

## S 12 KA 551/17 WA

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 551/17 WA

Datum

01.10.2019

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Gerichtsbescheid

Leitsätze

Die Vergütung von humangenetischen Leistungen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist bei Auszahlungsquoten für Leistungen der Kapitel 11.3 und 11.4 EBM von 74,925 % (I/12), 53,380 % (II/12), 39,657 % (III/12), 40,978 % (IV/12), 69,264 % (I/13 ) 60,000 % (II/13) und 79,602 % (IV/13) nicht zu beanstanden. Die KV Hessen ist ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht durch Einführung einer Quotierungsuntergrenze von 60 % ab dem Quartal I/13 hinreichend nachgekommen (Festhalten an SG Marburg, Urt. v. 11.04.2018 - [S 12 KA 95/15](#), S 12 KA 114 bis 117 u. 121/15 - juris).

Bemerkung

verb m. S 12 KA 552 b. 554, 101 b. 103/17 WA

1. Die Klagen werden abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird

für das Verfahren mit Az.: [S 12 KA 551/17 WA](#) auf 41.000 EUR,

für das Verfahren mit Az.: [S 12 KA 552/17 WA](#) auf 104.000 EUR,

für das Verfahren mit Az.: [S 12 KA 553/17 WA](#) auf 217.000 EUR

für das Verfahren mit Az.: [S 12 KA 554/17 WA](#) auf 159.000 EUR,

für das Verfahren mit Az.: [S 12 KA 101/17 WA](#) auf 72.000 EUR,

für das Verfahren mit Az.: [S 12 KA 102/17 WA](#) auf 112.000 EUR und

für das Verfahren mit Az.: S 12 KA 103/17 WA auf 46.000 EUR

festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die sieben Quartale I/12 bis I/13 sowie III und IV/13.

Die Klägerin ist seit dem 01.08.2009 als Fachärztin für Humangenetik zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Sie beschäftigte seit 01.02.2010 bis 25.02.2014 Herrn Prof. Dr. E. im Umfang von 8 Wochenstunden (Faktor 0,25) und seit 01.10.2010 Frau Dr. F. im Umfang von zunächst 20 Wochenstunden (Faktor 0,5), seit 01.01.2013 im Umfang von 31 Wochenstunden (Faktor 1,0), ferner seit 01.04.2013 Herrn Dr. G. mit dem Faktor 0,5. Alle angestellten Ärzte sind ebenfalls Fachärzte für Humangenetik.

In den Quartalen I/12 bis IV/13 setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin durch Honorarbescheid - gegen die Honorarbescheide für die streitbefangenen Quartale legte die Klägerin Widerspruch ein - wie folgt fest:

Quartal I/12 II/12 III/12 IV/12

Honorarbescheid vom 03.07.2012 28.09.2012 06.01.2013 08.04.2013

Anzahl Praxen/Ärzte 6/8,75 5/7,75 5/7,5 4/6,75

Widerspruch vom 23.08.2012 16.11.2012 18.02.2013 22.05.2013

Nettohonorar gesamt in EUR 274.504,98 255.978,93 340.894,59 279.383,52

Nachvergütung RLV 23.737,52 5.685,11 10.320,74

Honoraranforderung PK + EK in EUR 361.792,97 461.642,50 756.617,97 594.801,37

Bruttogehonorar PK + EK in EUR 267.331,47 261.403,49 329.490,41 266.693,40  
Fallzahl PK + EK 267 290 361 385  
Honoraranteile PK + EK  
Regelleistungsvolumen in EUR 13.525,93 14.408,20 10.315,15 20.262,12  
Qualifikationsbezogene Zusatzvolumina 0,00 0,00 0,00 0,00  
Quotiertes RLV/QZV in EUR 1.314,35 971,07 0,00 1.314,16  
Freie Leistungen in EUR 0,00 0,00 0,00 0,00  
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 205.963,67 208.308,01 281.693,99 214.017,67  
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (AMG) 46.527,52 40.368,74 45.632,27 41.758,45  
Abzug EHV-Beiträge 2.652,53 8.151,00 10.659,00

Leistungen Kap. 11.3 und 11.4  
Quote in % 74,925 52,380 39,657 40,978

Quartal I/13 II/13 III/13 IV/13  
Honorarbescheid vom 11.09.2014 03.11.2014 07.01.2015 07.04.2014  
Anzahl Praxen/Ärzte 4/7,25 5/8,25 4/7,75  
Widerspruch vom 26.08.2013 18.02.2014 22.05.2014  
Nettogehonorar gesamt in EUR 361.069,18 406.898,79 371.181,69  
Nachvergütung 4.760,92 - 34,07  
Honoraranforderung PK + EK in EUR 500.801,35 653.808,06 629.319,51 467.370,82  
Bruttogehonorar PK + EK in EUR 356.090,75 416.857,33 401.406,81 376.130,34  
Fallzahl PK + EK 396 485 397 374  
Honoraranteile PK + EK  
Regelleistungsvolumen in EUR 12.255,57 48.790,06 19.825,06  
Qualifikationsbezogene Zusatzvolumina 0,00 0,00 0,00  
Quotiertes RLV/Qualifikationsbezogene Zusatzvolumina in EUR 0,00 501,07 0,00  
Freie Leistungen in EUR 0,00 0,00 0,00  
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 305.608,98 329.340,84 318.447,02  
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (AMG) 48.885,20 32.647,17 47.730,59  
Abzug EHV-Beiträge 10.659,00 9.872,33 9.872,33

Leistungen Kap. 11.3 und 11.4  
Quote in % 69,439 60,477 79,602

Zur Begründung ihrer Widersprüche gegen die Honorarbescheide für die Quartale I bis IV/12 trug die Klägerin mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 16.09.2013 vor, in der Praxis würden überwiegend Leistungen des Kapitels 11.3 und 11.4 (molekulargenetische Leistungen) durchgeführt werden. Seit dem Quartal I/12 würden aufgrund einer Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs diese Leistungen einer Quotierung unterzogen werden. Zuletzt sei weniger als die Hälfte der eigentlich vorgesehenen Vergütung ausbezahlt worden. Dies habe zur Folge gehabt, dass von den angeforderten Leistungen des Kapitels 11 im Quartal I/12 in Höhe von 284.412,65 EUR insgesamt nur 205.294,89 EUR anerkannt worden seien, in den Folgequartalen von 411.410,50 EUR nur 207.586,70 EUR, von 707.959,22 EUR nur 280.755,39 EUR bzw. von 519.831,79 EUR nur 213.016,67 EUR. Über alle vier Quartale hinweg habe sie einen Honorarverlust von 47 % im Durchschnitt zu verzeichnen gehabt, im Quartal IV/12 habe die Auszahlungsquote des angeforderten Honorars insgesamt nur noch 47 % betragen. Dies verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Existenz ihrer Praxis sei unmittelbar bedroht. Eine schnelle Reaktionspflicht sei dann angezeigt, wenn sich bei einer Arztgruppe ein auf das Honorar mindernd auswirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter dem sonstigen Durchschnittsniveau ergebe, von dem Punktwertverfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen und die dem Punktwertverfall zugrunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten sei und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden könnten. Diese Voraussetzungen träfen bei ihr zu. Bei einem Honorartopf mit nur einer geringen Zahl von Leistungserbringern, der zudem im besonderen Maße von Leistungsausweitungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt betroffen sei, bestehe eine gesteigerte Beobachtungspflicht. Die ab dem Quartal I/13 geltende Regel zur Begrenzung der Quotierung reiche nicht aus. Auch sei noch nicht abgeklärt, ob die Quotierung auf 60 % unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausreichend sei. Die Widersprüche für die übrigen streitgefangenen Quartale aus dem Jahr 2013 begründete sie nicht.

