 2008, A-912)*, aus der Vorbemerkung zum Abschnitt 32.2 EBM-Ä sowie aus der Verfahrensrichtlinie der KÄBV.

66 Gemäß § 25 Abs 3 Satz 1 BMV-Ä *(bzw § 28 Abs 3 Satz 1 EKV-Ä)* kann der behandelnde Vertragsarzt bei laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen die Befunderhebung aus einer Laborgemeinschaft beziehen, deren Mitglied er ist; dabei rechnet er die Analysekosten gemäß dem Anhang zum "Kapitel" 32.2 EBM-Ä durch seine Laborgemeinschaft ab *(§ 25 Abs 3 Satz 2 BMV-Ä bzw § 28 Abs 3 Satz 2 EKV-Ä)*. Gemäß § 25 Abs 3 Satz 4 BMV-Ä *(bzw § 28 Abs 3 Satz 4 EKV-Ä)* erfolgt die Abrechnung auf der Basis der bei der Abrechnung nachzuweisenden Kosten der Laborgemeinschaft, höchstens jedoch nach den Kostenansätzen des Anhangs zum "Kapitel" 32.2 EBM-Ä. In Übereinstimmung mit diesen bundesmantelvertraglichen Regelungen wird in der Vorbemerkung zum Abschnitt 32.2 des EBM-Ä unter Ziff 1 Satz 2 bestimmt: "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)". Satz 3 aaO ergänzt: "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."

67 Aufgrund der "Verfahrensrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V zur Umsetzung des Kostennachweises von Laborgemeinschaften nach § 28 Abs. 3 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen/§ 25 Abs. 3 des Bundesmantelvertrages-Ärzte" *(DÄ vom 18.6.2010, A 1228)* sind die Laborgemeinschaften verpflichtet, neben den Quartalsabrechnungen der KÄV bzw - im Falle ihrer Beauftragung der KÄBV - eine Gewinn- und Verlustrechnung vorzulegen *(Nr 1)*. Die KÄV bzw KÄBV überprüft ua die Höhe der

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

abgerechneten Kosten *(Nr 2)*; ggf macht die KÄV entsprechende Rückforderungen geltend *(Nr 5)*.

68 2. Der Auffassung, dass sich aus diesen Regelungen ergebe, dass die Quotierung der Kostensätze bei der Leistungserbringung durch eine Laborgemeinschaft ausgeschlossen ist, folgt der Senat nicht.

69 a. Dem steht schon entgegen, dass die Begrenzung auf die tatsächlichen Kosten nicht zur Anwendung gekommen ist. Die Regelung, dass die Abrechnung der Analysekosten "auf der Basis der bei der Abrechnung nachzuweisenden Kosten der Laborgemeinschaft, höchstens jedoch nach den Kostensätzen des Anhangs zum Kapitel 32.2 EBM-Ä" erfolgt, begrenzt die berechnungsfähigen Analysekosten auf die der Laborgemeinschaft tatsächlich entstandenen Kosten, wirkt sich aber entgegen der Auffassung der Klägerin nicht aus, wenn eine Laborgemeinschaft nach den Kostensätzen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä abrechnet, weil entweder ihre Kosten ohnehin höher sind oder die Beklagte auf den Nachweis der tatsächlichen Kosten verzichtet.

70 Im vorliegenden Verfahren haben Klägerin und Beklagte übereinstimmend erklärt, dass es nicht zu Rückforderungen gekommen ist, sondern die Klägerin eine Vergütung in Höhe der - wenn auch quotierten - Erstattungssätze nach dem Kapitel 32 EBM-Ä erhalten hat. Entsprechende Erklärungen sind in den übrigen zur Entscheidung durch den Senat anstehenden Verfahren abgegeben worden. Dem Senat ist kein Fall bekannt, in dem es zu einer Umsetzung der vorgenannten Sonderregelungen der Art gekommen ist, dass die zunächst nach den (ggf quotierten) Sätzen des Kapitels 32 EBM-Ä geleisteten Kostenerstattungen nachträglich unter Berufung auf niedrigere tatsächliche Kosten teilweise zurückgefordert wurden.

71 Konsequenter Weise haben die Vertragspartner des BMV die im BMV-Ä vorgeschriebene Abrechnung auf der Basis der nachzuweisenden Kosten mit Wirkung ab 1.7.2014 - vorerst bis zum 31.12.2017 - ausgesetzt *(DÄ 2014, A-1268)*; der BewA hat die Nr 1 und 2 der Präambel zum Abschnitt 32.2 EBM-Ä entsprechend angepasst *(siehe DÄ 2014, A-1382)*.

72 Eine Besserstellung der Laborgemeinschaften in dem Sinne, dass diese von einer Quotierung der im Kapitel 32 EBM-Ä aufgeführten Kostenerstattungsbeträge ausgenommen werden - und damit eine Ungleichbehandlung gegenüber den Laborpraxen, die eine Quotierung hinnehmen müssen - kann aber nicht mit einer für Laborgemeinschaften geltenden Sonderregelung gerechtfertigt werden, wenn diese Regelung nicht praktisch relevant geworden ist: Erfolgt die Vergütung der von Laborgemeinschaften erbrachten laboranalytischen Leistungen ebenso wie bei den Laborpraxen regelhaft nach den im Kapitel 32 EBM-Ä aufgeführten Kostensätzen, ist nicht ansatzweise erkennbar, warum beide Gruppen in Bezug auf die Quotierung der Kostensätze unterschiedlich behandelt werden sollten.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

73 b. Aber auch unabhängig von der fehlenden praktischen Relevanz der für Laborgemeinschaften geltenden Sonderregelungen sind Kostenerstattungen nach Kapitel 32 EBM-Ä nicht von jeder Quotierung freigestellt, wenn sie von einer Laborgemeinschaft geltend gemacht werden.

