

S 12 KA 833/16

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)

Aktenzeichen
S 12 KA 833/16
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 in den Quartalen III/15 bis II/16 mit den Vorgaben der KBV vereinbar. Auszahlungsquoten für Leistungen der Kapitel 11.3 und 11.4 EBM von 60,563 % (Quartal III/15), 70,098 % (IV/15), 61,0 % (II/16) und 61,1 % (II/16) sind nicht zu beanstanden. Die KV Hessen ist ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht hinreichend nachgekommen.

Bemerkung

verb. m. S 12 KA 31, 251 u. 637/17

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 833/16](#) auf 157.000 EUR,

für das Verfahren mit Az.: [S 12 KA 31/17](#) auf 87.000 EUR,

für das Verfahren mit Az.: [S 12 KA 251/17](#) auf 114.000 EUR und

für das Verfahren mit Az.: [S 12 KA 637/17](#) auf 136.000 EUR

festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die vier Quartale III/15 bis II/16.

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. C. im Umfang von 8 Wochenstunden (Faktor 0,25) und seit 01.10.2010 Frau Dr. D. 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. E. mit dem Faktor 0,5. Alle angestellten Ärzte sind ebenfalls Fachärzte für Humangenetik.

Die Beklagte setzte das Honorar der Klägerin für die

Quartale I/14 bis I/17 wie folgt fest:

Quartal I/14 II/14 III/14 IV/14

Honorarbescheid, Datum der Übersicht 16.07.2014 06.10.2014 06.01.2015 02.04.2015

Honorar gesamt in EUR 458.405,36 564.881,68 582.690,82 730.761,03

Honoraranforderung PK + EK in EUR 592.908,37 559.868,99 578.412,62 736.058,06

Fallzahl PK + EK 504 515 526 574

Bruttohonorar PK + EK in EUR 421.466,57 545.136,58 565.356,29 718.306,97

Regelleistungsvolumen in EUR 21.269,26 25.041,88 25.296,41 18.024,58

Quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 548,05 1.206,26 639,97 2.074,45

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 370.709,11 502.941,40 527.983,20 617.458,24

Leistungen außerhalb der MGV als extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) 38.383,15 24.531,37 19.584,38 28.897,37

Abzug EHV-Beiträge 9.443,00 8.584,33 8.147,67 8.147,67

Quartal I/15 II/15 III/15 IV/15

Honorarbescheid v. 03.07.2015 30.09.2015 06.01.2016 03.04.2016

Widerspruch v. 24.08.2015 - 17.02.2016 20.05.2016

Honorar gesamt brutto in EUR 459.938,73 829.562,51 543.249,33 464.607,76

Honoraranforderung 483.880,23 861.413,76 875.621,12 643.111,45

Fallzahl PK + EK 518 692 660 583

Bruttohonorar PK + EK in EUR 453.385,69 826.803,06 541.952,80 445.788,46

Regelleistungsvolumen in EUR 20.959,97 23.169,14 35.280,08 23.023,32

Quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 1.016,52 4.872,17 2.480,84 4.764,12

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 416.196,07 782.934,68 484.675,32 408.804,35

Leistungen außerhalb der MGV als extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) 23.450,80 23.974,73 32.597,68 22.277,67 Abzug EHV-Beiträge 8.147,67 8.147,67 - 13.081,00 - 13.081,00

Quartal I/16 II/16 III/16 IV/16

Honorarbescheid v. 05.07.2016 31.10.2016 03.01.2017 05.04.2017

Widerspruch v. 18.08.2016 28.11.2016

Honorar gesamt brutto in EUR 377.245,11 463.529,84 394.581,39 454.392,51

Honoraranforderung 607.787,28 743.943,17 646.303,12 469.308,00

Fallzahl PK + EK 520 573 562 543

Bruttohonorar PK + EK in EUR 366.443,02 450.367,57 388.528,16 445.173,03

Regelleistungsvolumen in EUR 14.382,57 21.933,97 11.590,15 14.541,87

Quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 1.272,50 3.877,12 10.571,99 10.069,41

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 336.952,88 410.093,66 342.920,88 395.070,51

Leistungen außerhalb der MGV als extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) 26.915,97 27.543,82 32.625,90 35.048,90 Abzug EHV-Beiträge 13.081,00 13.081,00 9.180,76 9.557,60

RLV

Fallwert Fallzahl 121,54 128,52

Obergrenze 14.382,58 21.933,98

Anforderung 20.108,08 33.743,64

Überschreitung 5.725,50 11.809,66

Quartal I/17

Honorarbescheid v. 04.07.2017

Widerspruch v.

Honorar gesamt brutto in EUR 381.568,79

Honoraranforderung 413.573,72

Fallzahl PK + EK 546

Bruttohonorar PK + EK in EUR 379.227,64

Regelleistungsvolumen in EUR 11.873,14

Quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 7.724,48

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 342.199,78

Leistungen außerhalb der MGV als extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) 27.869,03

Abzug EHV-Beiträge 10.438,79

Gegen die Honorarbescheide für die Quartale I und II/14 legte die Klägerin Widersprüche ein, die die Beklagte mit bestandskräftigen Widerspruchsbescheiden vom 10.06.2015 zurückwies. Für das Quartal III/16 setzte die Beklagte mit Bescheid vom 02.05.2017 eine Nachvergütung in Höhe von 227.894,58 EUR fest. Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses habe sich die Zuordnung von Leistungen zum Grundbetrag "Genetisches Labor" geändert. Dieser Beschluss auf Bundesebene habe auch zu Verschiebungen im Fremdkassenzahlungsausgleich geführt. Mir der nun vorliegenden Abrechnung für den Fremdkassenzahlungsausgleich könnten die Leistungsanforderungen im "Genetischen Labor" mit einer Quote von 100 % nachvergütet werden.

Gegen die streitbegangenen Honorarbescheide für die Quartale III und IV/15 sowie I und II/16 legte die Klägerin ebf. Widersprüche ein.

Die Klägerin stellte am 30.06.2016 den Antrag, die Beklagte im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihr vorläufig ein weiteres Honorar für die Quartale III und IV/15 in Höhe von 488.373,24 EUR zu zahlen, hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, ihre Honoraransprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden und den neu beschiedenen Betrag auszuzahlen. Die Kammer lehnte mit zwischenzeitlich bestandskräftigem Beschluss vom 19.09.2016 - [S 12 KA 328/16 ER](#) - den Antrag ab.