Die Beklagte half dem Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/12 mit Widerspruchbescheid vom 23.10.2013 teilweise ab. Sie sprach im Rahmen der Regelung zur "jungen-Praxis" der Klägerin die Fallzahl der Fachgruppe mit 227 Fällen und der angestellten Ärztin Frau F. die Fallzahl der Fachgruppe entsprechend ihres Zulassungsumfanges mit 114 Fällen zu. Sie erläuterte die Zuteilung von RLV und die Regelungen für eine "junge Praxis". Ferner erläuterte sie die Quotierung der Leistungen des Kapitels 11.3 und 11.4 EBM im Rahmen des Ausgleichsindex 100 (AI 100). Die Anforderungen für Vorwegleistungen hätten in dem Quartal I/12 die Rückstellungen im Bereich der Laborpauschalen und Laborkosten gemäß Kap. 32 EBM sowie in weiteren Leistungsbereichen (u. a. Leistungen des K.11.3 und 11.4) überschritten. Daher sei in diesen Bereichen jeweils eine quotierte Vergütung der angeforderten Leistungen erfolgt. Diese Vorgehensweise entspreche den Vorgaben des Bewertungsausschusses und sei nicht zu beanstanden. Zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste habe sie einen Ausgleich in Ziffer 3.7 HVM vorgesehen. Danach könnten im Einzelfall auf Antrag der betroffenen Praxis befristete Ausgleichszahlungen geleistet werden, wenn sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 10 % gegenüber dem entsprechenden Quartal 2008 verringert habe. Voraussetzung für eine Auszahlung sei weiterhin, dass die Praxis durch diese Honorarverluste nachweislich in erhebliche wirtschaftliche Schwierigkeiten gerate, die ein Fortführen der Praxis gefährdeten, und die Praxis zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich sei. Im Rahmen dieser sog. Härtefallregelung seien für die Quartale I bis IV/12 separate Widerspruchsverfahren angelegt worden. Hierüber erfolge eine gesonderte Bescheidung.

Hiergegen hat die Klägerin am 25.11.2013 die Klage zum Aktenzeichen S 12 KA 594/13 erhoben.

Die Beklagte half mit drei weiteren Widerspruchbescheiden vom 23.10.2013 für die Quartale II bis IV/12 den Widersprüchen insoweit ab, als sie der Klägerin für die Quartale II und III und Frau Dr. F. für die Quartale II bis IV/12 im Rahmen des RLV die Fallzahl der Fachgruppe entsprechend des Zulassungsumfanges zusprach. Im Übrigen wies sie auch diese Widersprüche mit weitgehend gleicher Begründung wie für das Vorquartal als unbegründet zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 25.11.2013 zu den Aktenzeichen S 12 KA 595 bis 597/13 die Klage erhoben.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 31.10.2013 aufgrund der Abhilfe hinsichtlich der RLV eine neue Berechnung des Honorars vor. Für das Quartal III/12 ergab sich kein höheres Honorar, da der Budgetrahmen nicht überschritten worden war. Für die Quartale I, II und IV/12 ergab sich nach Abzug des gültigen Verwaltungskostensatzes eine Gutschrift in Höhe von 12.737,52 EUR, 5.685,11 EUR bzw. 10.320,74 EUR, insgesamt in Höhe von 28.743,37 EUR.

Die Beklagte half mit Widerspruchbescheid vom 10.06.2015 den Widersprüchen gegen die Honorarbescheide für die Quartale I und III/13 wieder insoweit ab, als sie die RLV-Fallzahl für Frau F. entsprechend den Vorquartalen erhöhte. Im Übrigen wies sie die Widersprüche als unbegründet zurück unter Hinweis auf die Regelungen zur Begrenzung von Vorwegleistungen.

Hiergegen hat die Klägerin am 13.07.2015 zum Aktenzeichen S 12 KA 307/15 die Klage erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 14.07.2015 das Verfahren bezüglich des Quartals III/13 unter dem Aktenzeichen S 12 KA 325/15 abgetrennt.

Die Beklagte wies ferner mit weiterem Widerspruchbescheid vom 10.06.2015 die Widersprüche gegen die Honorarbescheide für die Quartale IV/13 und I/14 als unbegründet zurück, insb. unter Hinweis auf die Regelungen zur Begrenzung von Vorwegleistungen.

Hiergegen hat die Klägerin, beschränkt auf das Quartal IV/13, am 13.07.2015 die Klage zum Aktenzeichen S 12 KA 308/15 erhoben.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 22.12.2014 für die Verfahren bezüglich der Quartale I bis IV/12 und mit Beschluss vom 17.02.2016 bezüglich der Quartale I, III und IV/13 das Ruhen der Verfahren angeordnet.

Die Klägerin beantragte mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 17.05.2013 die Bewilligung einer Härtefallregelung zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten gem. Ziffer 3.7 HVM. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 03.07.2013 den Antrag auf Gewährung einer Ausgleichszahlung gem. Ziff. 3.7 HVM für die Quartale I bis IV/12 ab.

Einen am 02.07.2013 gestellten Antrag zum Az.: S 12 KA 391/13 ER, die Beklagte im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihr ab dem Quartal I/12 eine Härtefallregelung gem. Ziffer 3.7 HVM zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten zuzuerkennen, nahm die Klägerin zurück, nachdem die Beklagte sich bereit erklärt hatte, bei der Klägerin in Ergänzung des Bescheids vom 03.07.2013 eine quartalsbezogene Überprüfung insb. für das Quartal II/12 zu dem Härtefallantrag vorzunehmen sowie eine weitere Abschlagszahlung auf die Restzahlung für das Quartal II/13 in Höhe von 70.000,00 EUR im Hinblick auf die geänderte Quotierungsregelung zu leisten. Mit Bescheid vom 31.07.2013 lehnte die Beklagte den Antrag auf Gewährung einer Ausgleichszahlung für die Quartale I bis IV/12 erneut ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchbescheid vom 17.12.2014 zurück.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 31.07.2013 für das Quartal I/13 keine Nachvergütung vor, weil der Budgetrahmen nicht überschritten sei. Für das Quartal IV/13 setzte sie die Nachvergütung auf 3.382,74 EUR fest.

Auf Antrag der Beteiligten hat die Kammer die Verfahren zu den Aktenzeichen S 12 KA 594 bis 597/13 (Quartale I bis IV/12) am 18.08.2017 unter den Aktenzeichen S 12 KA 551 bis 554/17 WA wieder aufgerufen. Auf Antrag der Klägerin hat sie die Verfahren S 12 KA 307/15 und 325/15 (Quartale I und III/13) unter den Aktenzeichen S 12 KA 101 und 102/17 WA und das Verfahren unter Aktenzeichen S 12 KA 308/15 (Quartale IV/13) unter dem Aktenzeichen S 12 KA 103/17 WA wiederaufgerufen.

