
S 3 KA 4/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hamburg
Sozialgericht	Sozialgericht Hamburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 KA 4/00
Datum	01.08.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Tatbestand:

Strittig ist, ob die der Klāgerin als Auftragsleistungen zur Erbringung Ńberwiesenen Laboratoriumsuntersuchungen auf die begrenzten Gesamtpunktzahlen der Ńberweisenden Ńrzte anrechenbar sind.

Die Klāgerin ist eine zur vertragsŃrztlichen Versorgung in Hamburg zugelassene Gemeinschaftspraxis von Ńrzten fŃr Laboratoriumsmedizin bzw. fŃr Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin.

Durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 9.12.1998 (DŃ 1999, S. A-71 ff.) wurde mit Wirkung zum 1.7.1999 der Abschnitt O (Laborleistungen) des einheitlichen BewertungsmaŃstabs fŃr vertragsŃrztliche Leistungen (EBM-Ń) grundlegend umgestaltet. Leitgedanke des neuen Systems sollte es sein, bei gleicher LeistungsqualitŃt stŃrkere Anreize zum medizinisch notwendigen Umgang mit Laborleistungen zu geben und die Verantwortung fŃr die Wirtschaftlichkeit dem Veranlasser zuzuordnen (Mitteilung der KassenŃrztlichen Bundesvereinigung zur Weiterentwicklung des EBM-Ń, DŃ 1999, S. A-65). Die Ńbernahme dieser Verantwortung sollte erreicht werden, indem Ńber ein

Bonussystem Anreize gesetzt wurden, die (für das Allgemein- und Speziallabor getrennten) „Budgets“ nicht zu überschreiten (a.a.O., S. A-66).

Neben einer Aufteilung des Honorars in einen ärztlichen und einen analytischen Honoraranteil und einer Neubewertung der (analytischen) Laborleistungen auf betriebswirtschaftlicher Grundlage (siehe hierzu Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Weiterentwicklung des EBM-Ä, DÄ 1999 S. A-65/66) beinhaltete die Neuregelung (soweit für den Rechtsstreit von Bedeutung) folgendes:

• die Einführung einer Laborgrundgebühr (Nr. 3450 EBM-Ä) je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen (Definitionsauftrag), mit nach ärztlichen Fachgruppen differenzierten Punktzahlen; mit der Gebühr sind die ärztlichen Leistungen des Kapitels O EBM-Ä also der Aufwand des Arztes für die Indikation, Veranlassung, Befundung und Interpretation der Laborergebnisse im Gesamtkontext des vorliegenden Krankheitsbildes (DÄ 1999 S. A-66) mit Ausnahme der Kosten für die laboratoriumsmedizinischen Analysen abgegolten;

• die Einführung einer Gebührenposition für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels O EBM-Ä (Nr. 3452 EBM-Ä; sogenannte „Bonus-Regelung“) je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen (Definitionsauftrag), mit nach ärztlichen Fachgruppen differenzierten Punktzahlen;

• die Einführung einer begrenzten Gesamtpunktzahl für die Kosten eigenerbrachter oder als Auftragsleistungen überwiesener (im OI/II-Bereich auch von Laborgemeinschaften bezogener) kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen nach dem vertraglichen Anhang zu den Abschnitten OI/II bzw. OIII je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal, die jeweils für die Abschnitte OI/II und OII EBM-Ä getrennt zu bilden ist (jeweils Absatz 1 der Präambel zum Abschnitt O I./II. „Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen“ bzw. der Präambel zum Abschnitt O III. „Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen“) und deren Höhe sich aus dem (jeweiligen) Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle der Arztpraxis ergibt; der jeweiligen Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der DM-Beträge (für den analytischen Teil) der eigenerbrachten oder überwiesenen (bei OI/II auch sowie ab 1.1.2000 auch bei OIII auch der bezogenen) Leistungen des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt OI/II bzw. OIII EBM-Ä ergibt (jeweils Absatz 2 i.V. m. Absatz 3 der Präambeln);

• die Einführung einer sogenannten „Malus-Regelung“ (jeweils Absatz 4 der Präambeln); danach werden dann, wenn die Summe der nach den jeweiligen Absätzen 2 und 3 ermittelten Punkte (das Punktzahlvolumen für Analyseleistungen) die begrenzte Gesamtpunktzahl der Arztpraxis überschreitet, die überschreitenden Punkte von dem dieser Praxis zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus Nr. 3452 EBM-Ä ergibt, abgezogen;

â die Festlegung von KrankheitsfÃllen, die bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl und des Punktzahlvolumens und damit bei der Anwendung der 'Malus-Regelung' unberÃcksichtigt bleiben (jeweils Absatz 5 der PrÃambeln).

Die HÃ¶he der begrenzten Gesamtpunktzahlen wurde auf der Grundlage der fachgruppenspezifischen Abrechnungs- und Veranlasserfrequenzen im Quartal I/98 festgelegt (vgl. Beilage zur Ãrzte-Zeitung 'Der neue Labor EBM' S. 17).

In der Folgezeit wurde die Regelung wiederholt modifiziert. Neben kleineren Ãnderungen (u.a. mit BeschlÃssen des Bewertungsausschusses in seiner 60. Sitzung â DÃ 1999, S. A-3205, 3206 â und zuletzt in der 67. Sitzung) hat der Bewertungsausschuss als Reaktion auf die hÃ¶her als erwartet eingetretenen LeistungsmengenrÃckgÃnge und die daraus resultierenden Honorarverluste (DÃ 2000, S. A- 556) mit Wirkung zum 1.1.2000 bzw. zum 1.4.2000 zahlreiche Ãnderungen des Abschnitts O des EBM-Ã beschlossen, die insbesondere eine Ausweitung der Ausnahmeindikationen sowie die GewÃhrung eines prozentualen Aufschlags in HÃ¶he von 24 % auf die 'Analysekosten' beinhaltete (vgl. DÃ 2000, S. A-559 ff.).

Nachdem die Beklagte Forderungen der KlÃgerin, die Anwendung der Laborreform auszusetzen, nicht entsprochen hatte (vgl. Schreiben der KlÃgerin vom 28.5. und 6.8.1999 sowie Schreiben der Beklagten vom 2.9.1999), legte diese ab dem Quartal III/99 gegen die ihr erteilten Honorarbescheide WidersprÃche ein, welche u.a. damit begrÃndet wurden, dass die rechtswidrige EinfÃhrung des Wirtschaftlichkeitsbonus wesentliche Ursache des bei der KlÃgerin eingetretenen HonorarrÃckgangs sei; daraus ergÃben sich Pflichten der Beklagten, MaÃnahmen zur Schadensbegrenzung, etwa in Form von Ausgleichszahlungen oder Sicherstellungsleistungen zu treffen (vgl. Schreiben vom 12.5.2000).

Am 3.1.2000 hat sie zudem durch ihre damaligen BevollmÃchtigten Feststellungsklage erhoben, die sie mit Schriftsatz vom 28.12.1999 wie folgt begrÃndet hat:

Die KlÃgerin wende sich gegen das Bonus/Malus-System in Nr. 3452 EBM-Ã i.V.m. den Allgemeinen Bestimmungen zum Kapitel O III EBM-Ã, durch das erstmals ein monetÃrer Anreiz fÃr die Nicht-Inanspruchnahme anderer Ãrzte gesetzt werde. Diese Regelung verstoÃe zum einen gegen den Vorrang des Gesetzes, da sie den nach [Ã 87 SGB V](#) zulÃssigen Regelungsinhalt des EBM-Ã Ãberschreite, und zum anderen gegen den Vorbehalt des Gesetzes, da sie die BerufsausÃbung der LaborfachÃrzte wesentlich prÃge. Sie sei auch deswegen rechtswidrig, weil die Zusammenfassung von Eigen- und Auftragsleistungen in einheitlichen Budgets gegen [Art. 12](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) verstoÃe; schlieÃlich seien die Budgets fehlerhaft berechnet und daher zu gering dimensioniert.

Die Klage sei als Feststellungsklage zulÃssig. Die Feststellung der Nichtanrechenbarkeit der von den Einsendern der KlÃgerin in Auftrag gegebenen Laborleistungen auf die Praxisbudgets fÃr Laborleistungen stelle ein RechtsverhÃltnis im Sinne des [Ã 55 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) dar.

Die Klägerin wolle auch in Zukunft von ihren Einsendern Aufträge im medizinisch indizierten Umfang erhalten; die Beklagte wolle die Budgetierungsregelungen des EBM-Ä anwenden und dadurch insbesondere die Zahl der der Klägerin erteilten Untersuchungsaufträge reduzieren.

Auf andere zumutbare Weise könne die Klägerin keinen Rechtsschutz erlangen, auch nicht im Rahmen eines Honorarabrechnungsstreits, da dort allein die von der Klägerin erbrachten und abgerechneten Leistungen überpruft werden könnten, während es vorliegend um die der Klägerin aufgrund der Budgetierungsregelungen entgangenen Untersuchungsaufträge gehe.

Da die Kombination aus strikter Überweisungsbindung und gleichzeitiger Einflussnahme auf die Vergabe von Untersuchungsaufträgen intensiv in die Berufsausübungsfreiheit der Klägerin eingreife, gebiete es auch [Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG](#), der Klägerin unter diesen Umständen Rechtsschutz durch eine Feststellungsklage zu gewähren.

Die Klage sei auch begründet.

Die Einbeziehung der Laborauftragsleistungen in die Praxisbudgets nach den Praxismabeln zu den Abschnitten OI/II bzw. OIII EBM-Ä verstoße gegen [Â§ 87 SGB V](#), da der Bewertungsausschuss mit der Einföhrung des 'Wirtschaftlichkeitsbonus' den Bereich seiner dort beschriebenen Aufgaben verlassen habe. Die Sanktionierung von budgetüberschreitenden Leistungen durch Honorarabzüge beim Veranlasser habe keinerlei Bezug zum eigentlichen Regelungsgegenstand des EBM-Ä. Anders als beim bisherigen OI-Praxisbudget, bei dem die Vergütung für jede einzelne Leistung bei Budgetüberschreitung sinke, stelle der Wirtschaftlichkeitsbonus keine Regelung des wertmäßigen Verhältnisses der Leistungen dar, da der die Leistung veranlassende Arzt für diese Leistungen nie eine Vergütung erhalte.