Die Klägerin trug mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 11.10.2016 zur Begründung ihrer Widersprüche vor, das Gesamthonorar im Leistungsbereich "Genetisches Labor" werde für die Quartale III und IV/15 auf 60,563 % bzw. 70,098 % quotiert, was zu einem Honorarverlust in Höhe von 314.561,25 EUR bzw. 173.811,99 EUR geführt habe. Sie habe seit Januar 2016 mit der Beklagten ohne Ergebnis Gespräche über die Honorarsituation geführt. Statt eines geplanten Gewinns von 250.000 EUR habe die Praxis nun einen Verlust von etwa 300.000 EUR. Der Praxis drohe die Insolvenz. Notwendige Investitionen in kostensparende Technologien könne sie nicht tätigen. Der Honorarbescheid für das Quartal I/16 beruhe ebf. auf einer rechtswidrigen 60 %-igen Quotierung im Bereich des genetischen Labors. Sie erhalte nicht das ihr zustehende Honorar. Sie werde überdies in ihrem Recht auf angemessene Vergütung sowie Kalkulationssicherheit beeinträchtigt. Dies habe bei einer Honoraranforderung im Bereich Genetisches Labor von 559.524,64 EUR und einer Vergütung von 325.837,38 EUR zu einem Honorarverlust in Höhe von 233.688,26 EUR geführt. Die Quotierung sei ohne rechtliche Grundlage erfolgt. Insbesondere stelle die mittlerweile gestrichene Ziffer 2.4.3 des HVM in der Fassung vom 01.01.2012 oder seine Folgeregelungen keine solche Rechtsgrundlage dar. Ziffer 2.4.3 sei mit Wirkung vom 01.10.2013 auf Grundlage des Beschlusses der Vertretersammlung des Beklagten vom 23.02/25.05.2013 um einen weiteren Satz ergänzt worden ("Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal

überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche"). Bei einer Überschreitung des Volumens aus dem Vorjahresquartal könne mithin für das Nachjahresquartal eine Quotierung auf den Leistungsbedarf aus diesem Quartal vorgenommen werden. Durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 24./25.08.2013 sei Ziffer 2.4.3 HVM jedoch mit Wirkung vom 01.10.2013 ersatzlos gestrichen worden. Damit habe Ziffer 2.4.5 gegolten. Eine erneute, diesmal rückwirkend zum 01.10.2013 geltende Ergänzung des HVM durch den Beschluss der Vertreterversammlung vom 22.02.2014 habe in der Ziffer 2.4.5 die Geltung der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung vorgesehen. Aus Nr. 7.3 der Honorarverteilungsvorgaben der KBV ergebe sich wiederum, dass eine gegebenenfalls notwendige quartalbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags "Genetisches Labor" aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zu erfolgen habe. Der eingetretene Unterschuss in den streitgefangenen Quartalen hätte "aufgefüllt" werden müssen und zwar aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Auch stelle der letzte Satz zu Ziffer 7 der Honorarverteilungsvorgaben der KBV eindeutig fest, dass abweichende Regelungen, wie etwa die Vornahme der Quotierungen, nicht durchgeführt werden dürften, d.h. unzulässig seien. Auch Ziffer 2.4.5 HVM trage die vorgenommene Quotierung nicht. Diese Vorschrift sei bereits in sich widersprüchlich. Sie lasse einerseits eine "einheitliche Quotierung der Vergütung" zu und verweise andererseits auf die Honorarverteilungsvorgaben der KBV. Diese sähen aber, wie dargestellt, eine Finanzierung etwaiger Unterschüsse vor. Ziffer 2.4.5 HVM sei rechtswidrig, da sie gegen höherrangige Honorarverteilungsvorgaben der KBV und dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, konkret das hierauf basierende Gebot der Kalkulationssicherheit verstoße. Die Verbindlichkeit der KBV-Vorgaben ergebe sich aus [§ 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) und aus der Gesetzesbegründung. Eine eigenständige Entscheidung über eine Quotierung durch die KV des jeweiligen Landes sei gerade nicht möglich. Eine entsprechende Ermächtigung des Bewertungsausschusses fehle für den Fall humangenetischer Leistungen. Die Leistungen des "genetischen Labors" stellten im Übrigen 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 erstmalig einem Vorwegabzug die jeweiligen Arztgruppenbudgets speisten. Indem Ziffer 2.4.5 HVM für die im Falle einer Überschreitung des Grundbetrags im Abrechnungsquartal vorgesehene Quotierung keine Untergrenze schaffe, könne von einer für den Leistungserbringer herzustellenden Kalkulationssicherheit nicht ausgegangen werden. Darüber hinaus verstoße auch die vorgenommene Quotierungsmaßnahme selbst gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und den Grundsatz zur leistungsproportionalen Vergütung. Sie sei überwiegend auf Überweisung tätig und könne ihre Tätigkeit nicht eigenmächtig ausweiten. Doch hätten die Tatbestandsvoraussetzungen nach Ziffer 2.4.5 HVM nicht vorgelegen. Dass der Grundbetrag "genetisches Labor" für die streitbefragenden Quartale überschritten worden sei, habe die Beklagte bisher nicht dargelegt. Ebenso wenig habe sie erklärt, dass die Quotierung nicht mehr bezüglich ihrer Leistungen, sondern einheitlich im gesamten Leistungsbereich vorgenommen worden sei. Ein vermeintlicher Anstieg der Fremdkassenzahlungsausgleichsforderung könne sich zwar auf das Volumen der Gesamtvergütung auswirken, nicht aber selektiv auf den Honoraranteil "genetisches Labor". Schon gar nicht könne er zu einer derart hohen Quotierung der Leistungen führen. Darüber hinaus ergebe sich aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit eine verfassungsrechtliche Begrenzung der Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dies gelte nicht zuletzt deswegen, weil die Leistungen in den anderen KV-Bezirken entsprechend Nr. 7.3 des Teil B der Vorgaben KBV vergütet worden seien. Sie habe ihre Leistungen im Vertrauen auf eine entsprechende Vergütung erbracht und hierzu Investitionen getätigt. Die niedrige Vergütung gefährde das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der ärztlichen Leistungserbringer. Der gesamte Leistungsbereich "genetisches Labor" könne in Zukunft nicht mehr wirtschaftliche erbracht werden. Im Übrigen nehme sie Bezug auf ihre Ausführungen im einstweiligen Anordnungsverfahren.

Die Beklagte fasste die Widersprüche für die Quartale III und IV/15 zusammen und wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 23.11.2016 als unbegründet zurück. Sie erläuterte die Zuteilung von Regelleistungsvolumina und verwies zur Begrenzung von Vorwegleistungen auf die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 20.04., 22.09.2009 und 26.03.2010 für die Quartale III/09 bis IV/11. Als Vorwegleistungen seien dabei solche Leistungen bezeichnet worden, die außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet würden, jedoch innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden müssten. Hintergrund und Ziel des Beschlusses sei es gewesen, bei einer Mengenausweitung der Vorwegleistungen eine Reduzierung der Regelleistungsvolumina zu vermeiden. In den Honorarverteilungsmaßstäben sei die Quotierung der Vorwegleistung ab dem Quartal I/12 und den Ziffern 2.3 und 2.4 HVM fortgeführt worden. In den Quartalen III und IV/15 hätten die Anforderungen für Vorwegleistungen über den jeweiligen Rückstellungsbeträgen gelegen. Daher sei eine quotierte Vergütung der angeforderten Vorwegleistungen erfolgt. Das Bundessozialgericht habe die Quotierung von Vorwegleistungen mit Urteil vom 17.07.2013 - [B 6 KA 45/12 R](#) - als rechtmäßig erachtet. Mit mehreren Urteilen vom 19.08.2015 - u.a. [B 6 KA 33/14 R](#) - habe das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung fortgeführt und die Quotierung erneut als rechtmäßig bestätigt. Eine Verletzung der Obliegenheit, auf eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen hinzuwirken, könnte allenfalls dann vorliegen, wenn flächendeckend und unabhängig von Besonderheiten in einzelnen Regionen und/oder bei einzelnen Arztgruppen ein Vergütungsniveau zu beobachten wäre, das mangels ausreichenden finanziellen Anreizes zur vertragsärztlichen Tätigkeit zur Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten führe. Anhaltspunkte hierfür seien nicht ersichtlich. Ein Anspruch auf eine höhere Vergütung folge auch nicht unmittelbar aus [Art. 12 GG](#). Es sei ein Ausgleich u. a. zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütung und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer angemessenen Versorgung zu erreichen. Dieser Ausgleich sei erst dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu werden. Dies sei jedoch nicht der Fall. Der Honorarverteilungsmaßstab genüge auch dem Gleichbehandlungsgebot, da er sich im Rahmen der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung bei der Ermittlung Arzthonorars an den im EBM festgelegten Relationen halte.