Die Klägerin ist weiterhin der Auffassung, es bestehe ein Anspruch auf Ausgleich des Honorarverlustes nach dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Es habe auch eine schnelle Reaktionspflicht der Beklagten bestanden. Wenn eine dauerhafte Steigerung der Leistungsmenge und zugleich ein dauerhafter Punktwertabfall bzw. zunehmende Quotierung bis deutlich unter andere vergleichbare Durchschnittspunktwerte erkennbar sei, ohne dass dies von den Betroffenen selbst zu verantworten sei, so sei hierauf durch eine angemessene Erhöhung des Honorarkontingents zu reagieren. Der Umfang der Quotierung führe im Ergebnis dazu, dass die Leistungen nicht kostendenkend erbracht werden könnten. Sie habe im einstweiligen Rechtschutzverfahren bereits ausreichend dargelegt, wie sich die Fehlbeträge für die einzelnen humangenetischen Analysen zusammensetzten. Zum Quartal I/13 sei eine Untergrenze betreffend die Quotierung der Vorwegleistungen für Humangenetiker eingeführt worden, die Auszahlungsquote habe bei 60 % gelegen. In den Quartalen I bis IV/12 habe diese Untergrenze noch nicht bestanden, sodass umso mehr von einer Unterdeckung der einzelnen Leistungen auszugehen sei. Ferner sei nicht nachvollziehbar, dass die Auszahlungsquote in diesem Umfang gesunken sei. Dies führe dazu, dass für sie keine Kalkulationssicherheit mehr bestehe, die gerade mit der Einführung der Regelleistungsvolumina hätten geschaffen werden sollen. Die von ihr erbrachten Leistungen des "genetischen Labors" stellten auch keine "freien Leistungen" dar, für die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Quotierung rechtmäßig sein könne. Freie Leistungen seien solche, die aus dem Budget der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe, aber dort außerhalb des jeweiligen Regelleistungsvolumens vergütet würden. Die Leistungen des "genetischen Labors" hingegen würden aus dem "Grundbetrag genetisches Labor" vergütet werden, der neben dem "Grundbetrag Fachärzte" stehe, aus dem sich erst nach einem Vorwegabzug die jeweiligen Fachgruppenbudgets speisten. Die vorgenommene Quotierung sei jedenfalls in ihrer Höhe nach unverhältnismäßig. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Auszahlungsquoten für die strittigen humangenetischen Leistungen im Quartal I/12 74,95 %, im Quartal II/12 53,38 %, im Quartal III/12 39,607 %, im Quartal IV/12 40,978 %, im Quartal I/13 69,280 %, im Quartal III/13 60,488 % und im Quartal IV/13 79,602 % betragen hätten. Diese Leistungen machten den Hauptteil ihrer Leistungen aus. Das sei unverhältnismäßig und bedeute eine Schlechterstellung zu den übrigen Fachärzten. Es müsse der Fremdkassenzahlungsausgleich berücksichtigt werden. Entscheidend sei, dass der Abzug des Rückstellungsbetrages von der Gesamtvergütung erfolge und zwar bevor dieser in das haus- und fachärztliche Volumen getrennt werde. Ein vermeintlicher Anstieg der Fremdkassenzahlungsausgleichsforderung könne sich somit lediglich auf das Volumen der Gesamtvergütung auswirken. Das Volumen für den Fremdkassenzahlungsausgleich werde einheitlich aus dem Grundbetrag Fachärzte gebildet und nicht für in einzelne Fachgruppen anfallende Leistungen. Das sei richtig und

sachgerecht, da damit sichergestellt werde, dass alle Fachärzte mit den in anderen Bundesländern erbrachten Leistungen gleichmäßig belastet würden.

Die Klägerin beantragt,

die Honorarbescheide für die Quartale I bis IV/12, jeweils in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 23.10.2013, die Honorarbescheide für die Quartale I/13 und III/13, beide in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 10.06.2015, und den Honorarbescheid für das Quartal IV/13 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 10.06.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über ihren Honoraranspruch für die Quartale I/12 – I/13 und II und III/13 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klagen abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführung im Verwaltungsverfahren und trägt ergänzend vor, das Bundessozialgericht habe in seiner Entscheidung vom 17.07.2013 - [B 6 KA 45/12 R](#) - und weiteren Urteilen eine Quotierung der Leistungen, die außerhalb der RLV, aber innerhalb der MGV vergütet würden, ausdrücklich für rechtmäßig erachtet. Es sei nicht ersichtlich, dass sich das hiesige Verfahren derart von dem Verfahren beim Bundessozialgericht unterscheide, als dass es einen Anlass gäbe, von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts abzuweichen. Das Bundessozialgericht habe ferner mit Urteil vom 30.11.2016 - B 6 K 4/16 R - die Rechtmäßigkeit der Quotierung bezüglich der Vorquartale für die Laborkonsiliarpauschale und die Laborgrundpauschale bestätigt. Ab dem Quartal I/13 habe sie auch eine Regelung zur Begrenzung der Quotierung eingeführt und sei damit ihrer Beobachtungspflicht nachgekommen. Sie reiche zwei Stellungnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 30.08.2016 und 13.09.2016 hinsichtlich der Quotierung von humangenetischen Leistungen aus den Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes der Klägerin zur Gerichtsakte. Sie schließe sich den dort getätigten Ausführungen an. So habe die KBV auch darauf hingewiesen, dass der Grundbetrag "genetisches Labor" wie alle anderen Honorarkontingente dem Zweck diene, die Folgen einer Leistungsmengenausweitung auf die jeweilige Teilgruppe zu beschränken und damit Honorarminderungen für solche Gruppen zu verhindern, die zu einer Leistungsausweitung nicht beitragen. Diesen Zweck könne der Grundbetrag "genetisches Labor" nicht erfüllen, wenn die Möglichkeit der Quotierung von humangenetischen Leistungen nicht bestünde. So müsse die Bildung von Honorartöpfen damit auch immer die Möglichkeit beinhalten, bei einer Überschreitung des Volumens die Leistungen quotiert zu vergüten. Topfbildungen seien zulässig. Das Honorar der Klägerin habe sich trotz der Quotierung in den Jahren 2010, 2011 und 2012 nur unwesentlich verändert. Die Quotierung habe eine Stabilisierung der RLV bewirkt. Es bestehe kein Anspruch auf einen Honorarausgleich zwischen den Arztgruppen. Zum Quartal IV/13 hätten sich die Vorgaben der KBV geändert. In Teil B Ziff. 1.2 sei die Bildung der Grundbeträge "Labor" und "ärztlicher Bereitschaftsdienst" sowie eines haus- und fachärztlichen Grundbetrags verpflichtend vorgesehen worden. Außerdem seien nach Teil B Ziff. 1.3 sog. versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmen. Dies seien die Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik (Grundbetrag "genetisches Labor") und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag "PFG") zu bilden seien. In Teil G sei die Bildung des Grundbetrags "genetisches Labor" bundeseinheitlich festgelegt. Diese Vorgaben habe sie durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 24./25.08.2013 im HVM umgesetzt. Ziffer 2.4.5 regle die im Einzelnen genannten technischen Leistungen der Humangenetik aus Kap. 11 EBM. Die Vergütung erfolge aus dem Grundbetrag "genetisches Labor", welcher sich gemäß Teil G der Vorgaben der KBV gem. [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) ergebe. Eine Quotierung sei für den Fall vorgesehen, dass der Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten werde. Ziffer 2.4.3 HVM, der bis dahin die Vergütung humangenetischer Leistungen geregelt habe, sei ersatzlos gestrichen worden. Die Untergrenze von 60 % in Ziffer 2.4.6 HVM sei bestehen geblieben. Sowohl vor als auch nach Einführung des Grundbetrags "genetisches Labor" habe es sich um ein eigenes Honorarkontingente für diese Leistungen gehandelt, so dass die Frage der Überschreitung des zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrags ausschließlich von der Leistungsentwicklung dieser Leistungen abhängt. Der Hinweis auf die Klagebegründung betreffend die Quotierung der humangenetischen Leistungen im Quartal IV/15 sei für die vorliegend streitgegenständlichen Quartale irrelevant. Mit der Einführung des bundeseinheitlichen Grundbetrages "genetisches Labor" zum Quartal IV/13 habe sich die Vergütungssystematik geändert, so dass Argumente zur Rechtslage nach Einführung des Grundbetrages nicht auf den davorliegenden Zeitraum übertragbar seien. Entgegen der Auffassung der Klägerin erfolge der Abzug des Rückstellungsbetrages nicht von der Gesamtvergütung vor Aufteilung derselben in das haus- und fachärztliche Volumen. Bei der Vergütung und Steuerung humangenetischer Leistungen des Kapitels 11 EBM bei Probeneinsendungen nach Ziffer 2.4.3 HVM handelt es sich nach Ziffer 2.4 HVM um Leistungen im Vorwegabzug nach Aufteilung der MGV auf die Versorgungsebenen. Ein Anstieg des Fremdkassenzahlungsausgleichssaldos bei den Fachärzten für Humangenetik wirke sich damit nicht auf die Gesamtvergütung vor Aufteilung derselben auf die Versorgungsebenen, sondern auf die fachärztliche Versorgungsebene aus. Bei alleiniger Betrachtung des Fremdkassenzahlungsausgleichssaldos hätten sich für den Bereich Humangenetik höhere Verbindlichkeiten gegenüber anderen KVen ergeben. Denn es seien nicht nur die Leistungsanforderungen der hessischen Ärzte - und damit die Forderungen gegen andere KVen gestiegen, sondern auch die Leistungsanforderungen anderer KVen gegen sie und damit die Verbindlichkeiten. Im Ergebnis würden die Klägerin und ihre Fachgruppe durch die Subventionierung dieses Honorarbereiches zu Lasten der übrigen Honorarbereiche begünstigt. Für das Quartal III/13 sei sie ebenso wie für die Vorquartale ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen. Die Auszahlungsquote MGV der Fachgruppe der Humangenetiker liege bei 71,3 % und die Auszahlungsquote MGV der Fachärzte mit RLV bei 83,2 %. Hieraus ergebe sich eine Differenz von - 14,3 %. Die Differenz liege unterhalb des Eingriffswertes von 15 %, so dass keine Reaktionspflicht bestehe. Für das Quartal IV/13 betrage die Auszahlungsquote MGV Humangenetiker 77,2 %, die Auszahlungsquote MGV Fachärzte mit RLV 81,9 %, die Differenz - 5,7 %. Die bundesweiten Vorgaben der KBV zur Aufteilung der MGV auf den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich hätten sich zum Quartal IV/13 geändert. Die Vorgaben der KBV sähen im Kern erstmals in Ziffer 1.2 Teil B als Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung die Bildung der Grundbeträge "Labor und "ärztlicher Bereitschaftsdienst" sowie eines hausärztlichen und eines fachärztlichen Grundbetrages verpflichtend vor. Außerdem seien nach Ziffer 1.3 Teil B der Vorgaben der KBV sog. versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmen. Dies seien Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik (Grundbetrag "genetisches Labor") und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag "PFG") zu bilden seien. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolge hiernach aus dem fachärztlichen Grundbetrag. Diese Vorgaben habe sie durch entsprechende Ausgestaltung des HVM durch den Beschluss der Vertreterversammlung vom 24./25. August 2013 umgesetzt. Ziffer 2.4.5 HVM regle die Vergütung der im Einzelnen genannten technischen Leistungen der Humangenetik aus dem Grundbetrag "genetisches Labor", welcher sich gemäß Teil G der Vorgaben der KBV ergebe. Folglich werde ein eigenes Honorarkontingente für diese humangenetischen Leistungen gebildet. Ziffer 2.4.3 HVM, die bis dato die Vergütung und Steuerung humangenetischer Leistungen des Kapitels 11 EBM bei Probeneinsendungen geregelt habe, sei ersatzlos gestrichen worden. Die seit dem Quartal I/13 in Ziffer 2.4.0 HVM festgelegte Untergrenze für die Quotierung in Höhe von 60 % sei bestehen geblieben. Die Einführung des Grundbetrags "genetisches Labor" sei vor dem Hintergrund

einer erheblichen Mengendynamik im Bereich der humangenetischen Leistungen erfolgt, um die Folgen einer Leistungsmengenausweitung auf die Teilgruppe zu beschränken und Honorarminderungen für solche Gruppen zu verhindern, die zu einer Leistungsausweitung nicht beitragen würden. Eine Quote von 79,602 % im streitbefangenen Quartal IV13 löse noch keine Reaktionspflicht ihrerseits aus und sei von der ihr zustehenden Beobachtungszeit gedeckt. In den Folgequartalen sei die Auszahlungsquote mit 87,683 % im Quartal I/14 und sogar 100,000 % in den Quartalen II bis IV/14 weiter angestiegen. In den Quartalen I und II/15 habe sie mit 96,633 % und 98,094 % nur knapp unter 100,000 % gelegen. Ein Vergleich der Auszahlungsquote MGV der Fachgruppe der Humangenetiker in Höhe von 77,2 % mit der Auszahlungsquote MGV der Fachärzte mit RLV in Höhe von 81,9 % ergebe eine Differenz von -5,7 %. Die Differenz liegt damit unterhalb des Eingriffswertes von 15 %, so dass keine Verpflichtung zum Eingreifen im Quartal IV/13 gegeben sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte sowie der Verfahrensakte mit Az.: S 12 KA 391/13 ER Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 07.08.2019 angehört. Ein Einverständnis der Beteiligten hierzu wird vom Gesetz nicht verlangt.

Die Klagen sind zulässig, denn sie sind insb. form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale I bis IV/12, jeweils in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 23.10.2013, die Honorarbescheide für die Quartale I/13 und III/13, beide in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 10.06.2015, und der Honorarbescheid für das Quartal IV/13 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 10.06.2015 sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung über ihren Honoraranspruch für die Quartale I/12 - I/13 und III und IV/13 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Klagen waren abzuweisen.

Die Kammer hat im zwischenzeitlich rechtskräftigen und die Klage abweisenden Urteil vom 11.04.2018 - [S 12 KA 95/15](#), S 12 KA 114 bis 117 u. 121/15 - juris bzgl. der Höhe des Honorars einer Fachärztin für Humangenetik für die sechs Quartale I/12 bis II/13 folgendes ausgeführt:

"Nach 87b SGB V i. d. F. d. Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) v. 22.12.2011, [BGBl I 2011, 2983](#) verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort ([§ 87b Abs. 1 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird ([§ 87b Abs. 2 Satz 1](#) und 2 SGB V). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten ([§ 87b Abs. 3 SGB V](#)).

Nach dem ab Januar 2012 geltenden Honorarverteilungsmaßstab aufgrund des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 10. März 2012 (HVM 2012), geändert durch Ergänzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gem. [§ 87b Abs. 1 S. 2 SGB V](#) mit Wirkung zum 01.10.2012 (Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#), Teil E Stützung der Vergütung konservativ tätiger Fachärzte), der sich als Ergänzung zu 87b SGB V und des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218 Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschlüsse vom 29. Oktober 2010 (239. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung), vom 24. November 2010 (242. Sitzung), vom 25. Januar 2011 (248. Sitzung) sowie die in der 253. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. 256. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in der 261 Sitzung getroffenen Beschlüsse (nachstehend vereinfachend "Beschluss des Bewertungsausschusses" genannt) definiert (Präambel HVM 2012), erfolgt die Vergütung der Ärzte auf der Basis der gemäß [§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung (Nr. 1.1. Abs. 1 HVM 2012). Es werden Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) gebildet (Nr. 1.1 bis 1.4, 2.5 HVM 2012), was auch für die Fachgruppe der Klägerin gilt (Nr. 2.1 Abs. 1 i. V. m. Anl. 1 HVM 2012). Für die Quartale I und II/12 gilt der mit Beschlüssen der Vertreterversammlung vom 15. Dezember 2013 verabschiedete HVM 2013, der insoweit der gleichen Systematik folgt (Nr. 1.1 bis 1.4, 2.5 HVM 2013, Nr. 2.1 Abs. 1 i. V. m. Anl. 1 HVM 2013).

Zusätzlich werden auf der Grundlage des Abschnitts I., Nr. 2.3 bzw. 3.1.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses weitere Leistungen als sog. "freie Leistungen" oder "freie Leistungskomplexe" innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der RLV bzw. QZV - ggf. quotiert - vergütet (s. u. Nr. 3.4) (Nr. 1.1 Abs. 5 HVM 2012/Nr. 1.1 Abs. 5 HVM 2013 ohne Bezugnahme auf den Beschluss des Bewertungsausschusses). Nach Abschnitts I., Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung, Teil F, können die Partner der Gesamtverträge gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) vereinbaren, dass besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina vergütet werden.

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nrn. 1.3 und 2.1 im Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 (in seiner 15. Sitzung) (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 39 vom 25. September 2009, Seiten A 1907 bis 1919), geändert in der 208. Sitzung des Bewertungsausschusses am 8./9. Dezember 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 3 vom 22. Januar 2010, Seiten A 101 f.), sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Abschnitt I Nr. 4 des Honorarvertrages ergeben, unterliegen nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Nr. 2.2 HVM 2012). Nr. 2.2. HVM 2013 nimmt Bezug auf Teil A Ziff. 2.2.1 Punkte 1-18 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012, 288. Sitzung, sowie die im Honorarvertrag 2013 unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen mit einer Vergütung außerhalb der MGV. Hierzu gehören nicht die streitbefangenen humangenetischen Leistungen.

Nach Nr. 1.3 im Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 sind neben der Substitutionsbehandlung und bestimmten Kostenerstattungen die Leistungen gem. Beschluss Teil A Nr. 2.3 Ziff. 2 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten. Teil A Nr. 2.3 Ziff. 2 verweist auf die Leistungen gem. Beschlusses Teil A Nr. 1.2 des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008. Danach bleiben von der Gesamtvergütung unberücksichtigt

1. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f-g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V),
2. Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
3. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe),
4. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,
6. Früherkennungsuntersuchung U 7a,
7. Hautkrebsscreening,
8. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
9. Strahlentherapie,
10. Phototherapeutische Keratektomie,
11. Leistungen der künstlichen Befruchtung. Die Änderung in der 208. Sitzung des Bewertungsausschusses am 8./9. Dezember 2009 brachte keine Erweiterung des Leistungskatalogs. Auch nach dem HVM 2013 unterliegen die streitbefangenen humangenetischen Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gem. Nr. 3.1.2, 8. Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 EUR sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. 1.3 des Honorarvertrages multiplizierter Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung (Nr. 2.4.3 HVM 2012). Nr. 2.4.3 HVM 2013 nennt in Satz 2 Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGB V, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben. Nach dem neu eingefügten Satz 3 gilt, sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, dass eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche erfolgt. Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet u. a. unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kap. 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen (Nr. 3.1.2 8. Spiegelstrich HVM 2012/HVM 2013).

Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 5 zum Beschluss des Bewertungsausschusses (in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010) jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gem. Anlage 1 zum vorliegenden HVM und Beschluss des Bewertungsausschusses Teil F, Abschnitt I., Nr. 4.1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (Nr. 3.1.3 HVM 2012). Ab dem Quartal I/13 wird das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gemäß Anhang B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gem. Anlage 1 zum vorliegenden HVM verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (Nr. 3.1.3 HVM 2013).

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 6 (in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010) zum Beschluss des Bewertungsausschusses jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.
- Vergütungsbereich für "freie Leistungen" (Nr. 1.1, 5. Absatz, )

(Nr. 3.1.4 HVM 2012). Nr. 3.1.4 HVM 2013 regelt dies gleichlautend, nimmt aber Bezug auf die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V.

Das für die Finanzierung der "freien Leistungen" (Nr. 1.2, 5. Absatz) erforderliche Honorarvolumen wird arztgruppenbezogen gemäß Nr. 1 der Anlage 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses (in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010) gebildet. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der "freien Leistungen" (Nr. 3.4 HVM 2012). Entsprechend bestimmt Nr. 3.4 HVM 2013, dass das für die Finanzierung der "freien Leistungen" (Nr. 1.2, 5. Absatz) erforderliche Honorarvolumen arztgruppenbezogen gemäß Teil A Nr. 6 der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildet wird. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der "freien Leistungen". Nach Teil A Nr. 6 der im Zeitraum 01.01. bis 30.06.2013 gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, zit. nach <http://www.kbv.de/media>, gilt: Sofern die Kassenärztliche Vereinigung keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, der

- den gesetzlichen Vorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG),
- den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5. und
- den Vorgaben in Teil B bis D, einschließlich Anhang entspricht, werden die im folgenden gelisteten Regelungen aus Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt-

und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V (GKV-WSG), geändert durch Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248. und 256. Sitzung des Bewertungsausschusses analog durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt: Regelung nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.3.1 unter Berücksichtigung der sich ggf. aus der Umsetzung der Vorgaben gemäß Teil D ergebenden Aufschläge für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, 1.3.2, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 ohne die Regelungen, die in Teil C Nr. 1 bereits vorgegeben sind, 2.5., 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.

Durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 23. Februar 2013/25. Mai 2013 (veröffentlicht in: Auf den Punkt - info.2 service I Nr.2a-2013, S. 3 ff.) wurde mit Geltung ab 01.01.2013 Nr. 2.4.6 eingefügt. Danach erfolgt, soweit eine Quotierung der Leistungen nach Ziffer 2.4.1. bis 2.4.5 die Quote von 60 % unterschreitet, eine Stützung auf diese Quote von 60 % zu Lasten der nach Ziffer 3.1.2 zweiter Spiegelstrich gebildeten Rückstellung. Ziffer 3.1.2 Satz 1, zweiter Spiegelstrich wurde wie folgt gefasst:

- unter Abzug der Rückstellungen gem. Teil G Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach [§ 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V](#).

Soweit [§ 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) durch Art. 1 Nr. 24 GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) v. 22.12.2011, [BGBl. I S. 2983](#) vor Erlass der Änderung aufgehoben wurde, bleibt es bei der Finanzierung der Stützung durch die Rückstellungen. Soweit die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erstmals mit Wirkung ab 01.10.2013 Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) als Teil G ihrer Vorgaben gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) verabschiedete, berührt dies nicht die Quotierungsuntergrenze.

Die hier im Wesentlichen strittige Quotierung der Leistungen des Kapitels 11.3 und 11.4 EBM beruht auf Nr. 2.4.3 HVM 2012/Nr. 2.4.3 HVM 2013. Sie baut auf den Vorläuferregelungen mit dem Unterschied auf, dass faktisch ein eigener Honorartopf bzw. eigenes Honorarkontingent für Leistungen des Kapitels 11.3 und 11.4 gebildet wird, dessen Volumen auf dem Vorjahresquartal und nicht davor liegenden Zeiträumen aufbaut. Damit hängt im Unterschied zu den früheren Regelungen die Frage der Überschreitung des zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrags ausschließlich von der Leistungsentwicklung der Leistungen des Kapitels 11.3 und 11.4 EBM und nicht der übrigen freien Leistungen ab.

Die Bildung fester Honorarkontingente schließt eine Quotierung von Leistungen nicht aus. Das Bundessozialgericht hat in der Vergangenheit wiederholt die Quotierung von ärztlichen Leistungen, auch soweit sie auf Überweisung erfolgen, gebilligt. Da eine "Nachschusspflicht" der Krankenkassen und damit eine Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorgesehen ist, können Leistungen bei Überschreitung des Vergütungsvolumens nur quotiert vergütet werden, wenn sich diese Überschreitung nicht zum Nachteil anderer Arztgruppen bzw. Leistungsbereiche auswirken soll (BSG, Ur. v. 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 8, juris Rdnr. 13). Insofern gilt der Grundsatz, dass angesichts begrenzter Gesamtvergütungen kein Leistungsbereich generell von Steuerungsmaßnahmen ausgenommen werden kann (vgl. BSG, Ur. v. 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) - a.a.O. Rdnr. 18; BSG, Ur. v. 19.08.2015 - [B 6 KA 34/14 R](#) - [BSGE 119, 231](#) = SozR 4-2500 § 87b Nr. 7, juris Rdnr. 28). Dieser Grundsatz gilt selbst für Kostenerstattungen und Kostenpauschalen (vgl. BSG, Ur. v. 19.08.2015 - [B 6 KA 34/14 R](#) - a.a.O. Rdnr. 42 ff.). Eine feste, begrenzte Gesamtvergütung schließt die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus. Mengenbegrenzungen oder Quotierungen sind unvermeidlich, und jeder Garantiepreis für bestimmte, mengenmäßig nicht begrenzte Leistungen führt bei entsprechender Mengenentwicklung zwangsläufig zu einer Absenkung der Vergütung anderer Leistungen. Die umfassende Festlegung von "absolut" festen Punktwerten ist auch in dem seit 2009 geltenden Vergütungssystem von vornherein ausgeschlossen, weil bei gedeckelter Gesamtvergütung die Vorgabe fester Punktwerte nur dadurch ermöglicht werden kann, dass entweder die RLV 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" geht (vgl. BSG, Ur. v. 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) - a.a.O. Rdnr. 19 m.w.N.). Auch humangenetische Leistungen können grundsätzlich quotiert vergütet (vgl. BSG, Ur. v. 19.08.2015 - [B 6 KA 44/14 R](#) - juris Rdnr. 63) oder Honorarbegrenzungsmaßnahmen unterworfen werden (vgl. SG Marburg, Gerichtsbb. v. 04.02.2015 - [S 12 KA 208/13](#) - juris Rdnr. 33). So hat das Bundessozialgericht die Vorgängerregelungen im HVV der Beklagten nicht beanstandet (vgl. BSG, Ur. v. 30.11.2016 - [B 6 KA 4/16 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 10, juris Rdnr. 19 ff.). Das Bundessozialgericht hat ferner gerade für humangenetische Leistungen entschieden, dass angesichts begrenzter Gesamtvergütungen grundsätzlich kein Leistungsbereich von entsprechenden Steuerungsmaßnahmen ausgenommen werden kann und kein Anspruch auf eine unquotierte Vergütung besteht (BSG, Ur. v. 03.08.2016 - [B 6 KA 42/15 R](#) - SozR 4-2500 § 87 Nr. 33, juris Rdnr. 23).

Die Zuweisung eines eigenen Honorarkontingents mit der Folge einer Quotierung der Leistungen ist nicht zu beanstanden. Es besteht dann allerdings auch angesichts der Größe der Fachgruppe und ihrer Überweisungsgebundenheit eine besondere Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung.

Steuerungsmaßnahmen können im Ergebnis eine Veränderung der EBM-Bewertung herbeiführen. Eine solche Veränderung geht z. B. mit der Bildung von Honorartöpfen mit unterschiedlichen Punktwerten einher, die bisher von der Rechtsprechung als zulässig angesehen worden sind (vgl. BSG, Ur. v. 07.02.1996 - [6 RKA 68/94](#) - [BSGE 77, 288](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#), juris Rdnr. 18 ff.; BSG, Ur. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 51/97 R](#) - USK 99101, juris Rdnr. 14 m.w.N.). Folge einer arztgruppenbezogenen Honorarverteilung ist, dass dies zu unterschiedlichen Punktwerten für dieselbe Leistung bei verschiedenen Arztgruppen führen kann, was grundsätzlich hinzunehmen ist (vgl. BSG, Ur. v. 07.02.1996 - [6 RKA 61/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 10](#) = [BSGE 77, 279](#), juris Rdnr. 22 m.w.N.). Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gehalten, korrigierend einzugreifen, wenn bei festen Honorarkontingenten, die für verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden, die Punktwerte einer Arztgruppe für eine längere Zeit um 15 % oder mehr hinter dem Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen zurückbleiben. Dies gilt aber nur, wenn die Ärzte dafür nicht verantwortlich sind, vielmehr z.B. eine Mengenausweitung auf Grund vermehrter Überweisungen durch andere Vertragsärzte vorliegt. Dabei darf die Kassenärztliche Vereinigung eine gewisse Zeit abwarten und beobachten und muss nur reagieren, wenn vom Umsatz her wesentliche Leistungsbereiche einer Arztgruppe betroffen sind (vgl. BSG, Ur. v. 28.01.2004 - [B 6 KA 52/03 R](#) - [BSGE 92, 87](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#), juris Rdnr. 47). Die Bildung von Teilbudgets löst eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung dahin aus, dass sie Verteilungsregelungen, mit denen sie in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abweicht, regelmäßig zu überprüfen hat. Sie hat sie zu ändern bzw. weiterzuentwickeln, wenn sich herausstellt, dass der Zweck der Regelung ganz oder teilweise nicht erreicht oder gar verfehlt wird, oder wenn die vorgenommene Einteilung in Teilbudgets dazu führt, dass der Punktwert in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfällt als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen und als Grund dafür keine von den jeweiligen Leistungserbringern selbst verursachten Mengenausweitungen erkennbar sind. Eine Korrekturverpflichtung setzt weiter voraus, dass es sich um eine dauerhafte, also nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt. Außerdem muss ein vom Umsatz her wesentlicher Leistungsbereich einer Arztgruppe betroffen

sein. Der Punktwertabfall muss erheblich sein; nicht jede Punktwertdifferenz zwischen verschiedenen Honorartöpfen gibt Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung. Die Kassenärztliche Vereinigung kann zudem berücksichtigen, dass auch bei von den Leistungserbringern nicht mit zu verantwortenden Mengenausweitungen typischerweise Rationalisierungseffekte entstehen, die einen gewissen Ausgleich für den Punktwertabfall darstellen können. Werden Honorartöpfe für Leistungen gebildet, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können und bei denen ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit ein Punktwertabfall nicht zugerechnet werden kann, sieht der Senat im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen (vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 [B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#), juris Rdnr. 17; BSG, Urt. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 61](#), juris Rdnr. 21 f., jeweils m. w. N.). Diese Rechtsprechung hat das Bundessozialgericht dahingehend fortentwickelt, dass generell eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht gilt, die eine Verpflichtung zum Eingreifen begründet, wenn sich bei einer Arztgruppe ein honorarmindernd wirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertabfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertabfall zugrunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden (vgl. neben den bereits genannten Entscheidungen BSG, Urt. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 40](#), juris Rdnr. 20; BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - [B 6 KA 62/07 B](#) -, juris Rdnr. 10).

Wie lange Kassenärztliche Vereinigungen eine Entwicklung beobachten dürfen, ohne tätig zu werden, bzw. unter welchen Voraussetzungen und ab welchem Zeitpunkt genau eine Kassenärztliche Vereinigung auf eine bestimmte Honorarverteilungsentwicklung reagieren muss, ist angesichts der unvermeidlicherweise relativ unbestimmten Rechtsfolgen der Reaktions- bzw. Anpassungspflicht einer allgemein gültigen Feststellung nicht zugänglich (vgl. BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - [B 6 KA 62/07 B](#) - juris Rdnr. 10). Soweit ein dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau eine Reaktionspflicht begründet, setzt dies eine dauerhafte Entwicklung voraus. Dies kann im Regelfall frühestens nach Vorliegen von Daten aus mindestens zwei Quartalen angenommen werden. Eine Korrektur kann regelmäßig nur für die Zukunft gefordert werden (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#), juris Rdnr. 32; BSG, Urt. v. 11.12.2013 - [B 6 KA 6/13 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 29](#), juris Rdnr. 43; BSG, Urt. v. 23.03.2016 - [B 6 KA 33/15 R](#) - a.a.O. Rdnr. 26 m.w.N.). Generell kommt ein Eingreifen einer Reaktionspflicht frühestens dann in Betracht, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung die entsprechenden Daten vorliegen (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), juris Rdnr. 34; BSG, Urt. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - a.a.O. Rdnr. 32).

Die Beklagte ist ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht im Wesentlichen nachgekommen. Ein Vergleich der Vergütung der Leistungen der Fachgruppe der Humangenetiker mit denen aller Fachärzte mit RLV zeigt nicht nur ein Absinken der Auszahlungsquote für humangenetische Leistungen, sondern auch einen deutlichen Abstand dieser Leistungen zu den übrigen Leistungen. Die Kammer hält einen Vergleich dieser Vergütungskontingente für hinreichend aussagekräftig (vgl. Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB, 10/16, § 85 SGB V, Rdnr. 165b zum Vergleichsmaßstab). Die Beklagte hat die jeweiligen Auszahlungsquoten in der Weise berechnet, dass sie den Honoraranforderungen das jeweils zur Verfügung stehende Honorarkontingent gegenübergestellt hat. Insofern kann auch der Beklagten gefolgt werden, dass ein Vergleich bei den Auszahlungsquoten und nicht mehr Punktwerten ansetzen kann. Die Auszahlungsquoten wiederum sind ins Verhältnis zu setzen, um die Relation der Geringervergütung zu ermitteln. Im Einzelnen ergeben sich für die strittigen Quartale folgende Relationen (Angaben jeweils in %):

Quartal II/12 III/12 IV/12 I/13 II/13

Auszahlungsquote MGV FG Humangenetiker 62,7 51,8 57,6 73,8 71,8

Auszahlungsquote MGV Fachärzte mit RLV 86,1 82,3 81,4 81,2 85,8

Relative Abweichung 72,8 72,8 70,8 90,9 83,8

Angesichts des in den Quartalen II und III/12 eingetretenen Falls der Auszahlungsquote um mehr als 27 % gegenüber der hier angenommenen Referenz-Auszahlungsquote war die Beklagte gehalten, nach Vorliegen der Abrechnungsdaten einzugreifen. Die Abrechnungsdaten lagen ihr aber frühestens zum Ende des Quartals IV/12 vor, so dass Maßnahmen erst zum Quartal I/13 erfolgen konnten. Mit der Einführung der Quotierungsuntergrenze von 60 % hat die Beklagte dann auch entsprechend mit Erfolg reagiert. Im Quartal I/13 erreichte die Auszahlungsquote für die humangenetischen Leistungen wieder 90,9 % der Referenz-Auszahlungsquote und lag damit mit 9,1 % unterhalb des Eingriffswerts von 15 %. Soweit im Quartal II/13 die Auszahlungsquote wiederum mit 16,2 % außerhalb des Eingriffswerts von 15 % bestand, war die Beklagte zur weiteren Beobachtung und ggf. Reaktion gehalten. Ein Anspruch auf Höhervergütung folgt daraus aber nicht. Für die Folgequartale haben sich im Übrigen nach den Angaben der Beklagten die Auszahlungsquoten wieder erhöht. Von daher kann zwar von einem dauerhaften Punktwertverfall ausgegangen werden, ist die Beklagte aber ihrer Reaktionspflicht hinreichend nachgekommen. Für die Klägerin zeigt dies auch das in den Quartalen I und II/13 mit 254.825,73 EUR und 253.451,98 EUR deutlich über allen Quartalsumsätzen im Jahr 2012 liegende Honorar sowie der von der Kammer errechnete durchschnittliche Fallwerterlös, der mit 393,85 EUR und 340,66 EUR über denen der Quartale im Jahr 2012 liegt.

Der Fremdkassenzahlungsausgleich wird innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Teil des versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumens berücksichtigt (vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010 Teil F Ziff. 3.1.2 1. Spiegelstrich). Es handelt sich um einen Teil der Gesamtvergütung. Wie die einzelne Kassenärztliche Vereinigung den Fremdkassenausgleich innerhalb ihres als Satzung erlassenen HVM berücksichtigt, unterliegt einem gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarem Rechtssetzungsermessen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.08.2011 - [L 7 KA 108/07](#) - juris Rdnr. 30 f.). Die Beklagte ist daher nicht verpflichtet, bestimmte Teile des Fremdkassenzahlungsausgleichs bestimmten Honorarkontingenten zuzuführen. Im Übrigen hat die mündliche Verhandlung ergeben, dass der von der Beklagten für humangenetische Leistungen zu zahlende Fremdkassenzahlungsausgleich die Einnahmen aus dem Ausgleich weit überwiegen, so dass im Ergebnis eine Subventionierung dieses Honorarbereichs zu Lasten der übrigen Honorarbereiche erfolgt, wodurch die Klägerin und ihre Fachgruppe begünstigt werden.

Bei der Handhabung der Nr. 2.4.3 HVM knüpft die Beklagte, wie in der mündlichen Verhandlung geklärt werden konnte, an die gezahlte Vergütung des Vorjahresquartals an. Für die Anwendung der im HVM 2012 und HVM 2013 gleichlautenden Bestimmung wird seitens der Klägerin die Frage aufgeworfen, ob diese Praxis nicht von der Satzungsformulierung abweicht, da danach abweichend auf den anerkannten Leistungsbedarf abzustellen ist. Insofern bestand in der mündlichen Verhandlung Einigkeit zwischen den Beteiligten, dass für das Jahr 2012 kein Unterschied besteht, da im Vorjahr 2011 die Auszahlungsquote 100 % betrug und damit Leistungsbedarf und tatsächliche Vergütung



identisch waren.

Nr. 2.4.3 Satz 1 HVM 2013 verweist auf das Vergütungsvolumen gem. Nr. 3.1.2, 8. Spiegelstrich. Danach wird für den jeweiligen Versorgungsbereich als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kap. 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen gebildet. Nr. 2.4.3 Satz 2 HVM 2013 knüpft hieran als dem tatsächlichen Leistungsvolumen an und sieht die Steigerung durch den Anpassungsfaktor vor. Die auch anders verstehbare Formulierung dürfte dem Umstand geschuldet sein, dass die Formulierung aus dem HVM 2012 mit der 100 %-Quote im Referenzjahr 2011 stammt. Schon aus diesem Grund kann die Formulierung nicht als bewusste Stützungsmaßnahme für das Jahr 2013 angesichts der sinkenden Auszahlungsquoten im Jahr 2012 verstanden werden, da als solche Maßnahme die Quotierungsuntergrenze von 60 % in dem neu eingefügten Satz 3 der Nr. 2.4.3 HVM 2013 eingeführt wurde. Diese Stützungsmaßnahme basiert gerade auf dem Verfall der Auszahlungsquote, zu der es im Jahr 2013 nicht weiterhin kommen würde, würde an wesentlich höheren Leistungsanforderungsvolumen angeknüpft werden. Von daher liegt es nahe, dass zunächst ausschließlich an das tatsächlich zur Verfügung stehende Honorarvolumen angeknüpft wird, da jede andere Form der Zuweisung von Vergütungsvolumina zu Veränderungen zwischen den Honorargruppen führt, was im Regelfall vermieden werden soll. In der Einfügung des Satzes 3 muss daher eine Bestätigung der von der Beklagten praktizierten Vorgehensweise durch den Satzungsgeber gesehen werden. Für eine Abkehr von dieser Praxis sind aber keine Anzeichen ersichtlich, so dass Bedarf i. S. d. Nr. 2.4.3 Satz 2 HVM 2013 als tatsächlich zur Verfügung stehendes Honorarvolumen zu verstehen ist. Von daher liegt aus Sicht der Kammer auch kein Verstoß gegen Nr. 2.4.3 HVM 2013 vor."

Daran hält die Kammer fest. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Regelungen für das Quartal IV/13 nicht zu beanstanden sind. Nach Ziffer 1 Teil B der Anpassung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 werden zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung die Bildung verschiedener Grundbeträge je Versicherten sowie bedarfsabhängige Vorwegabzüge und die Art deren Bestimmung – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind – verpflichtend vorgegeben. Nach Ziffer 1.2 Teil B der Anpassung der Vorgaben sind Grundbeträge je Versicherten zu bildende Beträge, die für laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag "Labor"), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag "ärztlicher Bereitschaftsdienst") sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) verpflichtend bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt. Nach Ziffer 1.3 Teil B der Anpassung der Vorgaben sind versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge je Versicherten verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil G (Grundbetrag "genetisches Labor") und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag "PFG") zu bilden. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus dem fachärztlichen Grundbetrag. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Entsprechend diesen Vorgaben hat die Beklagte mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 24./25. August 2013 den HVM ergänzt (Auf den Punkt – info.service 2 | Nr. 4b-2013). Nach Ziffer 2.4.5 "Vergütung technischer Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4" erfolgt die Vergütung der technischen Leistungen der Humangenetik (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) aus dem Grundbetrag "genetisches Labor", welcher sich gemäß Teil G der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V ergibt. Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche. Damit wurde wiederum ein eigenes Honorarkontingent für die humangenetischen Leistungen gebildet, was, wie bereits ausgeführt, nicht zu beanstanden ist.

Im Ergebnis führte dies zu einer Quote von 79,602 % im streitbefangenen Quartal IV13 und damit zu einer Steigerung gegenüber allen hier streitbefangenen Vorquartalen. Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass sich in den Folgequartalen die Steigerung fortgesetzt und in den Quartalen II bis IV/14 die Quote sich mit 100,000 % bzw. in den Quartalen I und II/15 mit knapp unter 100,000 % weiter stabilisiert habe. Ein Vergleich der Auszahlungsquote MGV der Fachgruppe der Humangenetiker in Höhe von 77,2 % mit der Auszahlungsquote MGV der Fachärzte mit RLV in Höhe von 81,9 % ergibt eine relative Abweichung von 6,1 % zugunsten der humangenetischen Vergütung. Von daher bestand auch im Quartal IV/13 keine weitergehende Eingreifverpflichtung der Beklagten.

Entgegen der Auffassung der Klägerin wird im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs ein Abzug des Rückstellungsbetrages von der Gesamtvergütung und damit vor der Trennung in das haus- und fachärztliche Volumen nicht zwingend vorgegeben. Insofern bleibt es bei einem Rechtssetzungsermessens der Beklagten.

Nach allem waren die Klagen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Streitwertentscheidung ergeht als Beschluss.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 EUR anzunehmen (§ 52 Abs. 1 und 2 GKG).

Der Streitwert war auf der Grundlage der Angaben der Klägerin im Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 29.10.2018 und der Beklagten im Schriftsatz vom 06.12.2018 vorzunehmen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-10-24