Zudem sei der Katalog der dem Bewertungsausschuss zur Steuerung des Leistungsverhaltens zur Verfügung stehenden Mittel in [Â§ 87 SGB V](#) abschließend geregelt, wie sich im Umkehrschluss aus der ausdrücklichen Erwähnung der über die bloße Definition und Bewertung der Leistungen nach [Â§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) hinausgehenden Instrumente in [Â§ 87 Abs. 2a SGB V](#) ergebe. Nur aufgrund der abschließenden Beschreibung der zulässigen Regelungsinhalte stelle [Â§ 87 SGB V](#) eine hinreichend bestimmte gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für die untergesetzliche Normsetzung dar. Wegen des die Berufsausübungsfreiheit einschränkenden Charakters der Norm müssten wenigstens die Regelungsgegenstände abschließend bestimmt sein, da [Â§ 87 SGB V](#) hinsichtlich der mit der Steuerung des Leistungsverhaltens verfolgbaren Ziele nahezu keine Vorgaben enthalte. Andernfalls wären nicht einmal die Grundstrukturen des untergesetzlichen Normengefüges durch den Gesetzgeber bestimmt.

Im übrigen liegen sich die Kompetenzen des Bewertungsausschusses nur bei Annahme einer abschließenden Regelung eindeutig von denen anderer

Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung abgrenzen.

[§ 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V](#) decke die Prämierung und Sanktionierung des Veranlasserverhaltens nicht, da die Norm nur die Einführung von Obergrenzen für die von einer Arztpraxis abrechenbaren Leistungen zulasse, während es vorliegend um die in Auftrag gegebenen Leistungen gehe.

Die Regelung verstoße damit zugleich gegen den Gesetzesvorbehalt. Es habe einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage bedurft, da die Regelung nicht nur einen intensiven Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit des Veranlassers, sondern auch des Laborfacharztes darstelle. Zwar richte sich die Budgetierung direkt an den die Laboruntersuchung veranlassenden Arzt, doch sei auch der Laborfacharzt durch die Budgetierung selbst betroffen, weil sie auf eine Reduzierung der ihm erteilten Untersuchungsaufträge abziele.

Die Intensität dieses Eingriffs sei so hoch, dass sie die Berufsausübung der Laborfachärzte wesentlich präge und als sogenannte statusbildende Regelung der ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage bedürfe. Dies ergebe sich aus der Kombination von strikter Überweisungsbindung gemäß § 13 Abs. 4 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) und der gezielten Einflussnahme auf die Auftraggeber, durch die den Laborfachärzten Untersuchungsaufträge vorenthalten würden. Es gehe nicht um die Höhe der Vergütung, sondern um das „Ob“ der Leistungserbringung als Vertragsarzt an sich.

Die Einbeziehung sämtlicher Laborauftragsleistungen in das Veranlasserbudget habe besonders gravierende Auswirkungen, weil für die Auftragsleistungen kein gesondertes Budget bei den Einsendern gebildet werde. Durch einheitliche Budgets für Eigen- und Auftragsleistungen werde aber ein unmittelbares wirtschaftliches Eigeninteresse des budgetierten Arztes begründet, seine Budgets für das Basis- und Speziallabor mit Laboreigenleistungen, an denen er selbst verdiene, auszufüllen. Der mit der Regelung verbundene Anreiz, andere Leistungserbringer nicht in Anspruch zu nehmen, habe systemverändernde Wirkung. Die Eingriffsintensität übersteige diejenige des vom BSG für rechtswidrig erklärten Überweisungsverbots. Zwar gehe es vorliegend nicht um einen gänzlichen Ausschluss von der Leistungserbringung, doch erfasse die Regelung dafür das gesamte Leistungsspektrum der Laborfachärzte.

Die Zusammenfassung von Laborauftrags- und Laboreigenleistungen verstoße gegen [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#), da sie eine sachfremde Gleichbehandlung von wesentlich ungleichen Sachverhalten darstelle; sie sei auch als typisierende Regelung bzw. als Anfangs- und Erprobungsregelung unzulässig. Die Budgetierungsregelung reize den budgetierten Arzt, primär Laboreigenleistungen zu erbringen, denn nur für diese Leistung erhalte er ein Honorar und könne so den Honorarverlust bei Überschreitung der Budgets kompensieren. Die Differenzierung zwischen Laboreigen- und Laborauftragsleistungen stelle einen strukturellen, bereits seit langem angelegten Unterschied zwischen den verschiedenen Leistungsarten und der Tätigkeit der Laborleistungen erbringenden Ärzte dar. Durch die Zusammenfassung werde die

Gruppe der Laborärzte insgesamt benachteiligt, ohne dass dieses durch den Zweck der Budgetierung geboten wäre.

Der Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der Laborfachärzte sei unverhältnismäßig, da die Neuregelung bei der Klägerin zu Umsatzeinbußen von fast 50 % geführt hätte; eine entsprechende Entwicklung sei bundesweit bei Laborärzten eingetreten, wie die beigefügten Artikel aus der Deutschen Ärztezeitung belegten.

Er verstoße auch gegen das Gebot der richtigen und zutreffenden Sachverhaltsermittlung durch den Normgeber. Neben der ungeklärten Berücksichtigung der Laborauftragsleistungen bei der Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen, des ungeklärten Referenzzeitraums für die Fallpunktzahlberechnung, der nachträglich erheblichen Ausweitung der Ausnahmeindikationen und des umgekehrten Verhältnisses der Fallpunktzahlen für Allgemeinversicherte und Rentner im Bereich der OIII-Leistungen im Vergleich zu den OI/OII-Leistungen liege insbesondere eine fehlerhafte Berechnung der Fallpunktzahlen als arithmetischer Mittelwert vor. Ziel der Reform sei eine Reduzierung der OIII-Leistungen um 15 % gewesen. Tatsächlich seien die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen aber so bemessen, dass es zu Rückgängen um bis zu 70 % gekommen sei. Ursächlich hierfür sei deren Berechnung als arithmetischer Mittelwert, der die Ist-Situation außer Acht lasse. Es liege keine Normalverteilung vor, da nur rund 20 % der Praxen in ihrer diagnostischen Tätigkeit spezialisiert seien und 50% der Labortests anforderten; für diese Praxen sei der arithmetische Mittelwert zu gering, wie sich aus der als Anlage beigefügten Untersuchung von Merten/Früh (Der Internist 3/99, S. M 71) ergebe.

Mit Schriftsatz vom 17.4.2000 hat die Klägerin ergänzend auf den Beschluss des SG Hannover vom 14.3.2000 (S 16 KA 1346/99 ER) verwiesen, in dem das Prämienystem für die Nicht-Veranlassung von Leistungen zu Recht als systemfremd und rechtswidrig bezeichnet worden sei. Inzwischen habe sich auch herausgestellt, dass die Folgen der Neuregelung gravierend seien; das Prämienystem habe zu einem Umsatzrückgang von über 40 % geführt.

Mit weiterem Schriftsatz vom 30.7.2001 hat die Klägerin zum Urteil des SG Frankfurt vom 9.5.2001 (S-27/KA-4134/99) Stellung genommen. Das Gericht habe [§ 87 Abs. 2 a SGB V](#) und die Aussagen der bisherigen Rechtsprechung weit überdehnt. [§ 87 Abs. 2 a Satz 8 SGB V](#) ermächtige lediglich zur Festlegung von Obergrenzen für die von einer Arztpraxis abrechenbaren Leistungen, während vorliegend auf das Verhalten der einen Ärzte Einfluss genommen werde, um die Menge der von anderen Ärzten abgerechneten Leistungen zu reduzieren. Zudem habe das BSG zwar innerhalb des gegenständlichen Regelungsbereiches des EBM eine Erweiterung der Regelungstendenz, der verfolgten Zwecke zugelassen, doch gehe es beim Veranlasserbudget nicht darum, über die Definition und Bewertung ärztlicher Leistungen das Leistungsverhalten zu steuern, ja noch nicht einmal um die Steuerung des Leistungsverhaltens, sondern um die Steuerung des ärztlichen Veranlasserverhaltens. Ein Bonus/Malus-System für die Veranlassung

von Leistungen habe mit dem Regelungsgegenstand der Bewertung von Art und Umfang ärztlicher Leistungen nichts mehr zu tun. Im Gesetz finde sich kein Anhaltspunkt dafür, das Leistungsverhalten durch nicht beim Leistungserbringer ansetzende Maßnahmen zu beeinflussen. Zu bestreiten sei nicht die Befugnis des Gesetzgebers, Bonus/Malus-Systeme als zulässige Steuerungsform ärztlichen Veranlasserverhaltens einzuführen; hier habe der Bewertungsausschuss aber ohne gesetzlichen Auftrag gehandelt.

In der mündlichen Verhandlung vom 1.8.2001 hat die Klägerin eine Übersicht der Erlöse (KV-Umsätze) nach EDV-Statistik 1997-2001 überreicht, auf die ebenso wie (ergänzend) auf die Schriftsätze der Klägerin vom 28.12.1999, 17.4.2000 und 30.7.2001 Bezug genommen wird.

Die Klägerin beantragt,

festzustellen, dass die der Klägerin als Auftragsleistungen überwiesenen kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen nicht auf die nach dem jeweiligen Absatz 1 der Prämiebel zu den Abschnitten OI/II bzw. OIII EBM je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal gebildeten begrenzten Gesamtpunktzahlen der überweisenden Ärzte anrechenbar sind.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie mit Schriftsatz vom 21.7.2000 auf den (dem Vorbringen im hiesigen Verfahren entsprechenden) Schriftsatz der Beigeladenen zu 1) vom 31.5.2000 im Verfahren S 3 KA 250/99 Bezug genommen und mit Schreiben vom 13.7.2001 auf die Urteile des SG Frankfurt vom 9.5.2001 (S-27/KA-4134/99) und des SG Karlsruhe vom 14.3.2001 ([S 1 KA 2995/99](#)) verwiesen.

In der mündlichen Verhandlung vom 1.8.2001 hat die Beklagte zur Frage der Zulässigkeit der Klage auf das diese verneinende Urteil des SG Dortmund vom 10.7.2001 ([S 26 KA 241/99](#)) Bezug genommen und darauf verwiesen, dass die Klägerin ab dem Quartal III/99 gegen alle Honorarabrechnungsbescheide Widerspruch eingelegt habe.

Mit Beschluss vom 11.2.2000 hat das Gericht die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen beigeladen.

Die Beigeladene zu 1) hat mit Schreiben vom 21.7.2000 auf ihren im Verfahren [S 26 KA 241/99](#) vor dem SG Dortmund eingereichten Schriftsatz vom 19.6.2000 Bezug genommen. Dort hatte diese folgendes ausgeführt:

Das vor dem 1.7.1999 praktizierte Vergütungssystem zur Abrechnung von Laborleistungen habe implizite Anreize enthalten, Laborleistungen nicht nur aufgrund medizinischer Indikation, sondern auch aus wirtschaftlichem Interesse zu erbringen. Tatsächlich sei die Menge an Leistungen des Speziallabors (O III) von

1988 bis 1996 um jährlich 12,5 % angewachsen und damit fast anderthalbmal so schnell wie der Durchschnitt aller anderen ärztlichen Leistungen. Rasant gewachsen sei die Anzahl der abgerechneten Fälle und auch die Anzahl der abgerechneten Parameter pro Fall.

Leitgedanke des neuen Systems sei es, stärkere Anreize zum medizinisch notwendigen Umgang mit Laborleistungen zu geben und die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit dem Veranlasser zuzuordnen. Die Kläger seien durch diese Regelungen nicht in eigenen Rechten betroffen. Die Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und -veranlassung sei ein legitimes explizites Regelungsziel der insoweit maßgeblichen Normenkomplexe. Legitimes Ziel für den Bewertungsausschuss sei es nach der Rechtsprechung des BSG auch, durch ergänzende Bewertungsfiguren eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu veranlassen.

Bei Laborleistungen seien zudem die Voraussetzungen des [§ 87 Abs. 2b SGB V](#) zu beachten, welche einen Unterfall des [§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) darstellten. Schließlich komme auch in [§ 87 Abs. 2c SGB V](#) der übergreifende immanente Grundgedanke zum Ausdruck, dass veranlasserbezogene Regelungen eine geeignete Bewertungsform seien.

Die Laborgrundgebühr und die Leistung für die wirtschaftliche Veranlassung bzw. Erbringung von Laborleistungen (Nr. 3452 EBM-Ä) müssten systematisch als einheitliches Bewertungselement für ärztliches Honorar mit flexibler Bewertung angesehen werden. Der Bonus sei ein additiver Teil der ärztlichen Vergütung mit flexibler Bewertung durch Kostenbudgets. Der Wirtschaftlichkeitsbonus honoriere nicht das Unterlassen von Laborleistungen. Die Leistung nach Nr. 3452 EBM-Ä stelle eine ärztliche Leistung dar, in der die intellektuelle Abwägung, ob und in welchem Umfang und unter welcher Indikation die Veranlassung oder Eigenerbringung von Laborleistungen notwendig sei, honoriert werde. Die Höhe der Bewertung dieser Leistung werde erst dann geschmälert, wenn der Arzt unwirtschaftliche Leistungen veranlasse oder erbringe, da angesichts der gut ausgestatteten Budgets jenseits der Budgetgrenzen typischerweise Unwirtschaftlichkeit vermutet werden könne. Das Anrechnungsbudget sei als zulässige Punktzahlen-Relativierung oder auch als Obergrenzen-Definition im Sinne des [§ 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V](#) anzusehen.

Durch das neue Laborvergütungssystem seien bestehende Anreize zur Eigenerbringung abgeschwächt worden.

Im OI/II-Labor kämen Überweisungen selten vor, vielmehr überwiege seit Jahren mit 98% Leistungsbedarfsanteil die Eigenerbringung oder der Bezug aus der Laborgemeinschaft. Überweiser seien solche Ärzte, die keine Neigung zu eigener Labortätigkeit und zum Eintritt in eine Laborgemeinschaft hätten. Die Vergütung für eigenerbrachte Leistungen sei als Folge des Vergütungssplittings erheblich geringer als vor dem 1.7.1999, so dass auch für die bisherigen Überweiser kein Anlass bestehe, ihr Verhalten zu ändern.

Auch im OIII-Speziallabor sei eine Zunahme der Eigenerbringung unwahrscheinlich. Dort seien bisher 2/3 des Leistungsbedarfs von Laborärzten abgerechnet worden, weitere Auftragsleistungen von Nuklearmediziner, Radiologen oder Frauenärzten. Wegen der höheren Zugangsvoraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung der OIII-Leistungen würden diese nur von einem kleinen Teil der übrigen Vertragsärzte abgerechnet, welche sich zudem auf fachgebietszugehörige und ihrem individuellen Tätigkeitsschwerpunkt entsprechende OIII-Leistungen beschränkten. Auch die ökonomischen Anreize der Eigenerbringung seien nicht zuletzt wegen der höheren Kosten bei niedrigen Untersuchungszahlen gering.

Die Budgets seien ausreichend bemessen, da die Fallpunktzahlen in ähnlicher Weise wie beim 1994 eingeführten OI-Laborbudget aus den tatsächlichen Abrechnungsergebnissen der Vergangenheit hier dem Quartal I/98 abgeleitet worden seien. Entsprechend der angestrebten Mengenreduktion seien sie um 15 % abgesenkt worden. Der Bewertungsausschuss habe sich dabei von dem Grundsatz leiten lassen, dass der durchschnittlich abgerechnete Labor-Leistungsbedarf einer Arztgruppe als Maß für den Umfang der medizinisch notwendigen und ausreichenden vertragsärztlichen Labordiagnostik herangezogen werden könne. Zudem seien indikationsbezogene Ausnahmen geschaffen worden.

Die Ausführungen von Merten und Fröh zur fehlenden Normalverteilung seien interessengeleitet. Die Auswertung einer einzigen Laborarztpraxis sei nicht repräsentativ; zudem sei eine prognostische Einbeziehung von Laborleistungen, die unbudgetiert als sogenannte Kennziffer-Ausnahmeindikationen abgerechnet werden könnten, unterblieben.

Die Laborauftragsleistungen je Arztgruppe seien aus einer Stichprobe mit Abrechnungsdaten von fünf Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelt worden, da die bundesweite KBV-Abrechnungsstatistik nicht veranlasserbezogen ausgewertet werden könne. Das umgekehrte Verhältnis der Fallpunktzahlen für Rentner im OIII-Bereich entspreche den realen Abrechnungsdaten; es könne nur vermutet werden, dass mit zunehmendem Alter der Patienten die erweiterte Diagnostik mit OIII-Spezialuntersuchungen an Bedeutung verliere. Der Referenzzeitraum sei nicht ungeklärt, sondern das Quartal I/98, das seinerzeit aktuellste Quartal mit hohem Leistungsbedarf.

Die Maßnahmen überschritten nicht das gebotene Maß, sondern beträfen nur Erwartungen und Chancen der Klägerin, nicht aber deren geschätzten Bereich der Berufsausübung. Sie hätte keinen Anspruch auf Fortbestand der Versorgung im Laborbereich. Der Abbau von Fehlversorgung könne keine statusbetreffende Wirkung haben.

Der Beigeladene zu 2) hat mit Schriftsatz vom 1.9.2000 die Zulässigkeit des Feststellungsantrags verneint, da die Klägerin nicht vorgetragen habe, inwieweit sie bereits konkret durch die Anwendung der streitgegenständlichen EBM-Regelung betroffen sei; es sei auch fraglich, ob rein tatsächliche Auswirkungen

dem Begriff des Rechtsverhältnisses im Sinne von [Â§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) entsprechen. Im Übrigen hat sich der Beigeladene zu 2) die Entscheidungsgründe des Beschlusses des SG Dortmund vom 17.7.2000 (S 9 KA 39/00 ER) zu eigen gemacht.

Die Beigeladenen zu 3) (Schriftsatz vom 16.10.2000) und zu 4) (Schriftsatz vom 27.11.2000) haben sich den Ausführungen des Beigeladenen zu 2) angeschlossen.

Die übrigen Beigeladenen haben sich nicht geäußert.

Anträge haben die Beigeladenen nicht gestellt.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig.

Streitgegenstand ist die Rechtmäßigkeit der zum 1.7.1999 in Kraft getretenen Reform des Abschnitts O des EBM-Ä, beschränkt auf die von der Klägerin begehrte Feststellung, dass Vertragsärzte (die sogenannten „Leistungsveranlasser“) ihr kurativ-ambulante Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistungen überweisen können, ohne dass das hieraus resultierende Punktzahlvolumen (also die Analysekosten) auf die für die jeweilige auftragserteilende Praxis nach Absatz 1 der Praxismodelle zu den Abschnitten OI/II bzw. OIII EBM-Ä festgelegten begrenzten Gesamtpunktzahlen angerechnet wird; die Folge wäre, dass die sogenannte „Malus-Regelung“ (jeweils Abs. 4 der Praxismodelle), welche einer Überschreitung der begrenzten Gesamtpunktzahlen eine entsprechende Verringerung des der Praxis nach der Nr. 3452 EBM-Ä zustehenden „Wirtschaftlichkeitsbonus“ vorsieht, nicht zur Anwendung gelangt.

Das Begehren der Klägerin beinhaltet die Feststellung, dass sowohl die in den jeweiligen Praxismodelle geregelte Einbeziehung von Auftragsleistungen in die begrenzten Gesamtpunktzahlen als auch die sogenannte „Malus-Regelung“, soweit sie Auftragsleistungen einbezieht, rechtswidrig ist, da nur die bei einer untergesetzlichen Rechtsnorm wie dem EBM-Ä (std. Rspr. des BSG, vgl. [BSGE 71, 42, 49](#) sowie die weiteren Nachweise bei Engelhard in Hauck/Noftz *Ä SGB V* *Ä K* *Ä* 87 RdNr. 164) aus der Rechtswidrigkeit einer Regelung resultierende Rechtsfolge der Nichtigkeit bzw. Nichtanwendbarkeit (siehe hierzu [BSGE 83, 218, 222 f.](#)) die zur Beachtung des EBM-Ä verpflichtete (siehe BSG [SozR 3-2500 Ä 87 Nr. 23](#), S. 115, 124, 125) *Ä* Beklagte zwingen würde, die „Malus-Regelung“ bei der Honorarabrechnung nicht anzuwenden.

Die Klage ist als Feststellungsklage zulässig.

Nach [Â§ 55 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann mit einer Klage die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat.

Die vorliegende Klage betrifft ein konkretes Rechtsverhältnis im Sinne des [Â§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#), nämlich die Anwendung bzw. Anwendbarkeit einer Rechtsnorm auf einen bestimmten, bereits eingetretenen und überschaubaren Lebens Sachverhalt und eine daraus resultierende Rechtsbeziehung zwischen der Klägerin und der Beklagten (BSG [SozR 3-5540 Â§ 25 Nr. 2](#) S. 2, 4).

Die Beantwortung der von der Klägerin aufgeworfenen Frage stellt keine unzulässige Klärung einer abstrakten Rechtsfrage dar. Zwar hängt die Beantwortung der Frage von der Gültigkeit der entsprechenden Regelungen des EBM-Ä ab, doch stellt sich die Frage aus konkretem Anlass, weil die Klägerin sich durch die Malus-Regelung (mittelbar) in ihrer Tätigkeit gehindert sieht, da die Regelung zumindest dazu beigetragen hat, dass die Leistungsveranlasser ihr Überweisungsvolumen im OIII-Laborbereich und damit zugleich den Tätigkeitsumfang der Klägerin erheblich beschränkt haben.

Es ist anerkannt, dass das Rechtsverhältnis nicht notwendig zwischen der Klägerin und der Beklagten bestehen muss, sondern auch Rechtsbeziehungen eines Beteiligten zu Dritten ausreichend sind, sofern nur der Rechtsbereich der Klägerin durch das Bestehen oder Nichtbestehen des Rechtsverhältnisses wenigstens mittelbar berührt ist (Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz-Kommentar, [Â§ 55 SGG](#) RdNr. 7 m.w.N.). Vorliegend wirkt sich die von der Klägerin als rechtswidrig angesehene Regelung unmittelbar auf die Rechtsbeziehungen der Beklagten zu den Leistungsveranlassern aus, indem die Beklagte bei der Honorarabrechnung die den Leistungsveranlassern nach Nr. 3452 EBM-Ä zustehenden Honoraranteile bei einer Überschreitung ihres 'Budgets' reduzieren würde, und zugleich mittelbar auf den Rechtsbereich der Klägerin, da die Leistungsveranlasser zur Vermeidung entsprechender Honorarminderungen den Umfang der der Klägerin erteilten Überweisungsaufträge reduzieren könnten.

Ebenso wie in dem der Entscheidung des BSG zum OI/II-Überweisungsverbot (vgl. [SozR 3-5540 Â§ 25 Nr. 2](#) S. 2) zugrunde liegenden Sachverhalt ist die Klägerin nicht unmittelbar durch eine untergesetzliche Rechtsnorm an der Erbringung einer (ihr überwiesenen) Leistung gehindert, sondern allein dadurch, dass die von ihr beanstandete Regelung die Leistungsveranlasser davon abhalten könnte, ihr überhaupt Überweisungsaufträge zu erteilen. Nach Â§ 25 Abs. 2 Nr. 1 Satz 2 BMV-Ä in der ab 1.1.1995 geltenden Fassung (entsprechend Â§ 28 Abs. 2 Nr. 1 Satz 2 des Arzt-Ersatzkassen-Vertrages in der ab 1.7.1994 gültigen Fassung) waren Überweisungen zur Erbringung der Leistungen des Abschnitts O I (und entsprechende Leistungen des Kapitels B des BMÄ) nicht zulässig. Darin, dass seinerzeit Überweisungen rechtlich unterbunden wurden, vorliegend jedoch nur Anreize zur Vermeidung von Überweisungen geschaffen worden sind, liegt kein rechtlich relevanter Unterschied. Die entscheidende Gemeinsamkeit beider Fallgestaltungen ist der Umstand, dass bei den Leistungsveranlassern ansetzende

untergesetzliche Rechtsnormen – sei es durch Verbote, sei es durch Anreize – dazu führen, dass der Klägerin Leistungen zur Erbringung überhaupt nicht mehr bzw. in geringerem Umfang überwiesen werden. Beides kann sich auf die Rechtsposition der Klägerin auswirken.

Die Einschränkung des Überweisungsvolumens durch die Leistungsveranlasser und damit des Tätigkeitsumfangs der Klägerin stellt auch keine bloße Reflexwirkung dar, wie dies das Bundesverfassungsgericht hinsichtlich der Auswirkung der Budgetierung von Arzneimitteln auf Umsatz und Gewinn der Apotheker angenommen hat (Beschluss vom 1.11.1996, [1 BvR 580/93](#) = [NJW 1997, S. 791](#)). Vielmehr ist sie zumindest mittelbar in ihrer Grundrechtsposition aus [Art. 12 GG](#) betroffen (vgl. hierzu LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 6.10.1993, [L 11 Ka 51/91](#) = [MedR 1994 S. 456](#), 458), zumal die Reduzierung des Umfangs der von der Klägerin erbrachten OIII-Laborleistungen nicht zufälliges Ergebnis, sondern ausdrückliches Ziel der Neuregelung im Laborbereich war.

Das erforderliche Feststellungsinteresse folgt daraus, dass die Klägerin die Zulässigkeit der Anrechnung der der Klägerin als Auftragsleistungen überwiesenen Laboratoriumsuntersuchungen auf das „Budget“ der Leistungsveranlasser bestreitet, sich durch die als Reaktion auf die Anrechnung erfolgte Einschränkung des Überweisungsvolumens in ihrer Tätigkeit gehindert sieht und auf andere zumutbare Weise keinen wirksamen Rechtsschutz erlangen konnte (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 20.3.1996, [6 RKa 21/95](#) = [SozR 3-5540 Â§ 25 Nr. 2](#), S. 2, 4 zum Überweisungsverbot).

Der Zulässigkeit der Klage steht auch nicht der Umstand entgegen, dass die Klägerin gegen die seit dem Quartal III/99 ergangenen Honorarbescheide jeweils Widerspruch erhoben und in den Widerspruchsbegründungen insbesondere die Rechtswidrigkeit des Wirtschaftlichkeitsbonus geltend gemacht hat. Zwar hat das BSG in seiner Entscheidung vom 20.3.1996 ([6 RKa 51/95](#) = [BSGE 78, 98](#) ff.) ausgeführt, dass das Rechtsschutzbedürfnis für eine (gegebenenfalls zunächst zulässige) Feststellungsklage jedenfalls mit dem Erlass eines Kärzungsbescheides und dessen Anfechtung durch die Kläger entfallen sei (a.a.O. S. 104).

Dies kann jedoch nur dann gelten, wenn die Klägerin mit der Gestaltungsklage ihr prozessuales Ziel überhaupt erreichen konnte. Das ist aber vorliegend nicht der Fall.

Dass die Klägerin ihre Einwände in Anbetracht der unklaren prozessualen Situation zugleich auch im Wege einer (Teil-)Anfechtung ihrer Honorarbescheide geltend macht, entspricht zunächst anwaltlicher Vorsicht. Da eine eindeutige hÄhstrichterliche Rechtsprechung zur Zulässigkeit der von ihr erhobenen Feststellungsklage nicht besteht, würde sie andernfalls Gefahr laufen, bei einer Verneinung dieser Frage wegen der zwischenzeitlich eingetretenen Bestandskraft der Honorarbescheide rechtsschutzlos gestellt zu sein.

Zudem ist vorliegend nach Auffassung der Kammer nicht erkennbar, wie die von der

Klägerin geltend gemachte Rechtswidrigkeit der „Malus-Regelung“ im Rahmen eines Honorarabrechnungsstreits inzident überprüfbar werden könnte. Es geht es ihr um die Leistungen, die sie überhaupt nicht erbringen kann, weil ihr keine diesbezüglichen Aufträge erteilt werden. Wenn es aber bereits als unzumutbar angesehen wird, Leistungen unter Verstoß gegen Rechtsnormen zu erbringen, um auf diesem Wege Rechtsschutz zu erlangen (so das BSG in seiner Entscheidung zum Überweisungsverbot- [SozR 3-5540 Â§ 25 Nr. 2](#) S. 2, 4), muss ein Feststellungsinteresse erst recht dann bejaht werden, wenn der Klägerin nicht einmal diese Möglichkeit offen steht.

Da die Klägerin im Honorarabrechnungsstreit nicht die sie unmittelbar betreffenden Teile der Laborreform, etwa die Absenkung der Analysekosten, angreift, sondern die Bonus/Malus-Regelung, durch welche rechtlich allein die veranlassenden Ärzte betroffen sind, ist nicht erkennbar, wie die Rechtmäßigkeit der letztgenannten Regelung dort inzident überprüfbar werden könnte. Die der Klägerin erteilten Honorarabrechnungsbescheide sind rechtmäßig, da an der ordnungsgemäßen Abrechnung der von ihr erbrachten Leistungen nicht zu zweifeln ist; die Klägerin beanstandet auch nicht die Höhe der ihr für die erbrachten Leistungen gezahlten Vergütung als solche. Dass die Klägerin aufgrund einer Rechtsänderung weniger Aufträge erhalten hat, kann hingegen nicht Gegenstand eines Honorarstreits sein. Die Beklagte könnte nicht dazu verurteilt werden, der Klägerin Aufträge zu vergüten, die ihr nicht erteilt worden sind. Für die Gewährung von Sicherstellungsmitteln käme es ebenfalls nicht auf die Rechtmäßigkeit der strittigen EBM-Regelungen an, sondern allein darauf, ob andernfalls die Versorgung der Versicherten mit Laborleistungen nicht mehr gewährleistet wäre.

Eine inzidente Prüfung der vorliegend streitgegenständlichen Teile der Laborreform wäre daher dort nicht nur überflüssig, weil sich das Ergebnis nicht auf die Entscheidung auswirken könnte, sondern auch unzulässig. Das Gericht nimmt eine rechtliche Überprüfung nur insoweit vor, wie dies für die Entscheidung von Bedeutung ist.

Die vom SG Dortmund (Urteil vom 10.7.2001 – Az. [S 26 KA 241/99](#) – S. 10) angeführte Möglichkeit, im Abrechnungsstreit den Gesichtspunkt der Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung einzuführen, geht an der Realität vorbei. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG können sich einzelne Ärzte nämlich nur dann auf dieses Gebot berufen, wenn durch eine zu niedrige Honorierung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes – beziehungsweise zumindest hinsichtlich eines Teilgebiets ([BSGE 75, 187, 191](#) = [SozR 3-2500 Â§ 72 Nr.5](#), S.5, 9; BSG [SozR 3-5533 Nr.763 Nr.1](#), S.1, 6) – und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre ([BSGE 75, 187, 191](#) = [SozR 3-2500 Â§ 72 Nr.5](#), S.5, 8; BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.10](#), S.53, 63; BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.12](#), S.71, 82; BSG, Urteil vom 26.1.2000, [B 6 KA 59/98 R](#) S. 10). Mithin ist das Gebot nicht bereits dann verletzt, wenn die Leistungen der Klägerin nicht „angemessen“ vergütet würden, sondern erst und nur dann, wenn die laborärztliche Versorgung der Versicherten insgesamt infolge

unzureichender Vergütungen gefährdet wäre. Ungeachtet der von der Klägerin vorgetragenen Umsatzeinbußen ergeben sich hierfür jedoch keine Anhaltspunkte.

Die Kammer folgt daher nicht der vom SG Dortmund vertretenen Auffassung, sondern schließt sich im Ergebnis den Auffassungen der Sozialgerichte Frankfurt (Urteil vom 9.5.2001 – S-27/KA-4134/99 – S. 16 ff.) und Karlsruhe (Urteil vom 14.3.2001 – [S 1 KA 2995/99](#) – S. 9 f.) zur Zulässigkeit der Klage an.

Die Klage ist jedoch nicht begründet.

Die von der Klägerin beanstandete Anrechnung von Auftragsleistungen auf das Punktzahlvolumen der veranlassenden Ärzte ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Insbesondere beruhen die von der Klägerin angegriffenen Teilelemente der EBM-Laborreform 1999 auf einer ausreichenden Rechtsgrundlage.

Die umstrittene ‚Bonus/Malus‘-Regelung ist durch [Â§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) gedeckt. Danach bestimmt der einheitliche Bewertungsmaßstab den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Entgegen dem Vorbringen der Klägerin handelt es sich bei der Bonus/Malus-Regelung rechtlich nicht um eine Budgetierung der veranlassten Leistungen, sondern um eine besondere (ergänzende) Bewertungsform ärztlicher Leistungen.

Ungeachtet des Umstandes, dass auch die Beigeladene zu 1) in Veröffentlichungen von ‚fallzahlabhängigen Budgets‘ spricht (vgl. u.a. DÄ 1999, S. A 66), berücksichtigt die Klägerin nicht hinreichend, dass das erklärte Ziel der Laborreform, stärkere Anreize zum medizinisch notwendigen Umgang mit Laborleistungen zu geben und die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit dem Veranlasser zuzuordnen (DÄ 1999, S. A-65), nicht durch Einführung eines Budgets (im Sinne eines für einen Zeitraum maximal zur Verfügung stehenden Volumens an zu erbringenden oder zu veranlassenden Laborleistungen) für veranlasste Leistungen erreicht werden soll, sondern durch eine neuartige Gebührenkombination.

Diese beinhaltet zum einen die Einführung einer (unveränderlichen) Gebührenposition, die den Aufwand des behandelnden Arztes für die Indikation, Veranlassung einschließlich Auswahl der notwendigen Laborparameter, Befundung und Interpretation der Laborergebnisse im Gesamtkontext des vorliegenden Krankheitsbildes abgelten soll (Laborgrundgebühr, Nr. 3450 EBM-Ä). Zum anderen wird eine (variable) Gebührenposition für die wirtschaftliche Erbringung bzw. Veranlassung von Leistungen des Kapitels O EBM-Ä (‚Wirtschaftlichkeitsbonus‘, Nr. 3452 EBM-Ä), kombiniert mit einer sogenannten ‚Malus-Regelung‘ bei Überschreitung der maßgeblichen Gesamtpunktzahlen für die Bereiche OI/OII und OIII EBM-Ä, eingeführt.

Der 'Wirtschaftlichkeitsbonus' (WB) errechnet sich aus arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Zahl der Fälle. Inhalt der sogenannten 'Malus-Regelung' ist die Festlegung einer begrenzten Gesamtpunktzahl (G) je Arztpraxis für die Bereiche OI/II bzw. OIII, der ein Punktzahlvolumen (P) gegenübergestellt wird, dass sich aus der Summe der Analysekosten errechnet. Übersteigt das Punktzahlvolumen (P) die begrenzte Gesamtpunktzahl (G), werden die übersteigenden Punkte vom dem sich nach der Nr. 3452 EBM-ergebenden Punktzahlvolumen (WB) abgezogen.

Die Laborgrundgebühren nach Nr. 3450 EBM- sowie die in den Praxismabeln zum Abschnitt OI/II und OIII EBM- geregelte 'Malus-Regelung' stehen in einem untrennbaren Zusammenhang und sind auch in diesem Sinne rechtlich zu beurteilen. Alle drei Elemente zusammen bilden die dem Laborleistungen veranlassenden Arzt für dessen Tätigkeit zustehende Gebühren. Die Besonderheit dieses Gebührenkomplexes besteht neben dem Umstand, dass nunmehr auch die vom Veranlasser erbrachte intellektuelle Leistung vergütet wird darin, dass er in ein Fixum die Laborgrundgebühren und in einen 'erfolgsabhängigen' Bestandteil den mit der 'Malus-Regelung' kombinierten 'Wirtschaftlichkeitsbonus' - aufgespalten ist, wobei als 'Erfolg' die Wirtschaftlichkeit der Leistungsveranlassung (bzw. der Erbringung) anzusehen ist. Die Höhe des erfolgsabhängigen Gebührenanteils bestimmt sich danach, ob das für die Analysekosten berechnete Punktzahlvolumen höher oder niedriger liegt als die die Vermutung der Wirtschaftlichkeit in sich tragenden begrenzten Gesamtpunktzahlen. Liegen die Analysekosten unterhalb der begrenzten Gesamtpunktzahl, erhält der Veranlasser neben der Laborgrundgebühren die volle Gebühren nach Nr. 3452 EBM-, liegen sie darüber, wird deren Höhe sukzessive (entsprechend dem Umfang der Überschreitung) vermindert und gegebenenfalls ganz aufgezehrt. Ein unwirtschaftliche Leistungen veranlassender Arzt mindert daher seine ihm hierfür gezahlte Vergütung ebenso wie ein unwirtschaftliche Leistungen erbringender Arzt.

Entgegen dem Vorbringen der Kläger stellt somit die begrenzte Gesamtpunktzahl nach der jeweiligen Absatz 1 der Praxismabeln ebenso wie die Malus-Regelung (i.e.S.) nach dem jeweiligen Absatz 4 einen unselbständigen Bestandteil der vorstehend dargestellten Gebührenkombination, nicht aber ein Budget für die veranlassten Leistungen dar. Die veranlassenden Ärzte sind nicht gehindert, in unbegrenzter Höhe Laborleistungen in Auftrag zu geben. Durch die Ausgestaltung der Gebührenposition wird jedoch ein Anreiz dafür geschaffen, sorgfältiger als bislang zu überlegen, ob eine Laboruntersuchung überhaupt bzw. in welchem Umfang sie erforderlich ist. Dabei stellt die 'erfolgsabhängige' Komponente ihrer 'Veranlassergebühren' nur einen Aspekt dar. Die angestrebte sorgfältigere Prüfung wird bereits dadurch gefördert, dass die veranlassenden Ärzte erstmals dafür honoriert werden, dass sie Überlegungen über das Ob und Wie einer von ihnen zu veranlassenden Laboruntersuchung anstellen. Durch die 'Bonus/Malus-Regelung' wird ein zusätzlicher Anreiz zur sorgfältigen Prüfung eingeführt.

Der 'Wirtschaftlichkeitsbonus' nach Nr. 3452 EBM-Ä und die in den Präambeln zu den Abschnitten OI/OII bzw. OIII EBM-Ä geregelte Malusregelung stellen untrennbare Teile einer einheitlichen Regelung dar, da der 'Wirtschaftlichkeitsbonus' nach der Nr. 3452 EBM-Ä ohne eine Malus-Regelung seinen Zweck nicht erfüllen könnte. Entfielen letztere, wäre die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung oder die Veranlassung, die mit der Nr. 3452 EBM-Ä vergütet werden soll, nicht mehr bestimmbar.

Sowohl die Einführung einer Gebührenposition zur Abgeltung des Aufwandes des behandelnden Arztes für die Indikation, Veranlassung, Befundung und Interpretation der Laborergebnisse als auch die vorstehend dargestellte neuartige Bewertungsform ('Bonus/Malus-Regelung') ist durch die Ermächtigung des [Â§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) gedeckt.

Es entspricht ständiger Rechtsprechung des BSG, dass sich der gesetzliche Auftrag des Bewertungsausschusses nicht in einer Leistungsbewertung nach betriebswirtschaftlichen oder sonstigen kalkulatorischen Gesichtspunkten erschöpft, sondern die Möglichkeit einschließt, über die Definition und Bewertung ärztlicher Verrichtungen auch eine Steuerung des Leistungsverhaltens zu bewirken ([BSGE 78, 98](#), 105 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.12](#), S.33, 41; [BSGE 79, 239](#), 242 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.14](#), S.46, 49; BSG, Urteil vom 17.9.1997, Az. [6 RKa 36/97](#), S.14).

Der Gesetzgeber hat diese steuernde Funktion des Bewertungsmaßstabes im übrigen durch die Neufassung und Erweiterung des [Â§ 87](#) in den Absätzen 2 a und [2 b SGB V](#) und insbesondere durch die erhebliche Ausweitung des Umfangs und der Tragweite der im Bewertungsmaßstab zu regelnden Vergütungsstrukturen im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 (vgl. [Â§ 85 Abs. 4a](#), [87 Abs. 2a Satz 4](#) n.F. SGB V) bestärkt.

Diese ihm innerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems zukommende Aufgabe kann der Bewertungsausschuss nur erfüllen, wenn sein Gestaltungsspielraum über die bloße Möglichkeit der Aufnahme neuer beziehungsweise der Abwertung, Herabwertung oder Streichung vorhandener Einzelleistungspositionen hinausgeht ([BSGE 78, 98](#), 105 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.12](#), S.33, 41).

Gezielte Strukturverbesserungen lassen sich durch rein numerische Bewertungskorrekturen allein nicht bewirken. Im Hinblick auf die Steuerungsfunktion, die dem Bewertungsmaßstab als bundesweit für alle Kassenarten verbindlicher Vergütungsgrundlage zukommt, ist es deshalb zulässig, über ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstaffelungsregelungen und ähnliche mengen- oder fallzahlbegrenzenden Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen, auch im Verhältnis der Arztgruppen untereinander, anzustreben ([BSGE 78, 98](#), 106 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.12](#), S.33, 41/42; [BSGE 81, 86](#), 92 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 18](#), S. 80, 88).

Der dem Bewertungsausschuss bei der Bestimmung des Inhalts der abrechnungsfähigen Leistungen und ihres wertmäßigen, in Punkten ausgedrückten Verhältnisses zueinander zustehende Gestaltungsspielraum (siehe hierzu weiter unten) berechtigt diesen, eine neue Gebührenposition (Laborgrundgebühr, Nr. 3450 EBM-Ä) für die intellektuelle Tätigkeit des behandelnden Arztes (Indikation, Veranlassung, Befundung und Interpretation der Laborergebnisse) einzuführen. Auch wenn die Auffassungen über die jeweilige Bedeutung des eigenen Tätigkeitsanteils zwischen den auftraggebenden Ärzten und den ausführenden Laborärzten divergieren dürften, steht doch außer Zweifel, dass es sich bei der Entscheidung darüber, ob eine Laboruntersuchung erforderlich ist, welche Parameter einbezogen werden sollen und wie die Befunde zu bewerten sind, um eine ärztliche Leistung handelt, die mit einer (pauschalen) Gebührenposition vergütet werden darf.

Ebenso war er berechtigt, den sogenannten Wirtschaftlichkeitsbonus (Nr. 3452 EBM-Ä) einzuführen. Der Bewertungsausschuss ist auch ohne gesonderte gesetzliche Ermächtigung zur Einföhrung mengenbegrenzender Regelungen nicht gehindert, in die Leistungsbeschreibungen und -bewertungen Elemente aufzunehmen, die eine Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([ÄS 12 Abs. 1](#), [70 Abs. 1 Satz 2](#), [72 Abs. 2 SGB V](#)) sicherstellen. Abgesehen davon, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot einen tragenden Grundsatz des Vertragsarztrechts wie des gesamten Krankenversicherungsrechts darstellt, verdeutlicht auch [ÄS 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) dessen Bedeutung. Im übrigen kann auf die vorstehenden Ausführungen zur Steuerungsfunktion des Bewertungsmaßstabs verwiesen werden.

Um eine Bewertung ärztlicher Leistungen handelt es sich schließlich auch bei der Einföhrung begrenzter Gesamtpunktzahlen nach Abs. 1 der Präambeln zu den Abschnitten OI/II und OIII EBM-Ä und die damit verknüpfte Malusregelung in den nachfolgenden Absätzen. Wie bereits ausgeführt, handelt es sich hierbei um einen nach Sinn und Zweck der Regelung untrennbaren Teil der des Wirtschaftlichkeitsbonus nach Nr. 3452 EBM-Ä.

Dass der Bewertungsausschuss bei der Ausgestaltung der Bonus/Malus-Regelung eingestandener Maßnahmen zugleich auch eine Reduzierung der Menge der veranlassten OIII-Laborleistungen bezweckte, beeinflusst nicht die Zulässigkeit der Maßnahme. Veranlasserbezogene Vergütungsregelungen bringen es zwingend mit sich, dass sie sich (auch) auf Seiten der Leistungserbringer auswirken. Ihr Sinn und Zweck besteht gerade darin, einer medizinisch nicht begründeten Ausweitung der Leistungen entgegenzuwirken (vgl. FraktE GKV-GRG 2000, [BT-Drucks. 14/1245 S. 72/73](#) zu [ÄS 87 Abs. 2](#) c SGB V n.F.).

Dies ändert aber nichts daran, dass es sich bei der strittigen Regelung um eine durch [ÄS 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) gedeckte Form der Leistungsbewertung handelt. Zum einen kann auch die klassische Bewertung von Leistungen (also die Festlegung der für eine Gebührenposition anzusetzenden Punktzahlen) eine mengensteuernde Wirkung haben, da die Absenkung der Bewertung einer Leistung Überlegungen in der Ärzteschaft nach sich ziehen dürfte, ob sie diese im

gleichen Umfang wie bisher erbringen wollen. Zum anderen kann sich auch die „klassische“ Leistungsbewertung gegebenenfalls auf Dritte auswirken. So dürfte eine höhere Bewertung von Leistungen deren Eigenerbringung zu Lasten von Ärzten, die bislang auf Überweisung tätig geworden sind, führen, und etwa eine Herabwertung von Untersuchungs- und Gesprächsleistungen den Umfang externer Diagnosemaßnahmen verringern, ohne dass der Bewertungsausschuss mit einer derartigen Maßnahme seinen Gestaltungsspielraum überschreiten würde.

Ergänzend ist darauf zu verweisen, dass der Gesetzgeber den Bewertungsausschuss im Bereich der Grobgeräteleistungen sogar ausdrücklich zu einer veranlasserbezogenen Neubewertung verpflichtet hat. Aus der Formulierung des [§ 87 Abs. 2 c SGB V n.F.](#) („Bewertung der Leistungen durch Einföhrung einer veranlasserbezogenen Vergütungsregelung neu zu bestimmen.“) ergibt sich ebenso wie aus der Gesetzesbegründung („Einföhrung einer veranlasserbezogenen Neuordnung der Bewertung“, FraktE GKV-GRG 2000, [BT-Drucks. 14/1245 S. 72/73](#) zu [§ 87 Abs. 2 c SGB V n.F.](#)), dass eine veranlasserbezogene Vergütungsregelung auch nach Auffassung des Gesetzgebers nur einen Unterfall der Bewertung ärztlicher Leistungen im Sinne des [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) darstellt.

Dass der Gesetzgeber durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 in [§ 87 Abs. 2 c SGB V n.F.](#) die Einföhrung einer veranlasserbezogenen Vergütungsregelung für Grobgeräteleistungen ausdrücklich geregelt hat, steht der Annahme einer ausreichenden Rechtsgrundlage nicht entgegen. Nach [§ 87 Abs. 2 c SGB V n.F.](#) ist die Bewertung der Leistungen mit medizinisch-technischen Geräten bis zum 31.12.2000 unter Beachtung der Vorgaben nach [§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) durch Einföhrung einer veranlasserbezogenen Vergütungsregelung neu zu bestimmen. Die Vorschrift stellt keine Handlungsermächtigung, sondern (lediglich) einen Handlungsauftrag dar. Hierfür spricht zum einen, dass dem Bewertungsausschuss eine Handlungsfrist bis zum 31.12.2000 gesetzt wurde, zum anderen, dass der Gesetzgeber in Kenntnis der zum 1.7.1999 also vor der am 22. Dezember 1999 erfolgten Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes 2000 in Kraft getretenen Laborreform davon abgesehen hat, eine generelle Ermächtigung für veranlasserbezogene Vergütungsregelungen in das Gesetz aufzunehmen. Nach der Gesetzesbegründung (a.a.O.) soll durch die Einföhrung einer veranlasserbezogenen Neuordnung der Bewertung einer medizinisch nicht begründeten Ausweitung dieser Leistungen entgegen gewirkt werden. Eines entsprechenden gesetzlichen Auftrags für den Laborbereich bedurfte es nicht mehr, weil hier der Bewertungsausschuss bereits tätig geworden war.

Einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung bedurfte es schließlich auch nicht unter dem von der Klägerin angezogenen Gesichtspunkt einer statusbildenden Regelung. Eine statusrelevante Ausbungsregelung liegt grundsätzlich (nur) vor, wenn Ärzte durch neue Regelungen von der Erbringung und Abrechnung bestimmter, zu ihrem Fachgebiet gehörender Leistungen ausgeschlossen werden und diese Leistungen in den Kernbereich des Fachgebiets fallen bzw. für dieses wesentlich und prägend sind (BSG, Urteil vom 31.1.2001, [B 6 KA 24/00 R](#)). Diese

Voraussetzungen sind vorliegend schon deswegen nicht gegeben, weil die Klägerin die Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch die umstrittene Regelung nicht untersagt wird. Zudem hat die Malus-Regelung auch keine dem bereits erwähnten OI-Überweisungsverbot vergleichbare mittelbare Auswirkung auf den Status. Anders als § 25 Abs. 2 Nr. 1 Satz 2 BMV a.F. enthält der Abschnitt O des EBM keine Regelung, durch die den behandelnden Ärzten untersagt wird, der Klägerin Laborleistungen zur Erbringung zu überweisen. Auch haben die mit der Neuregelung verbunden materiellen Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserbringung keine vergleichbare, in den Status der Klägerin eingreifende Wirkung. Die Klägerin kann weiterhin damit rechnen, dass ihr Leistungen nach Abschnitt OI/II bzw. OIII EBM zur Erbringung überwiesen werden.

Zwar dürfte die ungefähre Größenordnung der bei der Klägerin im zeitlichen Zusammenhang mit der Neuregelung eingetretenen Umsatzverluste unstrittig sein, doch ist die Kammer nicht davon überzeugt, dass der Umsatzrückgang (allein oder zumindest entscheidend) auf die im Streit stehende Regelung zurückzuführen ist.

Es ist für die Kammer nicht nachvollziehbar, dass der angegebene Umsatzrückgang von 40 bis 50 % entscheidend auf die strittige Bonus/Malus-Regelung zurückzuführen ist.

Zum einen enthält der EBM zahlreiche Ausnahmen von der Anwendung der Malus-Regelung (siehe hierzu die im jeweiligen Absatz 5 der Präambeln aufgeführten schwerwiegenden Erkrankungen). Zum anderen wirkt sich die Malus-Regelung auch nicht derart gravierend auf die Vergütung der veranlassenden Ärzte aus, dass sich hieraus die Halbierung der Umsätze erklären ließe. Abgesehen davon, dass erst eine Überschreitung der â weitgehend auf bisherigen durchschnittlichen Abrechnungsergebnissen aufbauenden â begrenzten Gesamtpunktzahl überhaupt Auswirkungen nach sich zieht, beschränken sich diese auf eine sukzessive, gegebenenfalls totale Aufzehrung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach Nr. 3452 EBM, berühren aber darüber hinaus den Honoraranspruch des veranlassenden Arztes nicht. Zudem ist der bei einer Überschreitung auf dem Spiel stehende 'Wirtschaftlichkeitsbonus' nicht so hoch (vgl. den Beispielsfall in der Beilage der Ärzte-Zeitung 'Der neue Labor-EBM', S. 18: DM 3.200.- pro Quartal), dass er bestimmende Bedeutung für das Handeln der veranlassenden Ärzte haben sollte, zumal bei einer Aufzehrung des Bonus weitere Laboruntersuchungen in unbegrenzter Höhe veranlasst werden könnten.

Schließlich steht auch nicht zur Überzeugung der Kammer fest, dass der Umsatzrückgang auf eine zu niedrigen Bemessung der begrenzten Gesamtpunktzahlen zurückzuführen ist. Deren Höhe entspricht den durchschnittlichen fachgruppenspezifischen Abrechnungs- und Veranlassungsfrequenzen im ersten Quartal 1998, reduziert um 15%. Das BSG hat bereits in seiner Entscheidung zum OI-Laborbudget hervorgehoben, dass die Festlegung der Fallpunktzahlen auf der Grundlage der empirisch ermittelten Leistungsanforderungen der jeweiligen Arztgruppe die je nach medizinischer Disziplin deutlich unterschiedliche Angewiesenheit auf Laborleistungen

berücksichtigt; ihr steht die Vermutung zur Seite, dass die tatsächlich erbrachten Laborleistungen nicht hinter dem Maß des medizinisch Erforderlichen zurückgeblieben sind (BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.16](#), S. 63, 67/68).

Die Kammer ist auch nicht davon überzeugt, dass die Zugrundelegung des arithmetischen Mittelwerts bei in ihrer diagnostischen Tätigkeit spezialisierte Praxen zu nicht ausreichenden Gesamtpunktzahlen geführt hat. Dem steht zum einen entgegen, dass zahlreiche Leistungsfälle von einer Anwendung der Malus-Regelung ausgenommen wurden, was gerade spezialisierte Praxen begünstigen dürfte. Zum anderen ist die Höhe der Gesamtpunktzahl nach Arztgruppen differenziert worden, so dass spezialisierte Arztgruppen eine höhere Punktzahl erhalten haben. Die Differenzierung nach Arztgruppen bedingt zudem, dass sich der Vorwurf der fehlenden Normalverteilung relativiert, da spezialisierte Praxen weniger in der Gruppe der Allgemeinärzte zu finden sein dürften als vielmehr überproportional häufig in den gesondert aufgeführten Arztgruppen, so dass ihre bisherigen hohen Leistungsanforderungen bereits in der auf tatsächlichen Abrechnungswerten beruhenden Fallpunktzahl ihren Niederschlag gefunden haben.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass auch Praxen von der Normalverteilung abweichen, die mehr aus betriebswirtschaftlichen denn aus medizinischen Gründen der Labordiagnostik den Vorrang vor anderen Diagnosemöglichkeiten einräumen.

Der Kammer drängt sich daher die Überlegung auf, dass der bei der Klägerin eingetretene Umsatzrückgang in einem nicht zu vernachlässigenden Umfang darauf beruht, dass die veranlassenden Ärzte aufgrund der ihnen nunmehr durch die Laborgrundgebühr vergüteten Prüfung des Ob und Wie der Leistungsveranlassung strengere Maßstäbe an die Notwendigkeit der von ihnen in Auftrag zu gebenden Leistungen anlegen. Dann wären die hieraus resultierenden Umsatzrückgänge von der Klägerin hinzunehmen. Die Kammer hat jedenfalls keine Anhaltspunkte dafür, dass es infolge der Laborreform zu einer Mangelversorgung der Bevölkerung mit Laborleistungen gekommen ist. Sie muss ungeachtet eines gewissen finanziellen Anreizes zur sparsamen Veranlassung von Laborleistungen davon ausgehen, dass für die Vertragsärzte fiskalische Erwägungen gegenüber ihren Aufgaben als Arzt zurücktreten.

Schließlich kann die Klägerin auch aus dem Umstand, dass sie nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann (Â§ 13 Abs. 4 BMV-Ä), keine besondere Schutzbedürftigkeit herleiten. Dass sie von ihr erteilten Aufträgen abhängig ist, ist nicht allein eine Folge der aus sachgerechten Gründen eingeführten Überweisungspflicht, sondern maßgeblich der von ihr selbstgewählten Spezialisierung auf einen engen Leistungsbereich. Wenn der Gesetzgeber bestimmte Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausnehmen würde, wäre dies von den hierauf spezialisierten Ärzten hinzunehmen. Entsprechendes gälte dann, wenn eine (finanzielle) Aufwertung von Untersuchungs- und Gesprächsleistungen bei Hausärzten diese veranlassen würde, externe medizinisch-technische Leistungen wie Laboruntersuchungen oder bildgebende Verfahren nur noch

eingeschränkt in Anspruch zu nehmen.

Die strittige Regelung steht auch im Einklang mit höherrangigem Recht in Einklang.

Soweit die Klägerin rügt, dass [Â§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) für die mit der Bonus-/Malus-Regelung mittelbar verbundenen Eingriffe in ihren Umsatz nicht bestimmt genug sei, ist ihr entgegenzuhalten, dass das BSG bereits in seiner Entscheidung vom 8.3.2000 ([SozR 3-2500 Â§ 83 Nr. 1](#), S. 1, 15) darauf hingewiesen hat, dass der Erlass des Bewertungsmaßstabs kein bloßer Gesetzesvollzug in dem Sinne ist, dass die Vertragspartner des EBM-Ä nur Detailsregelungen eines im Gesetz angelegten Konzeptes zu verwirklichen berechtigt wären. Der EBM-Ä kann im übrigen seine vielfältigen Aufgaben nur dann erfüllen, wenn dem Normgeber, also dem Bewertungsausschuss und damit den in diesem Gremium vertretenen sachkundigen Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen ausreichende eigene Regelungsspielräume verbleiben, anstatt auf detaillierte gesetzliche Regelungen warten zu müssen.

Es kann auch nicht der Auffassung der Klägerin gefolgt werden, dass der Katalog der zur Steuerung des Leistungsverhaltens zur Verfügung stehenden Mittel nach [Â§ 87 SGB V](#) als abschließend zu verstehen sei. Abgesehen davon, dass sich auch wie bereits dargelegt die streitbefangene Regelung bereits unmittelbar aus [Â§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) heraus rechtfertigt, stellen auch die übrigen Bestimmungen des [Â§ 87 SGB V](#) keinen schon gar nicht abschließenden Katalog von möglichen Maßnahmen dar, sondern lediglich Konkretisierungen der gesetzlichen Grundregelungen. So hat das BSG zutreffend darauf verwiesen, dass die Einführung von Teilbudgets bereits durch die (Grund-)Regelung des [Â§ 87 Abs. 2a](#) Sätze 1 und 2 SGB V gedeckt war und durch den Gesetzgeber durch die Einführung der Sätze 7 und 8 in [Â§ 87 Abs. 2a SGB V](#) lediglich formell bekräftigt worden ist (BSG [SozR 3-2500 Â§ 83 Nr. 1](#), S. 1, 13 f.).

Die Regelung steht auch ansonsten in Einklang mit dem Grundgesetz. Berufsausübungsregelungen dürfen vom Gesetzgeber (bzw. vom Normgeber) nur getroffen werden, wenn sie durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt werden und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen, wenn also das gewählte Mittel zur Erreichung des verfolgten Zwecks geeignet und bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe die Grenze des Zumutbaren noch gewahrt ist ([BVerfGE 94, 372](#), 390; BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 22](#), S. 133, 136).

Eine mit der Regelung mittelbar verbundene Einschränkung der Berufsausübung rechtfertigt sich dadurch, dass diese dem Interesse des Gemeinwohls dient. Zweck der strittigen Regelung ist es, dem außer Zweifel stehenden überproportionalen Anstieg der Laborauftragsleistungen entgegen zu wirken. Damit dient sie der Aufrechterhaltung der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, also einer Gemeinwohlaufgabe von hohem Rang (vgl. u.a. [BVerfGE 68, 193](#), 218; [BVerfGE 70, 1](#), 26, 29; [BSGE 80, 223](#), 226; BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 30](#), S. 225, 229). Im engeren Sinne dient die Regelung

auch der ‚gerechten‘ Verteilung der nur noch im begrenzten Umfang zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen, da eine Ausweitung der OIII-Laborleistungen über Interventionspunktwerte zu Lasten der für die übrigen Arztgruppen zur Verfügung stehenden Geldmittel geht.

Die strittige Regelung ist zur Erreichung des genannten Zieles geeignet, aber auch erforderlich. Unstrittig sind die Leistungsanforderungen im OIII-Laborbereich zwischen 1988 und 1996 überproportional um insgesamt 157 % oder jährlich 12,5 % angestiegen (vgl. Beilage zur Ärzte-Zeitung S. 10, 14). Eine bislang übliche Steuerung des Leistungsverhaltens beim Leistungserbringer, insbesondere in Form einer Budgetierung oder Kontingentierung, kommt bei den hier relevanten Auftragsleistungen nicht in Betracht, da die Leistungserbringer die Menge der ihnen von anderen Ärzten überwiesenen Auftragsleistungen nur begrenzt steuern können. Wenn sie bei Erschöpfung eines etwaigen Leistungsbudgets die Erledigung weiterer Aufträge ablehnen würden, wären hiervon auch medizinisch notwendige Leistungen betroffen.

Die strittige Regelung ist auch zumutbar. Zwar hat die Klägerin dargelegt, dass es bei ihr im zeitlichen Zusammenhang mit der Neuregelung des Laborbereichs im EBM zu gravierenden Umsatzrückgängen gekommen ist. Die Kammer ist jedoch, wie bereits ausgeführt, nicht davon überzeugt, dass der Umsatzrückgang maßgeblich durch die strittige Bonus/Malus-Regelung verursacht worden ist.

Soweit es wie es bereits im Zusammenhang mit der ab 1993 geltenden Budgetierung der Arzneimittel (vgl. Â§ 84 Abs. 1 i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes sowie Art. 29 GSG) festzustellen war (siehe hierzu Engelhard in Hauck/Noftz SGB V, Â§ 84 RdNr. 9 m.w.N.) aufgrund der Neuregelung des Laborbereichs zu einer sachlich nicht begründeten Überreaktion der veranlassenden Ärzte gekommen sein sollte, hat der Bewertungsausschuss hierauf insbesondere durch eine nachfolgende Ausweitung der Ausnahmeindikationen sowie durch einen prozentualen Aufschlag auf die ‚Analysekosten‘ reagiert und ist somit seiner Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht (siehe hierzu Engelhard in Hauck/Noftz SGB V, Â§ 85 RdNr. 199) nachgekommen.

Entgegen der Auffassung der Klägerin liegt in der fehlenden Differenzierung zwischen Laboreigenleistungen und Laborauftragsleistungen bei der Bildung der begrenzten Gesamtpunktzahlen im OI/II-Bereich und im OIII-Bereich auch keine gegen [Art. 12](#) i.V.m. [Art. 3 GG](#) verstößende willkürliche Zusammenfassung.

Zunächst folgt die Kammer nicht der von der Klägerin vertretenen Auffassung, dass eine Differenzierung von Laboreigen- und Laborauftragsleistungen schon deswegen zwingend geboten sei, weil es sich hierbei um einen strukturellen, seit langem angelegten Unterschied zwischen verschiedenen Leistungsarten und Arztgruppen handle. Zum einen bestanden die in der von der Klägerin angezogenen Entscheidung des BSG vom 29.9.1993 ([BSGE 73, 131](#), 140) erwähnten strukturellen Unterschiede nicht allein darin, dass Laborärzte

ausschließlich Auftragsleistungen erbringen und somit ihre Leistungen nicht ausweiten können, sondern auch darin, dass das BSG bestimmte Leistungen (vorwiegend O I/II) als einer Rationalisierung zugänglich angesehen hat, andere (im wesentlichen O III) jedoch nicht (vgl. [BSGE 73, 131](#), 139 f.). Zum anderen sind die Ausführungen des BSG bezüglich der strukturellen Unterschiede nicht als ‚Dogma‘ in dem Sinne zu verstehen, dass Auftragsleistungen stets eine von den übrigen Leistungen getrennte Regelung erfahren müssen. Vielmehr sind die strukturellen Unterschiede nur dann beachtlich, wenn ihre Nichtbeachtung zu gravierenden negativen Auswirkungen in dem der BSG-Entscheidung zugrunde liegenden Sachverhalt waren dies die sich aus dem einheitlichen Punktwert für alle Laborleistungen ergebenden Konsequenzen auf die Gruppe der Laborärzte fñhrt. Dies ist aber, wie noch auszuführen ist, nicht der Fall.

Zudem folgt aus dem Rechtsnormcharakter des Bewertungsmaßstabs (siehe hierzu Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Â§ 87 RdNr. 164), dass dem Bewertungsausschuß als Normgeber ein weiter Gestaltungs- und Regelungsspielraum zusteht (std. Rspr. des BSG; siehe hierzu die Nachweise bei Engelhard a.a.O., RdNr. 196). Der Bewertungsausschuß ist daher befugt, im Interesse der Übersichtlichkeit und Praktikabilität einer Regelung zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalisieren (BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 15](#), S. 58, 60 und Nr. 16, S. 63, 65; BSG, Urteil vom 8.3.2000, [B 6 KA 8/99 R](#) S. 11; BSG, Urteil vom 6.9.2000, [B 6 KA 37/99 R](#) S. 5; vgl. auch SozR 3-5533 Nr. 2145 Nr. 1, S. 1, 3). Den Gerichte ist die Überprüfung verwehrt, ob er die jeweils zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden hat ([BVerfGE 33, 171](#), 189; BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.15](#), S. 58, 60 und Nr.16, S. 63, 65/66; BSG, Urteil vom 8.3.2000, [B 6 KA 8/99 R](#) S. 11).

Ein Eingriff in den Gestaltungs- und Regelungsspielraum des Bewertungsausschusses ist nur in den seltenen Ausnahmefällen zulässig, in denen sich zweifelsfrei feststellen läßt, dass die Definition und/oder die Bewertung der Leistungen im Bewertungsmaßstab nicht sachbezogen erfolgt ist, sondern der Bewertungsausschuß seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz mißbräuchlich ausgeübt hat (std. Rspr. des BSG; siehe hierzu die Nachweise bei Engelhard a.a.O. RdNr. 201), indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewußt benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen (BSG SozR 5530 Allg. Nr.1, S.1, 4; SozR 3-5533 Nr.763 Nr.1, S.1, 4; [BSGE 78, 98](#), 107 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.12](#), S.32, 43; [BSGE 79, 239](#), 245 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.14](#), S.46, 53; [BSGE 83, 205](#), 208 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 29](#), S. 211, 215; BSG, Urteil vom 8.3.2000, [B 6 KA 8/99 R](#) S. 12). Voraussetzung für ein Eingriffsrecht des Gerichte ist zudem ein bewusstes und zielgerichtetes Handeln des Bewertungsausschusses (vgl. BSG, Urteil vom 26.1.2000, [B 6 KA 59/98 R](#) S. 10); eine lediglich ‚fahrlässige‘ Fehlentscheidung genügt nicht.

Bei Anlegung der vorstehenden Maßstäbe ergibt sich vorliegend kein Eingriffsrecht der Gerichte. Die unterbliebene Differenzierung zwischen Eigen- und Auftragsleistungen hält sich im Rahmen einer zulässigen Pauschalierung bzw. Typisierung. Anhaltspunkte dafür, dass damit eine (sachwidrige) Benachteiligung

der Laborärzte bezweckt war, fehlen ebenso wie dafür, dass die Zusammenfassung auf sonstigen sachfremden Erwägungen beruhte.

Hinzu kommt, dass die von der Klägerin behaupteten gravierenden Konsequenzen der Zusammenfassung von ihr nicht belegt, sondern allein vermutet werden. Diese Vermutungen sind nach Auffassung der Kammer nicht begründet; vielmehr sprechen die Umstände dafür, dass sich aus der fehlenden Differenzierung allenfalls geringfügige Auswirkungen auf die Klägerin ergeben. Zum einen ist dem Gericht aus einem vorangegangenen Verfahren (S 3 KA 256/94) der Klägerin bekannt, dass diese Leistungen nach dem Abschnitt OI/II EBM- nur in geringem Umfang (seinerzeit 6-7 %) erbringt; nach Angaben der Beigeladenen zu 1) beträgt der entsprechende Anteil der Laborärzte sogar lediglich 2 %. Eine noch stärkere Eigenerbringung in diesem Bereich würde sich mithin auf die Klägerin nur marginal auswirken. Zum anderen hat der Beigeladene zu 1) zutreffend darauf verwiesen, dass der Anteil der eigenerbrachten Leistungen im OIII-Bereich wegen der höheren Zugangsvoraussetzungen für ihre Erbringung und Abrechnung nicht beliebig gesteigert werden kann, so dass auch insoweit keine gravierenden Auswirkungen zu erwarten sind. Hinzu kommen ökonomische Aspekte, die einer vermehrten Eigenerbringung entgegen stehen dürften. So hat der Beigeladene zu 1) überzeugend dargelegt, dass durch die Laborreform auch bestehende Anreize zur Eigenerbringung abgeschwächt worden seien, und dass im OIII-Bereich zudem die höheren Kosten bei niedrigen Untersuchungszahlen eine Eigenerbringung unattraktiv machten.

Schließlich vermögen auch die übrigen von der Klägerin erhobenen Einwände nicht zu überzeugen. Soweit die Klägerin den Referenzzeitraum sowie die Berücksichtigung der Laborauftragsleistungen als ungeklärt ansieht und die Fallpunktzahlen für Allgemeinversicherte und Rentner in Zweifel zieht, ist sie auf die entsprechenden klärenden Ausführungen der Beigeladenen zu 1) zu verweisen. Auch die nachträgliche Ausweitung der Ausnahmeindikationen ohne Veränderung der Budgets spricht nicht für eine fehlerhafte Sachverhaltsermittlung, sondern hält sich im Rahmen der bei Anfangs- und Erprobungsregelungen zwangsläufigen Nachbesserungen; dass die Budgets nicht entsprechend verändert, d.h. verringert, wurden, hat sich im übrigen ausschließlich zugunsten der Veranlasser (und damit mittelbar auch der Klägerin) ausgewirkt.

Nach alledem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#).

Erstellt am: 04.09.2003

Zuletzt verändert am: 23.12.2024