Hiergegen hat die Klägerin am 23.12.2016 die Klage zum Aktenzeichen [S 12 KA 833/16](#) erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 11.01.2017 das Verfahren für das Quartal IV/15 unter dem Aktenzeichen [S 12 KA 31/17](#) abgetrennt.

Die Beklagte wies mit Widerspruchbescheid vom 22.02.2017 den Widerspruch für das Quartal I/16 mit entsprechender Begründung wie für die beiden Vorquartale als unbegründet zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 24.03.2017 zum Aktenzeichen [S 12 KA 251/17](#) die Klage erhoben.

Mit im Übrigen weitgehend gleichlautender Begründung wie für die Vorquartale wies die Klägerin zur Begründung ihres Widerspruchs für das

Quartal II/16 ergänzend auf einen Honorarverlust in Höhe von 260.172,01 EUR hin. Sie habe im Januar und Mai 2016 vier betriebsbedingte Kündigungen ausgesprochen. Aufgrund der ausgebliebenen Vergütung könne sie nicht in die notwendigen Technologien investieren. Es lägen die Voraussetzungen für eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen vor. Sie biete ein besonderes Leistungsspektrum an, so dass Zuweisungen aus dem gesamten Bundesgebiet erfolgten. Sie erbringe als Praxisbesonderheit Leistungen der Molekulargenetik, Zytogenetik und der biochemischen Genetik. Eine Rechtfertigung der Quotierung ergebe sich weder aus einer zulässigen Begrenzung der Vorwegleistungen noch aus einem notwendigen und zulässigen Ausgleich einer Unterfinanzierung oder einem Fremdkassenzahlungsausgleich. Die Quotierung verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Beklagte habe die Praxis der Begrenzung der Vorwegleistungen nicht in zulässiger Weise fortgeführt. Die Ziffern 2.3 und 2.4 HVM stellten keine Rechtsgrundlage für die vorgenommenen Quotierungen dar. Der Leistungsbereich "Genetisches Labor" stelle keine Vorwegleistungen bzw. freie Leistungen dar. Insbesondere stelle die mittlerweile gestrichene Ziffer 2.4.3 des HVM in der Fassung vom 01.01.2012 oder seine Folgeregelungen keine solche Rechtsgrundlage dar. Die Beklagte habe im Widerspruchsbescheid für die Quartale III und IV/15 die Quotierung nicht mehr mit steigenden Rückstellungen zum Fremdkassenzahlungsausgleich begründet. Es sei davon auszugehen, dass sie die Vornahme des Fremdkassenzahlungsausgleichs aus dem Budget Genetisches Labor in Höhe von etwa zwei Dritteln des gesamten Honorarvolumens selbst nicht als rechtmäßig ansehe. Entscheidend sei, dass der Abzug des Rückstellungsbetrags für den Fremdkassenzahlungsausgleich von der Gesamtvergütung erfolge und zwar bevor diese in das hausärztliche und das fachärztliche Volumen getrennt werde. Die Quotierung sei jedenfalls ihrer Höhe nach unverhältnismäßig.

Die Beklagte wies mit Widerspruchbescheid vom 18.10.2017 den Widerspruch für das Quartal II/16 mit entsprechender Begründung wie für die Vorquartale als unbegründet zurück. Weiter führte sie aus, bezogen auf das Quartal II/16 hätten die Anforderungen für Vorwegleistungen über den jeweiligen Rückstellungsbeträgen gelegen. Daher sei eine Quotierung der Vorwegleistungen erfolgt. Leistungen des genetischen Labors unterlägen nicht dem Regelleistungsvolumen, so dass eine Sonderregelung ausscheide.

Hiergegen hat die Klägerin am 16.11.2017 zum Aktenzeichen [S 12 KA 637/17](#) die Klage erhoben.

Zu Begründung ihrer Klagen trägt die Klägerin ergänzend zu ihrem Vorbringen im Verwaltungsverfahren vor, nachdem die Beklagte im Widerspruchbescheid die von ihr vorgenommene Quotierung selbst nicht mehr mit steigenden Rückstellungen für den Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) begründet habe, sei davon auszugehen, dass sie die Vornahme des Fremdkassenzahlungsausgleichs aus dem Budget "genetisches Labor" in Höhe von etwa 2/3 des Gesamthonorarvolumens selbst nicht als rechtmäßig ansehe. Dies sei auch richtig. Entscheidend sei, dass der Abzug des Rückstellungsbetrages für den Fremdkassenzahlungsausgleich innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs vor der Abtrennung der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge, zu denen auch der Grundbetrag "genetisches Labor" gehöre, erfolge. Die Gruppe der Humangenetiker werde durch die Belastung ihres Grundbetrags ungleich behandelt und ungleich stärker belastet. Die Bildung und Entwicklung des FKZ sei nicht nachvollziehbar. Für die Rückstellungen aus dem Grundbetrag "genetisches Labor" sei keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Die Finanzierung müsse aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen erfolgen. Die von der Beklagten angeführten Beschlüsse des Bewertungsausschusses würden nur bis zum Quartal IV/11 gelten. Eine zulässige Fortführung liege nicht vor. Es handle sich bei dem Leistungsbereich "genetisches Labor" nicht um Vorwegleistungen und um keine freien Leistungen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts oder der Abrechnungsregelungen der Beklagten. Sie sei auch weiterhin der Auffassung, dass ein Unterschuss für den Bereich "genetisches Labor" aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags hätte aufgefüllt werden müssten. Weiterhin gehe sie davon aus, dass ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vorliege. Ziff. 2.4.5 des HVM der Beklagten sei widersprüchlich und rechtswidrig, da sie gegen höherrangige Honorarverteilungsvorgaben der KBV und den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, konkret das hierauf basierende Gebot der Kalkulationssicherheit verstoße. Bei den Humangenetikern handele es sich mit im gesamten Bundesgebiet 98 niedergelassenen Ärzten um eine sehr kleine, hochspezialisierte Gruppe. Nach den KBV-Vorgaben solle die ärztliche Vergütung der Humangenetiker anders behandelt werden als die anderen Leistungsbereiche. Es liege ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und den Grundsatz zur leistungsproportionalen Vergütung. Sie sei überwiegend auf Überweisung tätig und könne ihre Tätigkeit nicht eigenmächtig ausweiten. Sie werde massiv in ihrer Kalkulationssicherheit verletzt. Die Beklagte hätte einen Härtefall annehmen müssen, nachdem sie auf ihre Existenzgefährdung hingewiesen habe, ein Sicherstellungsbedarf bestehe und die Umstände, die zu einer Quotierung geführt hätten, nicht von ihr zu vertreten seien. Die Beklagte sei ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nicht nachgekommen. Es liege ein dauerhafter Abfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau vor. Ihrer Vergütungsquote von 60,563 im Quartal III/15 bzw. 70,09 % im Quartal IV/15 stehe eine Auszahlungsquote von 90,147 % bzw. 89,60 % bei den Fachärzten und von 94,997 % bzw. 94,50 % bei den Hausärzten gegenüber. Auch in ihrer Höhe sei die Quotierung unverhältnismäßig. Im Quartal II/16 habe sie lediglich eine Vergütungsquote von 60,00 % erzielt, der nach der Honoraranalyse für dieses Quartal eine Auszahlungsquote bei den Fachärzten von 92,2 % (EGV + MGV) und bei den Hausärzten von 97,6 % (EGV + MGV) gegenüber stehe. Die Auszahlungsquoten sprächen für sich. Sie lägen -25,7 %, -15,5 %, -25,2 % und -27,4 % unter der Auszahlungsquote der Fachärzte. In den Quartalen I und II/16 sei abweichend vom RLV/QZV der Fachgruppe der Humangenetiker eine Sonderregelung aufgrund der Praxisbesonderheiten anzuerkennen. Sämtliche Leistungen würden im Fachkapitel der Ärzte für Humangenetik aufgeführt werden. Anhand der Frequenzstatistik sei erkennbar, dass die Leistungen nicht von allen Ärzten der Fachgruppe erbracht werden würden. Sie erbringe Leistungen der Molekulargenetik, der Zytogenetik und der biochemischen Genetik. Dieses Leistungsspektrum sei mit der Fachgruppe nicht vergleichbar.

Die Klägerin beantragt, die Honorarbescheide für die Quartale III/15 und IV/15, beide in Gestalt des Widerspruchbescheides der Beklagten vom 23.11.2016, den Honorarbescheid für das Quartal I/16 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 22.02.2017 und den Honorarbescheid für das Quartal II/16 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 18.10.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, sie über ihre Honoraransprüche betreffend die Quartale III/15 bis II/16 unter Beachtung der Rechtauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Widerspruchsbescheiden und im einstweiligen Rechtsschutzverfahren und trägt ergänzend vor, die bundesweiten Vorgaben der KBV zur Aufteilung der morbiditätsbedingten Vergütung auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich hätten sich zum Quartal IV/13 geändert. Diese Vorgaben hätte sie mit dem HVM vom 24./25.08.2013 umgesetzt. Bei den aus dem Grundbetrag "genetisches Labor" zu vergütenden Leistungen handele es sich um sog. Vorwegleistungen, im Honorarbescheid

als "Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)" ausgewiesen. Aus den KBV-Vorgaben folge keine Unzulässigkeit der Quotierung. Sie beziehe sich auf die von ihr im einstweiligen Rechtsschutzverfahren eingeholten Stellungnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Datum vom 30.08.2016 und vom 05.09.2016, die sie zur Gerichtsakte reiche. Mangels einer Vorgabe der KBV könne sie eigene Regelungen auf der Grundlage des [§ 87b SGB V](#) zur Quotierung beschließen. Im Quartal III/15 seien insgesamt rund 3.165.751 EUR der zu verteilenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf den Grundbetrag "genetisches Labor" entfallen. Hierauf seien auf ein Verteilungsbudget 984.254 EUR und auf eine FKZ-Rückstellung 2.181.497 EUR entfallen. Dem Verteilungsbudget habe jedoch eine Honoraranforderung von 1.625.176 EUR gegenübergestanden, so dass die Vergütung mit einer Quote von 60,563 % erfolgt sei. Soweit der von der KBV mitgeteilte FKZ-Saldo von rund 2.313.132 EUR die FKZ-Rückstellung überschreite, wirke sich die Überschreitung nicht auf die Quote aus, sondern werde aus dem fachärztlichen Grundbetrag getragen. Im Quartal IV/15 bzw. I/16 habe der Grundbetrag "genetisches Labor" 3.098.708 EUR bzw. 3.148.325 EUR, das Verteilungsbudget 1.030.382 EUR bzw. 976.793 EUR, die FKZ-Rückstellung 2.068.326 EUR bzw. 2.171.532 EUR und der FKZ-Saldo 2.107.759 EUR bzw. 2.143.273 EUR betragen. Im Quartal I/16 habe der FKZ-Saldo die Rückstellung nicht überschritten. Eine Honoraranforderung von 1.469.921 EUR bzw. 1.799.852 EUR habe daher zu einer Quote von 70,098 % bzw. 54,27 % geführt. Im Quartal I/16 sei eine Stützung nach Ziff. 2.4.6 HVM auf 60,000 % erfolgt. Im Quartal II/16 habe der Grundbetrag "genetisches Labor" 3.445.650 EUR, das Verteilungsbudget 890.177 EUR und die FKZ-Rückstellung 2.555.472 EUR betragen. Der FKZ-Saldo habe die Rückstellung in diesem Quartal nicht überschritten. Eine Honoraranforderung von 2.926.357 EUR hätte daher ohne Stützung aus dem fachärztlichen Grundbetrag mit einer Quote unter 60 % vergütet werden müssen. Die Quotierung sei einheitlich im gesamten Leistungsbereich vorgenommen worden. Mit der Quotierung solle eine übermäßige Leistungsausweitung verhindert und eine Kalkulationssicherheit geschaffen werden. Sie verweise auch diesbezüglich auf die Schreiben der KBV. Auch nach der BSG-Rechtsprechung sei eine Quotierung zulässig. SG Stuttgart, Urt. vom 20.06.2017 - [S 20 KA 26/15](#) - habe eine quotierte Vergütung des Grundbetrags "genetisches Labor" für rechtmäßig befunden. Sowohl das zur Verfügung stehende Verteilungsvolumen als auch die FKZ-Rückstellung seien durch die KBV vorgegeben. Hieran sei sie gebunden. Gründe für das Absinken der Quote im Quartal III/15 seien die Steigerung des Leistungsbedarfs der humangenetischen Leistungen durch hessische Ärzte und zum anderen der Anstieg der gebildeten Rückstellung im FKZ, da auch durch außerhessische Ärzte bei hessischen Versicherten im Quartal III/14 bereits mehr Leistungsbedarf abgerechnet worden sei und dieses Quartal die Grundlage für die Rückstellung bilde. Die Quotierungen seien auch in der Höhe nicht zu beanstanden. Eine Reaktionspflicht habe nicht bestanden, da die Punktwertabsenkung erstmals im Quartal III/15 aufgetreten sei. Ein dauerhafter Punktwertabfall könne frühestens nach zwei Quartalen angenommen werden. Auf ein Absinken der Auszahlungsquoten im Jahr 2012 habe sie mit einer Mindestquote bereits zum Quartal I/13 reagiert. Im Zeitraum bis zum Quartal I/17 sei es lediglich in fünf Quartalen zu einer Vergütung mit einer Quote von 60 % oder knapp darüber gekommen. Im Übrigen hätten die Auszahlungsquoten in sechs Quartalen zwischen 69,439 % und 98,094 % sowie in sechs Quartalen sogar bei 100 % (Quartale II/14 bis IV/14, III/16 bis I/17) gelegen. Die aus dem Grundbetrag "genetisches Labor" zu vergütenden Leistungen seien in den Quartalen II bis IV/14 mit einer Auszahlungsquote von 100 %, im Quartal I/15 mit einer Auszahlungsquote von 96,533 % und im Quartal II/15 mit einer Auszahlungsquote von 98,094 % vergütet worden. Erst in den Quartalen III und IV/15 sei die Auszahlungsquote auf 60,563 und 70,098 % gefallen. Die Daten lägen ihr nicht bereits zum Quartalsende vor. Auch sei im Quartal IV/15 die Auszahlungsquote wieder gestiegen. Eine dauerhafte Entwicklung liege nicht vor, da die Auszahlungsquote in den Quartalen III und IV/16 wieder 100 % betragen habe. Die Überschreitung der 15 %-Schwelle könne nicht anhand der Auszahlungsquoten abgeleitet werden. Selbst bei einem Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau bestünde für das Quartal III/15 noch keine Reaktionspflicht. Es bedürfe einer dauerhaften Entwicklung von mindestens zwei Quartalen. Für die Quartale III/15 bis II/16 hätten sich folgende Auszahlungsquoten ergeben:

Quartal III/15 IV/15 I/16 II/16

Auszahlungsquote MGV FG Humangenetiker in % 62,4 70,2 61,0 61,1

Auszahlungsquote MGV Fachärzte mit RLV in % 84,0 83,1 81,7 84,1

Differenz der Auszahlungsquoten in % -25,7 -15,5 -25,2 -27,4

Relative Abweichung in % 74,3 84,5 74,7 72,7

Auch wenn die Auszahlungsquoten der Fachgruppe der Humangenetiker in den streitbefangenen Quartalen III/15 bis II/16 im Vergleich zu denen aller Fachärzte mit RLV um jeweils mehr als 15 % abweichen würden, begründe dies keine Pflicht zum Eingreifen. Seit Einführung des Grundbetrags "genetisches Labor" bis einschließlich zum Quartal II/15 habe in keinem der Quartale ein dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % vorgelegen. Die Quote sei erst im Quartal III/15 auf unter 15 % gesunken. Eine Reaktionspflicht setze frühestens nach Vorliegen von Daten aus mindestens zwei Quartalen ein, so dass für die Quartale III und IV/15 eine Handlungspflicht ausscheide. Die vollständigen Ergebnisse inkl. FKZ-Saldo aus dem Quartal III/15 hätten ihr am 16.03.2016 und aus dem Quartal IV/15 am 15.06.2016 vorgelegen. Sie hätte daher frühestens ab dem 15.06.2016 entsprechende Schritte für ein Eingreifen einleiten können. Rein faktisch sei ihr eine Reaktion schon zum Quartal I/16 nicht möglich gewesen. Die vollständigen Ergebnisse inkl. FKZ-Saldo aus dem Quartal I/16 hätten ihr erst am 13.09.2016 und damit an dem Tag vorgelegen, an dem Berechnungsbeginn für das Quartal II/16 gewesen sei. Hinzu komme, dass sie bereits im März 2016 Kenntnis davon gehabt hätte, dass der Bewertungsausschuss in seiner 372. Sitzung am 11.03.2016 mit Wirkung zum 01.07.2016 umfangreiche Änderungen im Bereich der Humangenetik beschlossen habe, die wiederum Anpassungen der Vorgaben der KBV gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) erfordern hätten. Die maßgeblichen Teile B und E der Vorgaben der KBV seien sodann am 23.08.2016 mit Wirkung zum 01.07.2016 geändert worden. Sie habe daher gewusst, dass zum Quartal III/16 umfangreiche Änderungen in Kraft treten würden. Mit diesen Änderungen auf Bundesebene hätten die Leistungen des Grundbetrags "genetisches Labor" in den Quartalen III und IV/16 schließlich zu 100% und damit vollständig vergütet werden können. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten für Leistungen aus dem Facharztkapitel komme nicht in Betracht, da es sich um fachgruppentypische Leistungen handele.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte sowie der Verfahrensakte mit Az.: [S 12 KA 328/16 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 Klagen sind aber unbegründet. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale III/15 und IV/15, beide in Gestalt des Widerspruchbescheides der Beklagten vom 23.11.2016, der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal I/16 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 22.02.2017 und der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal II/16 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 18.10.2017 sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubeschreibung über ihren Honoraranspruch für die Quartale III/15 bis II/16 unter Beachtung der Rechtauffassung des Gerichts. Die Klagen waren abzuweisen.

Rechtsgrundlage für den Honoraranspruch der Klägerin ist [§ 87b SGB V](#) i. V. m. dem Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten.

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). Dieser HVM wurde im Grundsatz fortgeführt und galt auch in den streitbefangenen Quartalen.

Der ab 01.01.2012 geltende HVM 2012 regelte die Vergütung humangenetischer Leistungen in Nr. 2.4.3 "Vergütung und Steuerung humangenetischer Leistungen des Kapitels 11 EBM bei Probeneinsendungen". Diese Bestimmung wurde durch Nr. 15 des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 24./25.08.2013 mit Wirkung zum 01.10.2013, veröffentlicht in Auf den PUNKT, info.service-Sonderausgabe 4b, September 2013, S. 3, gestrichen, dafür wurde durch Nr. 18 folgende Ziff. 2.4.5 ergänzt: Nr. 15 des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 10.10.2015 ersetzte mit Wirkung zum 01.01.2015, veröffentlicht in Auf den PUNKT, info.service Nr. 6, Dezember 2015, S. 24, in Satz 1 "Teil G" durch "Teil B" und strich in Satz 2 die Worte "mit Wirkung ab 01.10.2013", indem er Ziff. 2.4.5 folgende Fassung gab: Vergütung technischer Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 Die Vergütung der technischen Leistungen der Humangenetik (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) erfolgt aus dem Grundbetrag "genetisches Labor", welcher sich gemäß Teil B 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. Im Falle eines Unter- oder Überschusses ist die Regelung nach Teil B, Nr. 7.3 der Vorgaben der KBV gem. [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) anzuwenden.

Bereits durch Nr. 5 des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 23.02.2013 und 25.05.2013 war mit Wirkung ab 01.01.2013 Ziff. 2.4.6 "Quotierung" eingefügt worden: Soweit eine Quotierung der Leistungen nach Ziffer 2.4.1 bis 2.4.5 die Quote von 60% unterschreitet, erfolgt eine Stützung auf diese Quote von 60% zu Lasten der nach Ziffer 3.1.2 zweiter Spiegelstrich gebildeten Rückstellung.

Ziff. 3.1.2 zweiter Spiegelstrich, ebf. mit diesem Beschluss eingefügt, lautet: - 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](#).

Die durch den HVM eingeführte Quotierung der humangenetischen Leistungen ist im Grundsatz nicht zu beanstanden. Sie widerspricht nicht den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Die KBV verabschiedete erstmals mit Wirkung ab 01.10.2013 Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) als Teil G ihrer "Anpassung der Vorgaben gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG)" (zitiert jeweils nach www.kbv.de). Die KBV strich mit Wirkung zum 01.01.2015 mit Beschluss vom 23.12.2014 dann Teil G und in Teil B Ziff. 1 die Worte "gemäß KBV-Vorgaben, Teil G" und "gemäß KBV-Vorgaben, Teil H" und fügte nach den Worten "(Grundbetrag "genetisches Labor"" die Worte "für die Vergütung der GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM" ein.

Ab dem Quartal III/15 galten nach Ziff. 1.2 Teil B "Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung" der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen: Grundbeträge sind 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 Ziff. 1.3 Teil B KBV-Vorgabe: Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge sind je Versicherten verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik (Grundbetrag "genetisches Labor" für die Vergütung der GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag "PFG") zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Ziff. 2 Teil B KBV-Vorgabe (Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge) bestimmte Folgendes: Die gemäß der bis zum 31. Dezember 2014 gültigen KBV-Vorgaben bzw. diesen KBV-Vorgaben, Teil B nach 2. bis 6. bestimmten Grundbeträge im jeweiligen Vorjahresquartal bilden die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.5 und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

In Ziff. 4 Teil B KBV-Vorgabe bestimmte die KBV - unverändert - die "Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung" wie folgt: Soweit die Summe der gemäß 2. bis 3. sowie gemäß KBV-Vorgaben, Teil G und Teil H gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der gemäß 2. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Grundbetrag zugeführt oder entnommen.

In Ziff. 7 Teil B KBV-Vorgabe "Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge ‚Labor‘, ‚ärztlicher Bereitschaftsdienst‘, ‚genetisches Labor‘ und ‚PFG‘" bestimmte sie: Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf die gemäß 2. bis 6. abschließend bestimmten Vergütungsvolumina der Grundbeträge "Labor" und "ärztlicher Bereitschaftsdienst" sowie der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge "genetisches Labor" und "PFG" festgestellt werden, werden diese wie nachfolgend dargestellt angepasst und die dafür notwendigen Finanzmittel wie folgt bereitgestellt.

In Ziff. 7.3 Teil B KBV-Vorgabe: Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags "genetisches Labor" erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags "genetisches Labor" sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nach dem letzten Satz der Ziff. 7 nicht durchgeführt werden.

Mit Beschluss vom 09.06.2015 ersetzte die KBV in Ziff. 1.3 Teil B "11220" durch "11230, 11233 bis 11236" mit Wirkung zum Quartal IV/15. Der Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B für das Jahr 2015 fügte sie als Nr. 2 - der zweite und dritte Absatz wurden eingerückt und mit "1." nummeriert - folgende Bestimmung an: 2. Für das 4. Quartal 2015 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags "genetisches Labor" in gleicher Höhe zugeführt: Der im 4. Quartal 2014 für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11230 bis 11232 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im 4. Quartal 2014. Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für den fachärztlichen Grundbetrag und den Grundbetrag "genetisches Labor" erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

Mit Beschluss vom 09.06.2015 wurde ferner für das Jahr 2016 die Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B neu gefasst: Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung Gemäß der Präambel zu den KBV-Vorgaben Teil B werden zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik des Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelungen in Form eines Anhangs zu Teil B gegeben. Für das Jahr 2016 wird dazu das Folgende geregelt: Im Zeitraum vom 1. Quartal 2016 bis 3. Quartal 2016 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags "genetisches Labor" in gleicher Höhe zugeführt: Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11230 bis 11232 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für den fachärztlichen Grundbetrag und den Grundbetrag "genetisches Labor" erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

Die Vorgaben der KBV beinhalten keine Vorgabe für eine Festvergütung. Teil B betrifft insb. das Verhältnis der Aufteilung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich. Dies wird auch durch die übrigen Unterabschnitte deutlich. Damit wird keine zwingende Aussage für die Verteilung innerhalb des fachärztlichen Bereichs getroffen. Vorgaben für die Gestaltung des HVM werden vielmehr in Teil A "Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (GKV-VStG)" getroffen. So bestimmt Teil A in der ab 01.01.2015 und ebenso in der ab 01.10.2016 geltenden Fassung, dass der HVM gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (GKV-VStG) Regelungen vorzusehen hat, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten,

Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird (Ziff. 2 Teil A KBV-Vorgabe). Dabei soll den Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Einrichtungen eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden (Ziff. 3 Teil A KBV-Vorgabe). Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß [§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) (GKV-VStG), die unter Berücksichtigung von Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt wird (Ziff. 4 Teil A KBV-Vorgabe). Weder hieraus noch nach der Übergangsvorschrift (Ziff. 6 Teil A KBV-Vorgabe) ergibt sich zwingend eine vollständige Festvergütung für Leistungen des genetischen Labors.

Mit dem versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag "genetisches Labor" nach Ziff. 1.3 Teil B KBV-Vorgabe wird für die Honorarverteilung der Beklagten verbindlich innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs (fachärztlichen Grundbetrags) ein eigenständiges Honorarkontingent geschaffen. Dieses Honorarkontingent wird außerhalb bzw. vor weiterer Aufteilung der Vergütung auf die einzelnen Honoraruntergruppen bedient. Insofern handelt es sich um Vorwegleistungen. Für die Bildung des Honorarkontingents ist das entsprechende Honorarvolumen des Vorjahresquartals maßgebend, das aufgrund der Veränderungsrate angepasst wird (Ziff. 2 Teil B KBV-Vorgabe). Die Bereitstellung der benötigten Vergütungsvolumen erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des betroffenen Grundbetrags "genetisches Labor" (Ziff. 6 Teil B KBV-Vorgabe).

Die KBV-Vorgabe enthält kein Verbot der Quotierung. Ziff. 7.3 Teil B KBV-Vorgabe gibt lediglich vor, dass eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags erfolgen muss. Damit wird ausgeschlossen, dass eine Stützung des Honorarkontingents vor der Aufteilung des Vergütungsvolumens auf die haus- und fachärztliche Versorgungsebene erfolgt und damit zu Lasten der hausärztlichen Versorgungsebene.

Im Übrigen dient die Bildung von Honorarkontingenten insbesondere der Mengensteuerung und Mengenbegrenzung mit der Folge einer Quotierung.

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](#) - [BSGE 77, 279](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 10](#), 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 Regelleistungsvolumen 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 nach den Angaben der Beklagten für die strittigen Quartale folgende Relationen (Angaben jeweils in %):

Quartal III/15 IV/15 I/16 II/16

Auszahlungsquote MGV FG Humangenetiker in % 62,4 70,2 61,0 61,1

Auszahlungsquote MGV Fachärzte mit RLV in % 84,0 83,1 81,7 84,1

Relative Abweichung in % 74,3 84,5 74,7 72,7

Angesichts des in den Quartalen III und IV/15 eingetretenen Falls der Auszahlungsquote um 25,7 % und 15,5 % gegenüber der hier angenommenen Referenz-Auszahlungsquote war die Beklagte gehalten, die Honorarentwicklung verstärkt zu beobachten. Aufgrund des bereits eingebauten Stützungsmechanismus, der zunächst geringer werdenden relativen Abweichung im Quartal IV/15, die sich fast der Interventionsgrenze von 15 % annäherte, und der hohen Auszahlungsquoten in den Vorquartalen II/14 bis II/15 konnte die Beklagte aber zunächst ein weiteres Quartal abwarten. Allerdings steigerte sich die relative Abweichung im Quartal I/16 wieder auf 25,3 %, was nunmehr eine Intervention erforderlich machte. Die Abrechnungsdaten für das Quartal I/16 lagen der Beklagten jedoch erst am 13.09.2016 vor, die Daten für das Quartal IV/15 erst am 15.06.2016. Ab dem Quartal III/16 war aber zwischenzeitlich eine Stabilisierung der Vergütung mit einer Auszahlungsquote von 100 % eingetreten. Insofern ist auch zu berücksichtigen, worauf die Beklagte sich beruft, dass sie bereits im März 2016 Kenntnis davon hatte, dass der Bewertungsausschuss in seiner 372. Sitzung am 11.03.2016 mit Wirkung zum 01.07.2016 umfangreiche Änderungen im Bereich der Humangenetik beschlossen hatte, die zum Quartal III/16 umfangreiche Änderungen auf Bundesebene brachten und letztlich dazu führten, dass die Leistungen des Grundbetrags "genetisches Labor" in den Quartalen III und IV/16 schließlich zu 100% und damit vollständig vergütet werden konnten. Von daher kann zwar von einem dauerhaften, aber vorübergehenden Punktwertverfall ausgegangen werden, der die Beklagte noch nicht zur Reaktion für die streitbefangenen Quartale, insb. auch nicht das Quartal II/16 verpflichtete.

Die Berücksichtigung des Fremdkassenzahlungsausgleichs durch die Beklagte war nicht zu beanstanden.

Bei dem Fremdkassenzahlungsausgleich handelt es sich um Vorwegabzüge für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung, die bedarfsabhängig aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Vergütungsvolumina nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag "Labor" oder Grundbetrag "ärztlicher Bereitschaftsdienst" zu bilden sind (Ziff. 1.1 Präambel Vorgabe KBV). Die Beklagte hat für die hier streitgegenständlichen Quartale im Einzelnen erläutert, dass das Honorarkontingent für den Grundbetrag "genetisches Labor" aus einem Verteilungsbudget und einer Fremdkassenzahlungsausgleichs-Rückstellung besteht. Soweit der von der KBV mitgeteilte Fremdkassenzahlungsausgleichs-Saldo die Fremdkassenzahlungsausgleichs-Rückstellung überschreitet, geht dies zu Lasten des fachärztlichen Grundbetrags und wirkt sich nicht zu Lasten der Quote für das Honorarkontingent für den Grundbetrag "genetisches Labor" aus. Die Quote wird aus der Honoraranforderung für den Grundbetrag "genetisches Labor" und das zur Verfügung stehendes Verteilungsbudget gebildet. Für den Fremdkassenzahlungsausgleich erfolgt eine gesonderte Abrechnung. Für den Bereich "genetisches Labor" erfolgt im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs eine gesonderte Abrechnung. Im Rahmen des

Fremdkassenzahlungsausgleichs-Saldo erfolgt eine separate Mitteilung für den Bereich Humangenetik. Der Humangenetik-Saldo wird zunächst aus der Fremdkassenzahlungsausgleichs-Rückstellung im Bereich "genetisches Labor" finanziert. Übersteigt der Humangenetik-Saldo die Rückstellung, erfolgt die Finanzierung aus dem fachärztlichen Grundbetrag und nicht aus dem Grundbetrag "genetisches Labor". In den zwei Streitgegenständlichen Quartalen III/14 und IV/14 überschritt der FKZ-Saldo die Fremdkassenzahlungsausgleichs-Rückstellung, was aber ohne Auswirkung auf die Quote für den Grundbetrag "genetisches Labor" war.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf ein höheres Regelleistungsvolumen insb. in den Quartalen I und II/16.

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Dies gilt insbesondere für folgende Fallgestaltungen: Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund - urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- eines außergewöhnlichen und durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.
- der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung - auch nach Anwendung der Regelung gemäß , Nr. 3.2.1, zweiter Absatz, Satz 3 - nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.
Darüber hinaus kann auf Beschluss des Vorstandes der KV Hessen in begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) anstelle des entsprechenden Vergleichs quartals des Vorjahres ein anderes Quartal als Referenzquartal zugrunde gelegt werden. Der Vorstand der KV Hessen kann außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen. Dies gilt insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt (RLV und QZV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entscheidet hierüber im Einzelfall (Ziff. 3.5 HVM 2012).

Die Voraussetzungen für eine Erhöhung des RLV-Fallwertes liegen nicht vor.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts genügt es zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens muss darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM. Mit dem Regelleistungsvolumen soll nicht ein eingeschränktes, sondern ein umfassendes Leistungsprofil abgebildet werden. Es würde dem Konzept des Regelleistungsvolumens mit seiner Anknüpfung an fachgruppenbezogene Durchschnittswerte, die alle fachgruppentypischen Leistungen abbilden, widersprechen, wenn ein Teil der Fachgruppe ausschließlich die niedriger bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet, während ein anderer Teil ausschließlich die hoch bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet und dafür eine individuelle Erhöhung des Regelleistungsvolumens erhalten würde (vgl. BSG, Urte. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66, juris Rdnr. 21 f.; BSG, Urte. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - [MedR 2012, 413](#), juris Rdnr. 17 f.; BSG, Urte. v. 26.06.2019 - [B 6 KA 1/18 R](#) - SozR 4 (vorgesehen), juris Rdnr. 19 ff., jeweils m.w.N.). Diese zu den Praxisbudgets und den in den Quartalen II/05 bis IV/08 geltenden Regelleistungsvolumina entwickelte Rechtsprechung ist auch auf das ab dem Quartal I/09 geltende Regelwerk anzuwenden (vgl. BSG, Urte. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - a.a.O., Rdnr. 31; BSG, Urte. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - a.a.O., Rdnr. 22; BSG, Urte. v. 26.06.2019 - [B 6 KA 1/18 R](#) - SozR 4 (vorgesehen), juris Rdnr. 20). Diese Rechtsprechung kann auch für die Quartale ab I/12 fortgeführt werden, da insofern die Beklagte die vormalig geltenden Regelungen in ihren HVM übernommen hat.

Die Frage der Fachgruppentypik einer Leistung kann nach der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht allein nach der Häufigkeit der Praxen bzw. Ärzte der Fachgruppe bestimmt werden, die diese Leistungen erbringen. Maßgeblich ist die Erbringung spezieller Leistungen, die typischerweise eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Daneben ist die Frage von Bedeutung, wie hoch der Anteil der zur Fachgruppe gehörenden Ärzte ist, der die Leistung ebenfalls abrechnet. Diese Gesichtspunkte sind zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen. Dem Umstand, dass eine Leistung nur von einer relativ geringen Zahl der Ärzte der Fachgruppe abgerechnet wird, führt nicht zwingend zu einer Sonderregelung. Das Bundessozialgericht hat bisher nicht entschieden, dass die besonders häufige Erbringung von Leistungen, die von weniger als der Hälfte der Ärzte der Fachgruppe abgerechnet werden, generell eine Praxisbesonderheit begründen würde. Das wäre nach dem Bundessozialgericht auch nicht sachgerecht. Schließlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Ärzte einer Fachgruppe auf unterschiedliche Leistungen spezialisieren. Das kann zur Folge haben, dass Leistungen, die ausschließlich von Ärzten der Fachgruppe erbracht und abgerechnet werden dürfen, dennoch jeweils von weniger als 50 % der Fachgruppe erbracht werden. Wenn allein dieses Kriterium herangezogen werden dürfte, müssten in einer solchen Konstellation alle Ärzte der Fachgruppe Praxisbesonderheiten geltend machen können. Es sind daher die übrigen genannten Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen (vgl. BSG, Urte. v. 26.06.2019 - [B 6 KA 1/18 R](#) - SozR 4 (vorgesehen), juris Rdnr. 23 f.; BSG, Beschl. v. 21.03.2018 - [B 6 KA 70/17 B](#) - juris Rdnr. 9 ff.).

Nach diesen Grundsätzen liegen die Voraussetzungen für eine Erhöhung des RLV nicht vor. Die Klägerin rechnet nur humangenetische Leistungen ihres Fachgebiets ab. Sie trägt selbst vor, sämtliche Leistungen würden im Fachkapitel der Ärzte für Humangenetik aufgeführt werden. Nach der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kommt es gerade nicht darauf an, ob die Leistungen des Fachgebiets nicht von allen Ärzten der Fachgruppe erbracht werden. Von daher liegen auch keine Praxisbesonderheiten zur Anerkennung eines höheren Regelleistungsvolumens vor.

Ein Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit liegt nicht vor.

Nach dem aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitenden Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit dürfen zwei Gruppen, die sich in verschiedener Lage befinden, nur beim Vorliegen zureichender Gründe gleichbehandelt werden. Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern genauso das Gebot sachgerechter Differenzierung bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Zwei Gruppen, die sich in verschiedener Lage befinden, dürfen nur bei Vorliegen zureichender Gründe gleichbehandelt werden, und es ist mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) unvereinbar, Ungleiches gegen ein zwingendes Gebot gleich zu behandeln (vgl. BSG, Urt. v. 20.01.1999 - [B 6 KA 46/97 R](#) - [BSGE 83, 205](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#), juris Rdnr. 37 f. m.w.N.; BSG, Urt. v. 08.02.2012 - [B 6 KA 14/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 69](#), juris Rdnr. 15).

Die Quotierung der humangenetischen Leistungen ist, wie bereits ausgeführt, rechtmäßig und benachteiligt die Klägerin nicht in rechtlich unzulässiger Weise. Die Quotierung erfolgt bereits seit vielen Quartalen und wurde daher nicht überraschend eingeführt. Soweit der Punktwertverfall vorher nicht absehbar wird, greift der genannte Mechanismus der Beobachtungs- und Reaktionspflicht ein. Dieser wird auch einem evtl. Gebot der Kalkulationssicherheit gerecht. Von daher liegt kein Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit vor.

Die Festsetzung des Honorars verstößt auch nicht gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung.

Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) i. V. m. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) kommt erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist. Dies ist erst dann der Fall, wenn flächendeckend und unabhängig von Besonderheiten in einzelnen Regionen und/oder bei einzelnen Arztgruppen ein Vergütungsniveau zu beobachten wäre, das mangels ausreichenden finanziellen Anreizes zu vertragsärztlicher Tätigkeit zur Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten führt (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), juris, Rdnr. 135; BSG, Urt. v. 11.12.2013 - [B 6 KA 6/13 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 29](#), juris Rdnr. 42; BSG, Urt. v. 17.02.2016 - [B 6 KA 46/14 R](#) - [USK 2016-20](#), juris Rdnr. 31). Im Hinblick auf die vorrangige Funktionszuweisung an den Bewertungsausschuss nach [§ 87 SGB V](#), den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und ihre Punktzahlen zu bestimmen, kann das Niveau von Vergütungen erst dann von den Gerichten im Hinblick auf [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) i. V. m. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) beanstandet werden, wenn die Funktionsfähigkeit der Versorgung mangels ausreichenden finanziellen Anreizes, vertragsärztlich tätig zu werden, gefährdet wäre (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2015 - [B 6 KA 39/15 R](#) - [SozR 4-5531 Nr. 40100 Nr. 1](#), juris Rdnr. 35 m.w.N.). Anhaltspunkte für eine solche Situation sind nicht ersichtlich. Auf die Honorarsituation bzw. den Honorarrückgang einer einzelnen Praxis bzw. der Praxis der Klägerin kommt es nicht an. Da die Vergütung nicht für jede Leistung kostendeckend sein muss und sich die Frage der Kostendeckung auch nicht auf die bei einem einzelnen Arzt anfallenden Kosten beziehen kann, ergibt sich selbst aus einer etwaigen Kostenunterdeckung bei einzelnen Leistungen kein zwingender Grund für eine bestimmte Auslegung des Gebührentatbestandes (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2015 - [B 6 KA 39/15 R](#) - a.a.O. Rdnr. 25) bzw. eine pauschale Erhöhung des Honorars.

Nicht Gegenstand des Verfahrens sind dagegen Ansprüche auf Sonderzahlungen für die streitigen Quartale, wie sie nach Ziff. 3.7 HVM in Härtefällen und aus Sicherstellungsgründen möglich sind.

Für die Annahme eines Härtefalles ist kein Raum, wenn die Voraussetzungen für die Annahme eines Härtefalles eng zu ziehen waren, weil der HVM bereits Regelungen enthält, mit denen einerseits besondere Versorgungsstrukturen und andererseits existenzbedrohende Honorarminderungen berücksichtigt werden. Ein Härtefall kommt dann nur noch im seltenen Ausnahmefall in Betracht, wenn trotz dieser Mechanismen im HVM durch Umstände, die der Vertragsarzt nicht zu vertreten hatte, ein unabweisbarer Stützungsbedarf entsteht. Es müssten hier sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sein als auch ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestehen. Ansonsten können allenfalls noch gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur zur Anerkennung einer Härte führen (vgl. BSG, Urt. v. 08.02.2012 - [B 6 KA 14/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 69](#), juris Rdnr. 25; BSG, Urt. v. 03.08.2016 - [B 6 KA 42/15 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 33](#), juris Rdnr. 27).

Gegenstand einer Anfechtungs- und Leistungsklage, hier auf höhere Honorierung vertragsärztlicher Leistungen, kann in zulässiger Weise nur sein, was bereits Gegenstand des Verwaltungsverfahrens war. Entscheidungen über Sonderzahlungen aus Härtegründen setzen eine abschließende Entscheidung über den Honoraranspruch voraus, wie er sich bei Anwendung der allgemein für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften ergibt (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), juris Rdnr. 29). Auch Ziff. 3.7 HVM sieht einen Antrag vor. Bisher liegt keine Entscheidung der Beklagten über einen evtl. Härtefallantrag vor.

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 geltend gemachten zusätzlichen Honoraransprüche bzw. Honorarverluste zu berechnen. Diese Beträge waren wegen des Bescheidungsantrags zu halbieren. Für die Quartale III und IV/15 macht die Klägerin einen Honorarverlust in Höhe von 314.561,25 EUR bzw. 173.811,99 EUR, für das Quartal I/16 in Höhe von 233.688,26 EUR zzgl. der Mindervergütung im Regelleistungsvolumen von 4.453,01 EUR, zusammen in Höhe von 238.141,27 EUR und für das Quartal II/16 in Höhe von 260.172,01 EUR zzgl. der Mindervergütung im Regelleistungsvolumen von 7.932,55 EUR, zusammen in Höhe von 272.562,07 EUR.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-10-24