74 Der Umstand, dass - zumindest dem Wortlaut des § 25 Abs 3 BMV-Ä aF nach - Laborgemeinschaften Kosten nur in der tatsächlich entstandenen Höhe berechnen können, hat keinen rechtlich relevanten Bezug zur der Frage, ob dann, wenn nach Höchstsätzen abgerechnet wird, quotiert werden darf. Kosten für Laborleistungen können in dem auf § 87b SGB V beruhenden System von MGV und RLV nicht generell von einer Begrenzung ausgenommen werden, wenn dieses System funktionieren soll. Dürften bestimmte Anteile der Kosten - nämlich die, die über Laborgemeinschaften und nicht von Laborärzten abgerechnet werden -, generell nicht quotiert werden, könnte das die Rechtfertigung der Quotierung insgesamt in Frage stellen: Wären zB 2/3 der Kosten bei Laborgemeinschaften angefallen und allein deshalb von einer Quotierung auszunehmen, könnte entweder das Ziel der Quotierung nicht erreicht werden oder die mit der Quotierung verbundenen Auswirkungen gingen vollständig zu Lasten der Laborärzte. Diese müssten dann mit dem Vergütungsvolumen für nur 1/3 der Leistungen wirtschaftlich die vollen Auswirkungen der Quotierung tragen, was Quoten selbst von ca 90 % völlig unerreichbar machen würde.

75 Für die damit zwangsläufig verbundene Ungleichbehandlung von Leistungserbringern, die identische Leistungen anbieten, müsste ein nahezu zwingender rechtfertigender Grund vorliegen, den es indessen nicht gibt. Ziel der zum 1.10.2008 eingeführten Direktabrechnung durch die Laborgemeinschaft und die gleichzeitig eingeführte Begrenzung der Vergütung auf die der Laborgemeinschaft tatsächlich entstandenen Kosten bestand wesentlich darin, Kick-Back-Modelle zwischen den in Laborgemeinschaften zusammengeschlossenen Ärzten und Laborärzten zu unterbinden *(siehe hierzu BSG Urteil vom 13.5.2015 - B 6 KA 27/14 R - SozR 4-5540 § 25 Nr 1 RdNr 26 mwN)*. Diese Regelung ist historisch älter als der Beschluss des BewA vom 26.3.2010 und steht mit diesem in keinem Zusammenhang. Deshalb verhält sich die Vorschrift über die Deckelung der Kosten auch nicht von vornherein zu dem typischen Fall der Abrechnung einer Laborgemeinschaft nach Höchstsätzen. Ihr ist deshalb nichts zu entnehmen, was dafür spricht, eine Laborgemeinschaft, die - wie jeder Laborarzt - tatsächlich nach Höchstsätzen abgerechnet hat, von einer Quotierung auszunehmen, nur weil sie hat nachweisen müssen, dass ihr die abgerechneten Kosten tatsächlich entstanden sind. Diese Nachweispflicht dient der Vorbeugung gegen bestimmte missbräuchliche Konstruktionen in der Vergangenheit und ist - als solche - eine mit Art 3 Abs 1 GG vereinbare Ungleichbehandlung der Laborgemeinschaften. Die Vorstellung, eine Laborgemeinschaft müsse wegen dieser - offensichtlich nicht praktisch gewordenen - Belastung gleichsam kompensatorisch von der ganz anders begründeten Quotierung ihrer Vergütungen, die nach Höchstsätzen abgerechnet worden sind, freigestellt werden, liegt fern.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

76 Die Klägerin kann auch nichts daraus herleiten, dass Laborgemeinschaften nach Ziff 1 Satz 2 der Vorbemerkung zum Abschnitt 32.2 EBM-Ä "Anspruch" auf Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten haben. Der Wendung "Anspruch" kann nicht entnommen werden, dass damit ein unbedingtes, unabänderbares Recht auf Erstattung der tatsächlichen Kosten in eben dieser Höhe statuiert werden sollte; nach dem Sinn und Zweck der Regelung dient diese vielmehr allein der Begrenzung der Kostenerstattungen. Ein "Anspruch" besteht somit nur in dem durch gesetzliche und untergesetzliche Normen bestimmten Umfang.

77 Fraglich kann danach allein sein, ob die Anteile der Forderung einer Laborgemeinschaft, die der Differenz zwischen der Abrechnung nach Höchstsätzen und der nach tatsächlichen Kosten entsprechen, von der Quotierung auszunehmen sind, ob also die Quotierung erst einsetzen kann, wenn die Summe erreicht ist, die sich bei der Abrechnung nach Höchstsätzen ergeben würde. Darüber ist hier jedoch nicht zu entscheiden.

78 D. Soweit die Klägerin im Revisionsverfahren zusätzlich geltend gemacht hat, sie habe unabhängig von einem Nachweis der tatsächlich entstandenen Kosten immer Anspruch auf eine Vergütung der laboranalytischen Leistungen zu den in Abschnitt 32.2 EBM-Ä festgesetzten Euro-Beträgen, weil die entsprechenden Regelungen wegen eines strukturellen Vollzugsdefizits unanwendbar seien, kann dahingestellt bleiben, ob hierin überhaupt eine zulässige Erweiterung des Revisionsvorbringens läge. Denn jedenfalls ist die Klägerin durch die für die Abrechnung der Leistungen durch Laborgemeinschaften geltenden Sonderregelungen nicht (mehr) beschwert, weil die Beklagte erklärt hat, von einer auf diese Regelungen gestützten Nachforderung abzusehen.

79 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff VwGO. Danach hat die Klägerin die Kosten des erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen *(§ 154 Abs 2 VwGO)*.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS