

L 5 KA 1744/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 4199/13
Datum

11.03.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 1744/15
Datum

25.10.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Honorarverteilungsrechtliche Sicherstellungstatbestände (wie Ausnahmen von der Honorarabstaffelung aus Sicherstellungsgründen) haben im Unterschied zu statusrechtlichen (Sonder-)Bedarfstatbeständen konkret arzt- bzw. praxisbezogene Bedarfslagen und nicht abstrakt-strukturelle Versorgungsdefizite im Planungsbereich zum Gegenstand; die Behebung solcher Defizite ist Aufgabe der Zulassungsgremien und nicht der Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 11.03.2015 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 8.390,95 EUR endgültig festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt höheres Honorar für die Quartale 3/2011, 1/2012 und 2/2012 durch unquotierte (ungekürzte) Vergütung der in diesen Quartalen erbrachten Leistungen.

Der Kläger war während der streitgegenständlichen Quartale als Facharzt für Psychiatrie mit Vertragsarztsitz in Sch. (N.-O.-Kreis) mit einem halben Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Zur Vergütung der in den Quartalen 3/2011 bis 2/2012 erbrachten Leistungen des Klägers ergingen folgende Bescheide (mit den dagegen erhobenen Widersprüchen des Klägers):

Quartal 3/2011: Mit Bescheid vom 24.05.2011 wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal 3/2011 ein Regelleistungsvolumen (RLV) von 27.767,52 EUR zu. Die anerkannte RLV-Fallzahl betrug 402 (Fallzahl nach Altersklassen: 0-5 Jahre 0, 6-59 Jahre 218, 60 Jahre und älter 184), der arztindividuelle Anpassungsfaktor nach Altersklassen betrug 0,9854. Der arztindividuelle RLV-Fallwert wurde durch Anwendung des arztindividuellen Anpassungsfaktors nach Altersklassen auf den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert von 71,16 EUR auf 70,12 EUR festgesetzt. Der arztindividuelle RLV-Fallwert wurde nicht um einen arztindividuellen Aufschlag wegen Praxisbesonderheiten erhöht.

Am 15.06.2011 erhob der Kläger Widerspruch gegen den RLV-Zuweisungsbescheid vom 24.05.2011 für das Quartal 3/2011. Zur Begründung trug er vor, die Begründung des RLV-Zuweisungsbescheids ([§ 35](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch, SGB X) sei nicht ausreichend. Die Grundlage für die Berechnung des arztindividuellen Anpassungsfaktors nach Altersklassen sei nicht angegeben; er könne die Berechnung nicht nachvollziehen. Verglichen mit dem Quartal 2/2011 sei der Anteil der über 60 Jahre alten Versicherten gestiegen (von 33,75% auf 45,77% bzw. von 134 auf 184 Versicherte). Wegen des höheren Betreuungsbedarfs müsse auch der RLV-Fallwert erhöht werden. Außerdem müsse man ihm einen arztindividuellen Aufschlag auf den RLV-Fallwert wegen Praxisbesonderheiten gewähren. Er betreue einen großen Anteil von Versicherten in Wohn-, Alten- und Pflegeheimen (Quartal 2/2010: 119 von 397 Versicherte bzw. 29,97%; Quartal 3/2010: 166 von 402 Versicherte bzw. 41,29%). Die dafür notwendige Besuchstätigkeit könne eine Praxisbesonderheit begründen (vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses (BewA) vom 26.03.2010). Die nur mit besonders hohem Zeitaufwand zu betreuenden Versicherten würden im Umkreis von 30 km von keinem anderen Vertragsarzt seiner Fachgruppe behandelt. Sein RLV-Fallwert müsse daher auch aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen (psychiatrischen) Versorgung der Versicherten erhöht werden. Die Gewährung eines arztindividuellen Aufschlags auf den RLV-Fallwert wegen Praxisbesonderheiten dürfe man ihm nicht deswegen versagen, weil Leistungen nach Gebührenordnungsposition (GOP) 01410 ff. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM) außerhalb des

RLV (als freie Leistungen) vergütet würden. Die Vergütung erfolge nach wie vor aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), weshalb bei hohen Leistungsanforderungen (doch) mit einer Honorar-Abstufung gerechnet werden müsse. Außerdem werde die besondere Situation der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte nicht ausreichend berücksichtigt. Deren Einzugsbereich sei im ländlichen Raum größer als der Einzugsbereich der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte, weshalb auch die Fahrwege länger seien. Haus- und Heimbefuche seien daher auch bei geänderter Vergütungssystematik und Höherbewertung der Besuchsleistungen unwirtschaftlich. Im Planungsbereich N.-O. Kreis, vor allem im Raum Sch. und M., bestehe eine Lücke in der psychiatrischen Versorgung der Versicherten in Wohn-, Alten- und Pflegeheimen. Diese seien vielfach multimorbid mit psychiatrischer Komorbidität (wie Demenz) und nicht mobil und müssten deswegen durch Hausbesuche betreut werden. Die vielfach notwendige Arzneimittelbehandlung mit Psychopharmaka könne der Hausarzt nicht durchführen; hierzu bedürfe es psychiatrischer Erfahrung. Der psychiatrische Versorgungsbedarf werde von den im Planungsbereich niedergelassenen (oder ermächtigten) Psychiatern nicht gedeckt. Ohne Erhöhung seines arztindividuellen RLV-Fallwerts müsse er seine Praxis zum 31.03.2012 schließen mit entsprechend schwerwiegenden Folgen für die psychiatrische Versorgung der Versicherten. Zur weiteren Begründung des Widerspruchs wurden - teils an den Zulassungsausschuss (ZA) gerichtete - Schreiben von Vertragsärzten vorgelegt, die den Widerspruch des Klägers aus Gründen der Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung unterstützten.

Mit Honorarbescheid vom 16.01.2012 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 3/2011 auf 39.591,29 EUR fest (RLV anerkannt 32.011,88 EUR, RLV überschritten/quotiert vergütet 3.543,73 EUR).

Am 07.02.2012 erhob der Kläger Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 16.01.2012 für das Quartal 3/2011. Zur Begründung wiederholte und vertiefte er sein bisheriges Vorbringen.

Quartal 4/2011: Mit Bescheid vom 18.08.2011 wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal 4/2011 ein RLV von 31.360,01 EUR zu. Die anerkannte RLV-Fallzahl betrug 472 (Fallzahl nach Altersklassen: 0-5 Jahre 0, 6-59 Jahre 250, 60 Jahre und älter 222), der arztindividuelle Anpassungsfaktor nach Altersklassen betrug 0,9849. Der arztindividuelle RLV-Fallwert wurde durch Anwendung des arztindividuellen Anpassungsfaktors nach Altersklassen auf den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert von 71,96 EUR auf 70,87 EUR festgesetzt. Der arztindividuelle RLV-Fallwert wurde nicht um einen arztindividuellen Aufschlag wegen Praxisbesonderheiten erhöht.

Am 19.09.2011 erhob der Kläger Widerspruch gegen den RLV-Zuweisungsbescheid vom 18.08.2011 für das Quartal 4/2011. Man möge das Honorar unquotiert festsetzen, hilfsweise einen arztindividuellen Aufschlag auf den RLV-Fallwert wegen Praxisbesonderheiten gewähren.

Mit Honorarbescheid vom 16.04.2012 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 4/2011 auf 41.683,51 EUR fest (RLV anerkannt 33.579,57 EUR, RLV überschritten/quotiert vergütet 3.903,78 EUR).

Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 16.04.2012 für das Quartal 4/2011 wurde nicht erhoben.

Quartal 1/2012: Mit Bescheid vom 23.11.2011 wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal 1/2012 ein RLV von 31.711,20 EUR zu. Die anerkannte RLV-Fallzahl betrug 486 (Fallzahl nach Altersklassen: 0-5 Jahre 0, 6-59 Jahre 262, 60 Jahre und älter 224), der arztindividuelle Anpassungsfaktor nach Altersklassen betrug 0,9870. Der arztindividuelle RLV-Fallwert wurde durch Anwendung des arztindividuellen Anpassungsfaktors nach Altersklassen auf den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert von 71,00 EUR auf 70,08 EUR festgesetzt. Der arztindividuelle RLV-Fallwert wurde nicht um einen arztindividuellen Aufschlag wegen Praxisbesonderheiten erhöht.

Am 22.12.2011 erhob der Kläger Widerspruch gegen den RLV-Zuweisungsbescheid für das Quartal 1/2012 vom 23.11.2011.

Mit Honorarbescheid vom 16.07.2012 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 1/2012 auf 38.329,02 EUR fest (RLV anerkannt 31.886,90 EUR, RLV überschritten/quotiert vergütet 2.640,79 EUR).

Am 13.08.2012 erhob der Kläger Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 16.07.2012 für das Quartal 1/2012.

Quartal 2/2012: Mit Bescheid vom 22.02.2012 wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal 2/2012 ein RLV von 32.368,90 EUR zu.

Am 20.03.2012 erhob der Kläger Widerspruch gegen den RLV-Zuweisungsbescheid vom 22.02.2012 für das Quartal 2/2012.

Mit Honorarbescheid vom 15.10.2012 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal 2/2012 auf 12.302,10 EUR fest (RLV anerkannt 11.329,44 EUR, RLV überschritten/quotiert vergütet 0,00 EUR).

Am 09.11.2012 erhob der Kläger Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 15.10.2012 für das Quartal 2/2012.

Zu Ausnahmen von der quotierten Honorarfestsetzung sowie zur Anerkennung und Bewertung von Praxisbesonderheiten wurden folgende Anträge gestellt und folgende Bescheide erlassen (mit den dagegen erhobenen Widersprüchen des Klägers):

Mit Schreiben vom 23.11.2011 beantragte der Kläger, das Honorar für das Quartal 4/2011 aus Sicherstellungsgründen unquotiert festzusetzen und ihm einen arztindividuellen Aufschlag auf den RLV-Fallwert wegen Praxisbesonderheiten (vermehrte Betreuung von Versicherten in Wohn-, Alten- und Pflegeheimen) zu gewähren. Zur Begründung wiederholte und bekräftigte er das Vorbringen im Widerspruchsverfahren gegen den RLV-Zuweisungsbescheid vom 24.05.2011 für das Quartal 3/2011.

Mit Bescheid vom 07.12.2011 lehnte die Beklagte die Gewährung eines arztindividuellen Aufschlags auf den RLV-Fallwert wegen Praxisbesonderheiten ab. Zur Begründung führte sie aus, gemäß Teil B § 15 Abs. 1 des Honorarverteilungsvertrags (HVV - in der für die streitgegenständlichen Quartale geltenden Fassung, im Folgenden nur HVV) ergäben sich Praxisbesonderheiten aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung. Das Nähere regelt die KV B.-W. (Teil B § 15 Abs. 2 HVV). Ihr Vorstand habe sich auf Leistungsbereiche verständigt, für die eine Praxisbesonderheit regelmäßig in Betracht kommen könne und die Voraussetzungen für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten festgelegt. Für die kontinuierliche Mitbetreuung von

Versicherten in einer beschützenden Einrichtung oder in der häuslichen/familiären Umgebung sei die Anerkennung einer Praxisbesonderheit grundsätzlich ausgeschlossen worden, weil die Leistungen nach GOP 21230, 21231 und 21233 EBM zu den Standardleistungen der Nervenärzte und Psychiater gehörten und daher regelmäßig keine abweichende Typik zur Fachgruppe vorliege. Die Abrechnungsdaten des Klägers im Bezugsquartal 1/2010 bestätigten das. Danach könne eine von der Fachgruppe abweichende Behandlungsweise nicht im notwendigen Ausmaß festgestellt werden. Besuchsleistungen nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM würden seit dem Quartal 2/2011 auch im fachärztlichen Versorgungsbereich als freie Leistungen (ggf. quotiert) vergütet. Was das Begehren des Klägers nach unquotierter Vergütung seiner Leistungen angehe, müsse man die Entscheidung der Zulassungsgremien über seinen Antrag auf Erteilung einer Sonderbedarfszulassung (mit einem weiteren halben Versorgungsauftrag) abwarten.

Am 13.12.2011 erhob der Kläger Widerspruch gegen den Bescheid vom 07.12.2011. Zur Begründung trug er vor, die Vorstandsregelung über die Leistungsbereiche, in denen Praxisbesonderheiten anerkannt werden könnten, sei rechtswidrig. Hierfür wäre die Vertreterversammlung der Beklagten zuständig gewesen (vgl. § 8 Abs. 9g der Satzung der Beklagten). Außerdem verstoße die Vorstandsregelung gegen den BewA-Beschluss vom 25.01.2011, wonach sich ein besonderer Versorgungsauftrag auch aus der Besuchstätigkeit in beschützenden Wohnheimen bzw. Alten- und Pflegeheimen ergeben könne. Man hätte zudem nicht auf das Quartal 1/2010 als Bezugsquartal abstellen dürfen; das verstoße gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Die Anwendung eines festen Bezugsquartals könne den besonderen Verhältnissen einer Praxis nicht gerecht werden und sei zur Feststellung eines Versorgungsbedarfs bzw. Praxisschwerpunkts ungeeignet. Davon abgesehen hätten Leistungen nach GOP 21230, 21231 und 21233 EBM im Quartal 3/2011 einen Anteil von 13% ausgemacht, so dass die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit auch nach der genannten Vorstandsregelung erfüllt seien.

Mit Schreiben vom 29.12.2011 beantragte der Kläger, das Honorar für das Quartal 1/2012 aus Sicherstellungsgründen unquotiert festzusetzen und ihm einen arztindividuellen Aufschlag auf den RLV-Fallwert wegen Praxisbesonderheiten (vermehrte Betreuung von Versicherten in Wohn-, Alten- und Pflegeheimen) zu gewähren.

Mit Bescheid vom 25.01.2012 lehnte die Beklagte die Festsetzung unquotierten Honorars ab dem Quartal 4/2011 ab. Zur Begründung führte sie aus, mit Beschluss vom 20.04.2009 habe der BewA die Gesamtvertragspartner ermächtigt, regionale Ausnahmen von der fallzahlabhängigen Abstufung des RLV-Fallwerts aus Sicherstellungsgründen zu vereinbaren. Hierzu seien Regelungen im HVV und durch Beschluss ihres Vorstands getroffen worden. Danach sei für Ausnahmen aus Sicherstellungsgründen (ab dem 01.01.2011) eine Veränderung der lokalen Versorgungssituation (etwa durch Schließung einer Vertragsarztpraxis) erforderlich. Da der Kläger regelmäßig Fallzahlen abrechne, die annähernd dem Fachgruppendurchschnitt entsprächen, obwohl er nur mit einem halben Versorgungsauftrag zugelassen sei, komme er (massiv) in die fallzahlabhängige Honorar-Abstufung. Eine Fallgestaltung dieser Art (halber Versorgungsauftrag, aber Abrechnung bzw. Arbeitsbelastung wie bei vollem Versorgungsauftrag) werde von den genannten Regelungen nicht erfasst. Abhilfe könnten nur die Zulassungsgremien (im Hinblick auf einen Antrag des Klägers auf Erteilung einer Sonderbedarfszulassung mit einem weiteren halben Versorgungsauftrag) schaffen.

Am 07.02.2012 erhob der Kläger Widerspruch gegen den Bescheid vom 25.01.2012. Es sei nicht zulässig, die in § 10 Abs. 1 HVV geregelten Ausnahmen von der Honorar-Abstufung aus Sicherstellungsgründen durch Vorstandsbeschluss auf Veränderungen in der lokalen Versorgungssituation zu beschränken. Eine Regelung dieser Art entspreche den Regelungen in § 14 HVV, was der BewA so nicht gewollt habe. Dieser habe die Versorgung in den von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen verbessern wollen. Deshalb dürfe auf die Schließung von Vertragsarztpraxen nicht abgestellt werden. Er müsse (mit halben Versorgungsauftrag) Versicherte behandeln, die andernfalls unversorgt blieben und gerate so aus Sicherstellungsgründen unverschuldet in die Honorar-Abstufung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.07.2013 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen den RLV-Zuweisungsbescheid und den Honorarbescheid für das Quartal 3/2011 und gegen die Bescheide vom 07.12.2011 und vom 25.01.2012 zurück. Der Widerspruchsbescheid wurde dem Kläger am 05.07.2013 zugestellt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.07.2013 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die RLV-Zuweisungsbescheide und die Honorarbescheide für die Quartale 1/2012 und 2/2012 und gegen die Bescheide vom 07.12.2011 und vom 25.01.2012 zurück. Man habe die Anerkennung und Bewertung der geltend gemachten Praxisbesonderheiten erneut geprüft. Insoweit habe sich die Rechtslage ab dem Quartal 2/2011 geändert. Leistungen nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM würden nunmehr als freie Leistungen außerhalb des RLV vergütet und könnten deswegen (durch einen arztindividuellen Aufschlag auf den RLV-Fallwert) als Praxisbesonderheit nicht mehr berücksichtigt werden. Leistungen nach GOP 21230, 21231 und 21233 EBM stellten Standardleistungen der Fachgruppe dar; sie begründeten keine Fachgruppenatypik. Für die Anerkennung und Bewertung von Praxisbesonderheiten ziehe man das Quartal 1/2010 als Bezugsquartal heran. Man habe darauf geachtet, ein eher umsatzstarkes Quartal aus dem Winterhalbjahr auszuwählen, das dann aus Gleichbehandlungsgründen auch beim Kläger herangezogen werde. Ein Austausch der Bezugsquartale im Einzelfall sei ebenfalls aus Gleichbehandlungsgründen nicht möglich. Der Widerspruchsbescheid wurde dem Kläger am 31.07.2013 zugestellt.

Zum Zulassungsstatus des Klägers wurden folgende Anträge gestellt und folgende Bescheide erlassen:

Mit Schreiben vom 06.12.2011 beantragte der Kläger beim ZA die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung zur psychiatrischen Versorgung von Versicherten in Sch. im Umfang eines halben Versorgungsauftrags, hilfsweise die Erteilung einer entsprechenden Ermächtigung.

Mit Beschluss vom 20.06.2012 erteilte der ZA dem Kläger eine Ermächtigung zur psychiatrischen Versorgung von Versicherten in Heimen im Umkreis von 25 km um seinen Vertragsarztsitz (in Sch.) begrenzt auf 200 Fälle im Quartal. Den Antrag auf Erteilung einer Sonderbedarfszulassung lehnte der ZA ab. Die Versorgung von Versicherten in wenigen Heimen begründe keine Versorgungslücke im gesamten Leistungsspektrum der Psychiatrie. Auch eine lokale Versorgungslücke könne nicht angenommen werden.

Am 29.08.2012 erhob die Beklagte Widerspruch gegen den Beschluss des ZA vom 20.06.2012, soweit dem Kläger darin eine Ermächtigung erteilt worden war. Eine Umfrage habe ergeben, dass die Heime im Einzugsbereich der Praxis des Klägers ordnungsgemäß betreut würden. Eine Ärztin habe mitgeteilt, sie habe ihre bisherige Heimbetreuung verloren, weil das Heim einen anderen Arzt beauftragt habe. Selbst wenn man einen einschlägigen Versorgungsbedarf annehme, mache eine Fallzahl von 200/Quartal einen halben Versorgungsauftrag aus.

Mit Beschluss vom 20.02.2013 wies der Berufungsausschuss für Ärzte (Regierungsbezirk K., BA) den Widerspruch der Beklagten zurück. Die Ermächtigung des Klägers sei zur ordnungsgemäßen psychiatrischen Versorgung der Versicherten in Heimen erforderlich. Die Bedarfsprüfung habe ergeben, dass es keinen ortsnahen Psychiater gebe, der die psychiatrische Versorgung der Heimbewohner übernehme. Hierfür kämen zwar auch weiter entfernte Psychiater in Betracht, was bislang auch genügt habe. Es sei aber angezeigt, eine weitere Behandlungsmöglichkeit zu schaffen, die es dem Kläger ermögliche, für Heimbewohner psychiatrische Leistungen zu erbringen. Die sofortige Vollziehung des Beschlusses werde nicht angeordnet, da die in der Bedarfsprüfung befragten Heime eine ausreichende, wenngleich nicht ortsnahe und damit nicht optimale, Versorgung mitgeteilt hätten. Gerügt werde, dass der Kläger mit vorformulierten Schreiben an Betreuer von Versicherten und der Ankündigung, seine Praxis 3 Monate lang für Versicherte zu schließen, Druck auf den BA habe ausüben wollen. Die Voraussetzungen für die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung müssten nicht geprüft werden, weil der Kläger gegen den Beschluss des ZA Widerspruch nicht erhoben habe.

Gegen den Beschluss des BA vom 20.02.2013 ist Klage nicht erhoben worden; der Beschluss ist bestandskräftig.

Am 26.07.2013 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) gegen den RLV-Zuweisungsbescheid und den Honorarbescheid für das Quartal 3/2011 sowie gegen den Bescheid vom 07.12.2011 (keine Anerkennung von Praxisbesonderheiten für das Quartal 4/2011) und den Bescheid vom 25.01.2012 (keine unquotierte Honorarfestsetzung ab Quartal 4/2011) bzw. gegen den Widerspruchsbescheid vom 03.07.2013. Am 13.08.2013 erhob er außerdem Klage gegen die RLV-Zuweisungsbescheide und die Honorarbescheide für die Quartale 1/2012 und 2/2012 bzw. gegen den Widerspruchsbescheid vom 30.07.2013. Die Klage werde hinsichtlich beider Widerspruchsbescheide auf die Frage der Honorar-Abstufung beschränkt. Die Festsetzung unquotierten Honorars sei für alle 4 Quartale streitig.

Der Kläger bekräftigte sein bisheriges Vorbringen; streitig sei allein die Frage der Honorar-Abstufung. Im Planungsbereich N.-O.-Kreis bestehe eine Lücke in der psychiatrischen Versorgung der Versicherten in Wohn-, Alten- und Pflegeheimen; im Planungsbereich seien entweder Psychotherapeuten oder Neurologen niedergelassen. Als Psychiater seien nur er und Dr. W. tätig, wobei Dr. W. aber keine Haus- und Heimbefuche durchführe. Da er die Versicherten des Planungsbereichs daher nahezu allein psychiatrisch versorge, habe er am 22.11.2011 beim ZA die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung beantragt, um seinen halben Versorgungsauftrag auf einen vollen Versorgungsauftrag aufzustocken. Das sei (im Ergebnis) für die Zeit ab dem Quartal 3/2012 geschehen. Die Beklagte dürfe sich dazu nicht in Widerspruch setzen. Außerdem indiziere die vorliegende Ermächtigung für eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA, vgl. [§ 118 Abs. 1 SGB V](#)) einen entsprechenden Versorgungsbedarf. Man hätte bei der Bedarfsprüfung zwischen den Tätigkeitsbereichen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten unterscheiden müssen; es sei zu prüfen, ob bei gedachtem Wegfall oder bei gedachter erheblicher Einschränkung des Leistungsangebotes der jeweiligen Vertragsarztpraxis angenommen werden könne, dass den Versicherten in einer unter Beachtung von Fahrzeiten und Kosten zumutbaren Entfernung ein ausreichendes, insbesondere mit akzeptablen Wartezeiten verbundenes Leistungsangebot zur Verfügung stehe (vgl. Landessozialgericht (LSG) Hessen, Urteil vom 17.03.2010, - [L 4 KA 28/08](#) -, in juris). Die Beklagte stelle für die (hier allein streitige) Honorarverteilung zu Unrecht auf die (gröberen) Maßstäbe des Bedarfsplanungsrechts ab. Bei der Honorarverteilung komme es nicht auf das gesamte Leistungsspektrum der (für die Bedarfsprüfung maßgeblichen) Arztgruppe, sondern auch auf spezielle Leistungen an. Die insoweit notwendige Feinsteuerung (zum Bedarfsplanungsrecht LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 29.10.2008, - [L 5 KA 2414/08](#) -, in juris) habe die Beklagte unterlassen. Ausnahmen von der Honorar-Abstufung sollten systembedingte Fehlverteilungen von Vertragsärzten und darauf beruhende Versorgungsdefizite ausschließen und so die Bedarfsplanung (honorarverteilungsrechtlich) feinsteuern. Richtlinien des Vorstands einer KV seien Verwaltungsvorschriften und als solche nicht bindend. In den vergangenen Jahren habe man im Planungsbereich N.-O.-Kreis Vertragsarztsitze von Psychiatern mit Neurologen nachbesetzt, wodurch sich die Versorgungslage in der Psychiatrie verändert habe. Honorarverteilungs- und Statusrecht dienen letztendlich dem gleichen Ziel, nämlich der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten (vgl. dazu die Regelung in § 10 HVV: Ausnahme von der Honorar-Abstufung aus Sicherstellungsgründen), wobei es unerheblich sei, dass für die Honorarverteilung die Beklagte und für Statusentscheidungen die Zulassungsgremien zuständig seien. Die Beklagte hätte die vom BA festgestellte Versorgungslücke durch Maßnahmen der Honorarverteilung (unquotierte Honorarfestsetzung bzw. Gewährung eines arztindividuellen Aufschlags auf den RLV-Fallwert wegen Praxisbesonderheiten) schließen müssen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Streitgegenstand sei allein die Festsetzung unquotierten Honorars (in den Quartalen 3/2011, 1/2012 und 2/2012). Fragen der (Sonder-)Bedarfsprüfung und des Bedarfsplanungsrechts bzw. des Statusrechts, auch etwa der hinreichend ortsnahen Versorgung der Versicherten, seien hierfür unerheblich. Die gesetzliche PIA-Ermächtigung setze eine Bedarfsprüfung im Übrigen nicht voraus. Aus der Erteilung einer Ermächtigung ab Februar 2013 könne nicht rückwirkend auf das Vorliegen von Unterversorgung geschlossen werden, weil bei der Erteilung einer Ermächtigung eine zukunftsbezogene Bedarfsprüfung stattfinde und Ermächtigungen auch nur befristet erteilt würden. Ein Ermächtigungsbedarf könne ohnehin nicht mit einer vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Landesausschuss) festzustellenden - und hier nicht festgestellten - Unterversorgung gleichgesetzt werden. Für Ausnahmen von der Honorar-Abstufung werde das Tatbestandsmerkmal "Sicherstellungsgründe" in § 10 HVV und in § 14 HVV näher festgelegt. Danach könne eine Änderung der lokalen Versorgungssituation im entsprechenden Fachbereich angenommen werden, wenn eine Praxisschließung ohne Nachfolge in der näheren Umgebung zur jeweiligen Praxis erfolgt sei. Das sei hier nicht der Fall. Den Honorarbescheid für das Quartal 4/2011 habe der Kläger nicht angefochten; dieser Bescheid sei daher bestandskräftig.

Die Beklagte teilte abschließend mit, im Planungsbereich N.-O.-Kreis seien seit 5 Jahren (unverändert, Stand März 2015) in der bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe der Nervenärzte 6 Ärzte (3,0 Neurologen, 2,0 Psychiater und Neurologen, 1,0 Psychiater und Psychotherapie) zugelassen. In den Quartalen 3/2011 bis 2/2012 habe der Versorgungsgrad 166,9% betragen (derzeit (März 2015) wegen geänderter Verhältniszahlen 132,4%).

Mit Urteil vom 11.03.2015 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger habe keinen Anspruch auf Festsetzung höheren Honorars in den Quartalen 3/2011 bis 2/2012. Die Anerkennung und Bewertung von Praxisbesonderheiten durch Zuerkennung eines arztindividuellen Aufschlags auf den RLV-Fallwert werde nicht mehr begehrt; der Kläger habe das in der Klagebegründung klargestellt. Streitgegenstand sei daher allein die Festsetzung unquotierten Honorars nach Maßgabe der §§ 10, 14 HVV.

Der Festsetzung höheren Honorars für das Quartal 4/2011 stehe die Bestandskraft (Unanfechtbarkeit) des zu diesem Quartal ergangenen Honorarbescheids entgegen (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 03.02.2010, - [B 6 KA 31/08 R](#) -, Urteil vom 15.08.2012, - [B 6 KA 38/11 R](#) -, beide in juris); Vertrauensschutz (vgl. dazu BSG, Urteil vom 15.08.2012 -, a.a.O. Rdnr. 16) komme nicht in Betracht. Der Kläger

habe nur gegen den RLV-Zuweisungsbescheid, nicht jedoch gegen den Honorarbescheid für das Quartal 4/2011 Widerspruch erhoben.

Die Beklagte habe das Honorar des Klägers in den Quartalen 3/2011, 1/2012 und 2/2012 zu Recht quotiert festgesetzt. Die Voraussetzungen für die Festsetzung unquotierten Honorars seien nicht erfüllt. Gemäß Teil F Nr. 2.1 und Anlage 1 Nr. 4 BewA-Beschluss vom 26.03.2010 unterlägen (auch) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie dem RLV. Gemäß Teil F Nr. 3.2.1 des genannten BewA-Beschlusses könne im Einzelfall aus Sicherstellungsgründen von der Minderung des Fallwerts abgewichen werden; über das Verfahren der Umsetzung einigten sich die Partner der Gesamtverträge. Nach § 10 Abs. 1 Satz 4 bis 6 HVV werde die Honorar-Abstufung für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausübten, in denen gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BedarfsplRL) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden sei bzw. die von Unterversorgung bedroht seien, nicht oder modifiziert angewendet; das Nähere regele die KV. Nach den Beschlüssen des Vorstands der Beklagten vom 02.02.2011, 16.03.2011 und vom 20.04.2011 gelte die Ausnahmeregelung des § 10 Abs. 1 Satz 4 HVV insbesondere für Überschreitungen der durchschnittlichen RLV-Fallzahl, die auf Veränderungen der lokalen Versorgungssituation im entsprechenden Fachbereich (Praxischließung/-neugründung) beruhten. Das sei hier nicht der Fall. Der Kläger habe seinen Praxissitz weder verlegt noch habe eine Praxis in seiner unmittelbaren Umgebung geschlossen. Seit 5 Jahren seien in der bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe der Nervenärzte 6 Ärzte (3 Neurologen, 2 Psychiater und Neurologen sowie 1 Psychiater und Psychotherapeut) im Planungsbereich N.-O.-Kreis zugelassen; eine Änderung habe es erst im Jahr 2014 gegeben. Die Beklagte habe die einschlägigen Vorschriften indessen zu eng ausgelegt; "Sicherstellungsgründe" i.S.d. Teil F Nr. 3.2.1. BewA-Beschluss vom 26.03.2010 lägen nicht nur dann vor, wenn Unterversorgung (vom Landesausschuss) festgestellt worden sei. Die vertragsärztliche Versorgung sei (für das Recht der Honorarverteilung) nur ausreichend sichergestellt, wenn die Versicherten die jeweiligen (hier psychiatrischen) Behandlungsleistungen entweder im Planungsbereich selbst oder zumindest in den unmittelbar angrenzenden Planungsbereichen zeitnah erhalten könnten (vgl. LSG Hessen, Urteil vom 11.08.2010, - L 4 KA 52/08 -, in juris Rdnr. 41). Im Hinblick darauf habe die Beklagte (beurteilungs-)fehlerhaft angenommen, Unterversorgung liege schon wegen des nervenärztlichen Versorgungsgrads von 166,9% nicht vor. Man dürfe nämlich nahezu ausschließlich psychiatrisch tätige Ärzte, wie den Kläger, nicht mit weit überwiegend neurologisch oder psychotherapeutisch tätigen Ärzten vergleichen. Die Beklagte hätte statt dessen auf die konkrete Versorgungslage bei psychiatrischen Leistungen abstellen müssen, zumal der BA ein Defizit in der psychiatrischen Versorgung von Heimbewohnern angenommen habe. Auf all das komme es aber entscheidungserheblich nicht an. Mängel in der Sicherstellung der Versorgung dürften nicht im Verfahren der Honorarverteilung (durch Festsetzung unquotierten Honorars) korrigiert werden. Nur bei Feststellung quantitativer und/oder qualitativer Versorgungsdefizite trotz ausgeschöpfter bedarfsplanungsrechtlicher Steuerungsmöglichkeiten könnten Gesichtspunkte der Bedarfsplanung (der Sicherstellung der Versorgung) ausnahmsweise bei der Honorarverteilung berücksichtigt werden und nur dann sei die Festsetzung unquotierten Honorars aus Sicherstellungsgründen zulässig. Eine Fallgestaltung dieser Art liege hier nicht vor. Die quotierte Vergütung der vom Kläger erbrachten Leistungen beruhe unabhängig von Fragen des Versorgungsbedarfs auf seinem Zulassungsstatus (Zulassung nur mit halbem Versorgungsauftrag). Bei entsprechender Statusänderung schon ab dem Quartal 3/2011 wäre es zur quotierten Vergütung seiner Leistungen (weitgehend) nicht gekommen. Versäumnisse oder Fehler im Statusverfahren, etwa durch verspätete Antragstellung beim ZA oder durch rechtsfehlerhafte Entscheidung der Zulassungsgremien, könnten nicht im Verfahren der Honorarverteilung korrigiert werden. Anderenfalls würde der Kläger honorarverteilungsrechtlich so gestellt, als wäre er statusrechtlich mit vollem Versorgungsauftrag zugelassen, obgleich er nur die Abgaben eines mit halbem Versorgungsauftrag zugelassenen Vertragsarztes leisten müsste. Die Leistungsmenge jenseits des RLV beruhe nicht auf einem Defizit in der Versorgung der Versicherten, sondern auf einem Defizit im Zulassungsstatus des Klägers, der trotz halber Zulassung die Leistungen eines Vertragsarztes mit voller Zulassung erbringe. Abhilfe könne in solchen Fällen nur eine Statusentscheidung der Zulassungsgremien schaffen. Die Voraussetzungen des § 14 HVV seien ebenfalls nicht erfüllt; die Fallgestaltung einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten, etwa auf Grund der urlaubs- oder krankheitsbedingten Vertretung eines anderen Arztes oder der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines anderen Arztes, liege (unstreitig) nicht vor.

Gegen das ihm am 07.04.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 04.05.2015 Berufung eingelegt. Er bekräftigt sein bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, Streitgegenstand sei (nur) die Festsetzung unquotierten Honorars aus Sicherstellungsgründen. Es sei ihm nicht gelungen, seinen Zulassungsstatus auf einen vollen Versorgungsauftrag zu erweitern. Seinerzeit habe er die Zulassung mit halbem Versorgungsauftrag im Zuge der Nachbesetzung eines Vertragsarztesitzes erhalten. Die Zahl der Behandlungsfälle hänge ungeachtet der Versorgungslage stets vom Arbeitspensum des Vertragsarztes ab. In einem Planungsbereich mit prekärer (psychiatrischer) Versorgungslage, wie dem N.-O.-Kreis, verteilen sich die vielen Versicherten auf wenige Vertragsärzte (Psychiater), was notwendig zu hohen RLV-Fallzahlen führe. Er arbeite so viel, weil er so viele Patienten habe, die er nicht abweisen dürfe und die ohne seine (umfangreiche) Leistungserbringung unversorgt blieben, und nicht um ein möglichst hohes Leistungsvolumen abzurechnen. Es sei unbillig, ihm den Zulassungsstatus mit (nur) halbem Versorgungsantrag vorzuhalten. Entgegen der Auffassung des SG stünden Status- und Honorarverteilungsrecht nicht in einem Vorrang-Nachrang-Verhältnis, sondern gleichrangig nebeneinander. So folge aus [§ 87 Abs. 2e SGB V](#) (in der im streitgegenständlichen Quartal geltenden Fassung), dass die Zahl der Niederlassungen über die Orientierungspunktwerte gesteuert werden solle. Der Orientierungspunktwert solle den Punktwert des Regelfalls so unterschreiten, dass bei Überversorgung eine steuernde Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten entfaltet werde. Bei (drohender) Unterversorgung und Überversorgung könne nach Versorgungsgraden differenziert werden. [§ 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) sehe regionale Zu- und Abschläge nach den Besonderheiten der Versorgungsstruktur vor. All das zeige, dass das Niederlassungsverhalten der Ärzte durch vergütungsrechtliche Instrumente beeinflusst werden solle. Man könne eher von einem Vorrang des Honorarverteilungsrechts vor dem Statusrecht ausgehen, zumal das Statusrecht auf Änderungen der Versorgungslage auch wegen des Verwaltungsaufwands für die Durchführung der Bedarfsprüfung nur mit zeitlicher Verzögerung reagieren könne. Deshalb komme es auch auf Fragen des Ursachenzusammenhangs zwischen quotierter Vergütung und Antragstellung bzw. Entscheidung im Statusverfahren nicht an. Die nur für die Zukunft wirkenden Statusentscheidungen könnten an der Vergütung bereits erbrachter Leistungen nichts ändern. Das gelte für Entscheidungen im Honorarverteilungsverfahren nicht. Davon abgesehen beruhe die Verzögerung im Statusverfahren auf dem Widerspruch der Beklagten gegen den Beschluss des ZA vom 20.06.2012. Die kurzfristige Behebung von Defiziten in der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für einen begrenzten Zeitraum sei Aufgabe des Honorarverteilungsrechts und nicht des (schwerfälligeren) Statusrechts. Die Abgaben des Vertragsarztes hingen entgegen der Auffassung des SG vom Umfang seines Versorgungsauftrags nicht ab.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 11.03.2015 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung der RLV-Zuweisungsbescheide vom 24.05.2011, 23.11.2011 und 22.02.2012 und der Honorarbescheide vom 16.01.2012, 16.07.2012 und 15.10.2012 sowie unter Aufhebung

des Bescheids vom 25.01.2012 (alle in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 03.07.2013 und 30.07.2013) zu verurteilen, das Honorar für die Quartale 3/2011, 1/2012 und 2/2012 unquotiert (ungekürzt) festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Das RLV sei in den streitgegenständlichen Quartalen nicht wegen Unterversorgung im Planungsbereich, sondern wegen des Zulassungsstatus des Klägers (nur halber Versorgungsauftrag) überschritten worden. Der Kläger könne mit halbem Versorgungsantrag nicht den Leistungsumfang eines mit vollem Versorgungsauftrag zugelassenen Vertragsarztes erbringen und (unquotiert) abrechnen. Die Erhöhung des RLV des Klägers würde zu Lasten der anderen Vertragsärzte seiner Fachgruppe (bzw. deren Honorarkontingents) gehen. Die Versorgungslage habe sich nicht verändert; nach wie vor seien im Planungsbereich N.-O.-Kreis 6 Nervenärzte zugelassen. Im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) vom 27./28.08.2008 sei festgelegt worden, dass Ausnahmen von der Honorar-Abstufung gewährt werden könnten bei urlaubs- oder krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis, bei Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen BAG oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis oder wegen eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes (z.B. Krankheit), der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal führe. Das SG habe den (honorarverteilungsrechtlichen) Begriff "Sicherstellung der ärztlichen Versorgung" daher (viel) zu weit ausgelegt. Der Zulassungsstatus bilde die Grundlage der vertragsärztlichen Tätigkeit; Einschränkungen des Zulassungsstatus seien in der Honorarverteilung umzusetzen (etwa durch ein halbes RLV bei halbem Versorgungsauftrag). Der Kläger erbringe das einer Vollzulassung entsprechende Leistungsvolumen und sei damit weit über seinen Zulassungsstatus hinaus vertragsärztlich tätig. Zur unbeschränkten Annahme von Patienten sei er nicht verpflichtet. Einem zusätzlichen Leistungsbedarf (Sonderbedarf) dürfe die KV nicht bei der Honorarverteilung zu Lasten anderer Vertragsärzte der jeweiligen Fachgruppe abhelfen; das sei Aufgabe der Zulassungsgremien. Die KV könne ggf. beim Landesausschuss die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in einem nicht unterversorgten Planungsbereich beantragen. Die Honorarverteilung habe zulassungs- und bedarfsplanungsrechtliche Angelegenheiten nicht zum Gegenstand. Die vom Kläger genannten Vorschriften in [§§ 87 Abs. 2e, 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) seien hier nicht von Belang. Der Gesetzgeber habe mit der vergütungsrechtlichen Steuerung des Niederlassungsverhaltens der Ärzte an die vom Landesausschuss festzustellende Über- oder Unterversorgung angeknüpft. Man habe durch eine gesetzlich angeordnete Umverteilung der MGV über unterschiedliche Orientierungspunktwerte (Vergütungs-)Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Planungsbereichen schaffen oder Überversorgungen abbauen wollen. Darum gehe es hier nicht. Zeitverzögerungen beim Wirksamwerden von Statusänderungen seien systembedingt und unvermeidbar. Das Honorarproblem des Klägers, ebenso das Versorgungsproblem sei nur durch Statusentscheidung der Zulassungsgremien zu lösen. Die Implikationen der Statusänderung könne der Kläger nicht durch das Verlangen unquotierter Vergütung seiner das RLV übersteigenden Leistungen umgehen. Er wolle ungeachtet seines halben Versorgungsauftrags honorarverteilungsrechtlich einem Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag gleichgestellt werden, ohne dass sich das auch in der Bedarfsplanung (für den Planungsbereich) niederschlagen würde. Die Abgaben des Klägers hingen zwar nicht vom Umfang seines Versorgungsauftrags ab, wohl aber die Pflicht zur Teilnahme am Notfalldienst. Der Kläger müsste trotz honorarverteilungsrechtlicher Gleichstellung mit einem voll zugelassenen Vertragsarzt nur im halben Umfang am Notfalldienst teilnehmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats und auf die beigezogenen Akten des BA (BA 22/12) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Streitgegenstand sind die Honorarbescheide (und die RLV-Zuweisungsbescheide) für die Quartale 3/2011, 1/2012 und 2/2012 sowie der Bescheid vom 25.01.2012 über die Ablehnung der Festsetzung unquotierten Honorars aus Sicherstellungsgründen für die Quartale ab dem Quartal 4/2011 (Widerspruchsbescheide vom 03.07.2013 und vom 30.07.2013). Gegen den Honorarbescheid für das Quartal 4/2011 vom 16.04.2012 hat der Kläger Widerspruch nicht eingelegt, so dass dieser Honorarbescheid bestandskräftig bzw. bindend ([§ 77 SGG](#)) und damit unanfechtbar geworden ist. Der Kläger begehrt höheres Honorar für die Quartale 3/2011, 1/2012 und 2/2012, wobei die Beteiligten nur (noch) darüber streiten, ob die in den streitgegenständlichen Quartalen erbrachten psychiatrischen Leistungen aus Sicherstellungsgründen unquotiert (ungekürzt) zu vergüten sind. Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) ist (klar) überschritten. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Übrigen gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

II. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die Klage ist zwar zulässig. Die angefochtenen Bescheide sind aber rechtmäßig. Die Beklagte hat das Honorar des Klägers für die Quartale 3/2011, 1/2012 und 2/2012 unter rechtsfehlerfreier Anwendung der einschlägigen Regelungen des HVV zu Recht quotiert festgesetzt. Der Kläger kann höheres Honorar durch ungekürzte (unquotierte) Vergütung der in den genannten Quartalen erbrachten psychiatrischen Leistungen nicht beanspruchen.

1.) Der Kläger hat sein Begehren nach höherem Honorar zulässigerweise mit der hierfür statthaften kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungs- bzw. Bescheidungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#); zur kombinierten Anfechtungs- und Bescheidungsklage in Fällen der vorliegenden Art etwa BSG, Urteil vom 19.10.2011, - [B 6 KA 22/10 R](#) -, in juris Rdnr. 32) geltend gemacht. Insbesondere hat er die unquotierte Vergütung seiner psychiatrischen Behandlungsleistungen aus Sicherstellungsgründen vor Klageerhebung bei der Beklagten (mit dem am 15.06.2011 erhobenen Widerspruch gegen den RLV-Zuweisungsbescheid für das Quartal 3/2011 vom 24.05.2011 und mit Schreiben vom 29.12.2011) beantragt und damit das Erfordernis der Vorgängigkeit des Verwaltungsverfahrens bzw. des Behördenantrags als nicht nachholbarer Klagevoraussetzung gewährt (dazu auch: Senatsurteil vom 25.10.2017, - [L 5 KA 1868/14](#) -, zur Veröffentlichung vorgesehen). Das Verwaltungsverfahren einschließlich des Widerspruchsverfahrens ([§ 78 SGG](#)) ist durchgeführt und die Klage ist fristgerecht ([§ 87 SGG](#)) erhoben worden.

2.) Das SG hat die Klage aber zu Recht als unbegründet abgewiesen. Dem Kläger kann zwar die Bestandskraft ([§ 77 SGG](#)) der für die streitgegenständlichen Quartale ergangenen RLV-Zuweisungsbescheide nicht entgegengehalten werden, weil er diese Bescheide jeweils binnen Monatsfrist ([§ 84 SGG](#)) und damit fristgerecht mit dem Widerspruch angefochten hat (dazu BSG, Urteil vom 15.08.2012, - [B 6 KA](#)

[38/11 R](#) -, in juris Rdnr. 11). Jedoch sind die Voraussetzungen für die unquotierte Vergütung der erbrachten Leistungen aus Sicherstellungsgründen nicht erfüllt.

a) Gemäß Teil B § 10 Abs. 1 Satz 4 HVV kann aus Sicherstellungsgründen im Einzelfall von der Minderung des Fallwerts (dazu: § 10 Abs. 1 Satz 1 HVV) abgewichen werden. Für Ärzte, die ihre Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der BedarfspIRL für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstaffelung keine oder modifiziert Anwendung (Teil B § 10 Abs. 1 Satz 5 HVV). Anträge sind spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das Ausnahmen gewährt werden sollen. Das Nähere regelt die KV (Teil B § 10 Abs. 3 Satz 6 HVV). Diese Regelungen beruhen im Wesentlichen auf Teil A Nr. 3.2.1 Satz 4 und 5 BewA-Beschluss vom 20.04.2009 bzw. auf Teil F Nr. 3.2.1 Satz 4 und 5 BewA-Beschluss vom 26.03.2010; danach kann aus Sicherstellungsgründen im Einzelfall von der Minderung des (RLV-)Fallwerts abgewichen werden, wobei sich die Partner der Gesamtverträge über das Verfahren der Umsetzung einigen. Der Vorstand der Beklagten, der im HVV zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen, insbesondere zur Beurteilung der Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen, ermächtigt werden darf (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.2011, - [B 6 KA 17/10 R](#) -, in juris Rdnr. 18) hat in Beschlüssen vom 02.02.2011, 16.03.2011 und 20.04.2011 festgelegt, dass die Vorschrift des Teil B § 10 Abs. 1 Satz 4 HVV bei Überschreitungen der durchschnittlichen RLV-Fallzahl wegen Veränderungen der lokalen Versorgungssituation im Fachbereich (neuer, lokaler und fachgleicher Versorgungsbedarf, z.B. wegen Praxisschließung oder Sitzverlagerung) anzuwenden sei.

Für Auslegung und Anwendung der genannten Vorschriften ist die Unterscheidung zwischen Honorarverteilungs- und Statusrecht maßgeblich. Die Regelungen des HVV haben das vertragsärztliche Honorarverteilungsrecht zum Gegenstand, dem das vertragsärztliche Statusrecht vorausliegt. Der Status des Arztes, namentlich als zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit einem vollen oder halben Versorgungsauftrag (vgl. § 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Ärzte-ZV) zugelassener Vertragsarzt, ist Grundlage der vertragsärztlichen Leistungserbringung und Grundlage des Anspruchs auf Teilhabe an der Honorarverteilung (vgl. [§ 85 Abs. 4](#) Satz 1 und 2 SGB V; BSG, Urteil vom 28.06.2017, - [B 6 KA 29/17 R](#) -, in juris Rdnr. 10). Honorarverteilungs- und Statusrecht, ebenso Aufgaben und Befugnisse der für die Honorarverteilung zuständigen KV und der für Statusentscheidungen zuständigen Zulassungsgremien (ZA und BA; §§ 19, 36 ff. Ärzte-ZV) dürfen grundsätzlich nicht vermengt werden, unbeschadet dessen, dass die KV zur sachgerechten Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrags (vgl. [§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) auch Umstände des Versorgungsbedarfs bei der Honorarverteilung berücksichtigen muss. Daran knüpft der BewA an, wenn er die Gesamtvertragspartner ermächtigt, aus Sicherstellungsgründen von der Minderung des RLV-Fallwerts abzuweichen (BewA-Beschlüsse vom 20.04.2009 und 26.03.2010, a.a.O.), aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung folgende Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen (z.B. Teil F Nr. 3.6 EBewA-Beschluss vom 27./28.08.2008) und bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten wegen Urlaubs- oder Krankheitsvertretung oder Tätigkeitsaufgabe eines Arztes bzw. wegen unverschuldet niedriger Fallzahl im Aufsatzquartal Ausnahmen von der Honorarabstaffelung zu gewähren (z.B. Teil F Nr. 3.6 EBewA-Beschluss vom 27./28.08.2008). Die Gesamtvertragspartner haben die genannten (E)BewA-Beschlüsse in (der hier maßgeblichen Vorschrift des) Teil B § 10 Abs. 1 Satz 4 HVV sowie in Teil B § 15 HVV (Praxisbesonderheiten) und in Teil B § 14 HVV (Ausnahme von der Honorarabstaffelung) umgesetzt.

Die honorarverteilungsrechtlichen Sicherstellungstatbestände und die statusrechtlichen (Sonder-)Bedarfstatbestände (vgl. § 36 BedarfspIRL bzw. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) berühren sich, sind aber nicht deckungsgleich, zumal die KV im Verfahren der Honorarverteilung eine Bedarfsprüfung, wie sie die Zulassungsgremien für die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung durchführen müssen (vgl. § 36 Abs. 4 BedarfspIRL), gar nicht vornehmen kann; das hat das BSG etwa im Urteil vom 29.06.2011 (- [B 6 KA 17/10 R](#) -, in juris Rdnr. 20) entschieden. Die honorarverteilungsrechtlichen Sicherstellungstatbestände in Teil B § 10 Abs. 1 Satz 3, 14 und 15 HVV ermöglichen es der KV daher nur, im Verfahren der Honorarverteilung einen besonderen Versorgungsbedarf zu berücksichtigen, der bei einer konkret-individuell arzt- bzw. praxisbezogenen Betrachtung hervortritt; auf Fallgestaltungen dieser Art beschränkt sich die bedarfsbezogene Feinsteuerung in der Honorarverteilung. So wird bei der Gewährung arztindividueller Aufschläge auf den RLV-Fallwert wegen Praxisbesonderheiten (Teil B § 15 HVV) einem besonderen Versorgungsbedarf Rechnung getragen, der sich durch Rückschluss aus der vom (Fachgruppen-)Durchschnitt abweichenden Ausrichtung der jeweiligen (konkreten) Praxis ergibt; die RLV-Überschreitung muss darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden, typischerweise arztgruppenübergreifende Leistungen, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.2011, - [B 6 KA 17/10 R](#) -, in juris Rdnr. 22; dazu auch Senatsurteil vom 01.02.2017, - [L 5 KA 3426/14](#) -, nicht veröffentlicht). Bei der Gewährung von Ausnahmen von der Honorarabstaffelung wegen ungewöhnlich starker Erhöhung der behandelten Versicherten infolge Krankheits- oder Urlaubsvertretung oder Tätigkeitsaufgabe eines anderen Arztes oder wegen unverschuldet niedriger Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal (Teil B § 14 HVV) sind der konkret-individuelle Arzt- bzw. Praxisbezug und der darin hervortretende besondere Versorgungsbedarf (starke Erhöhung der behandelten Versicherten) offensichtlich. Für die (hier maßgebliche) Abweichung von der Minderung des RLV-Fallwerts aus Sicherstellungsgründen (Teil B § 10 Abs. 1 Satz 4 HVV) gilt im Kern nichts anderes, auch wenn sich die Prüfung dieses honorarverteilungsrechtlichen Sicherstellungstatbestands nicht in gleichem Maße (eng) arzt- bzw. praxisbezogen auf einen besonderen Versorgungsbedarf richten muss, wie es bei der Anerkennung und Bewertung von Praxisbesonderheiten durch Gewährung eines arztindividuellen Aufschlags auf den RLV-Fallwert erforderlich ist. In keinem Fall ist es aber Aufgabe der KV, mit Instrumenten des Honorarverteilungsrechts (durch Anwendung honorarverteilungsrechtlicher Sicherstellungstatbestände) abstrakt-strukturelle Defizite in der Versorgung der Versicherten im Planungsbereich zu beheben. Das ist allein Aufgabe der Zulassungsgremien, die hierfür die Instrumente des Statusrechts (wie Sonderbedarfszulassungen oder Ermächtigungen; § 36 BedarfspIRL bzw. § 31 Ärzte-ZV) in einem statusrechtlichen Verwaltungsverfahren anzuwenden haben. Dass der KV bei Unterversorgung bzw. drohender Unterversorgung (und deswegen bestehender Gefährdung ihres Sicherstellungsauftrags, [§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) Maßnahmen zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung aufgetragen sind (vgl. [§ 100 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) bzw. § 16 Abs. 2 Ärzte-ZV) ändert daran nichts. Diese Maßnahmen haben grundsätzlich nicht die Honorarverteilung zum Gegenstand, sondern (etwa) die (Niederlassungs-)Beratung von Ärzten (§ 12 Abs. 4 Ärzte-ZV), die Ausschreibung von über 6 Monate nicht besetzten Vertragsarztsitzen (§ 15 Ärzte-ZV), die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen ([§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#)) oder die Finanzierung von Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds ([§ 105 Abs. 1a SGB V](#); vgl. näher jurisPK-SGB V/Pawlitza § 100 Rdnr. 6). Der in Teil B § 10 Abs. 1 Satz 5 HVV festgelegte honorarverteilungsrechtliche Sicherstellungstatbestand erweitert den Maßnahmenkatalog der KV bei Unterversorgung bzw. drohender Unterversorgung zwar um die Nichtanwendung bzw. modifizierte Anwendung der Fallzahlabstaffelung als honorarverteilungsrechtlichem Instrument, knüpft für das hierfür erforderliche abstrakt-strukturelle Versorgungsdefizit aber an die entsprechende Feststellung des Landesausschusses (vgl. §§ 27 ff. BedarfspIRL und § 16 Ärzte-ZV bzw. § 100 Abs. 1 SGB V) an; die KV darf auch den honorarverteilungsrechtlichen Sicherstellungstatbestand des Teil B § 10 Abs. 1 Satz 5 HVV nicht in eigener Kompetenz zur Behebung abstrakt-struktureller Versorgungsdefizite einsetzen. Dass das statusrechtliche Verwaltungsverfahren,

namentlich wegen der zur Feststellung eines abstrakt-strukturellen Versorgungsdefizits im Planungsbereich notwendigen Bedarfsprüfung (vgl. § 36 Abs. 4 BedarfspRL), aufwändiger ist als das honorarverteilungsrechtliche Verwaltungsverfahren und mehr Zeit in Anspruch nimmt und dass Statusentscheidungen (Statusänderungen) Wirkung nur für die Zukunft haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.08.2013, - [B 6 KA 36/12 R](#) -, in juris Rdnr. 20), muss der Vertragsarzt als systembedingt unvermeidbar hinnehmen.

b) Davon ausgehend ist das Honorar des Klägers für die in den Quartalen 3/2011, 1/2012 und 2/2012 erbrachten psychiatrischen Behandlungsleistungen nicht gemäß Teil B § 10 Abs. 1 Satz 4 HVV aus Sicherstellungsgründen unquotiert festzusetzen. Der Senat braucht (über die vorstehenden Ausführungen hinaus) Näheres zur Auslegung der Wendung "aus Sicherstellungsgründen" in Teil B § 10 Abs. 1 Satz 4 HVV nicht festzulegen. Ausschlaggebend ist, dass der Kläger, obgleich statusrechtlich nur mit halbem Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, mit der einem vollen Versorgungsauftrag entsprechenden Leistungserbringung einem im Planungsbereich bestehenden abstrakt-strukturellen Defizit hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung der Versicherten in Wohn-, Alten- und Pflegeheimen abgeholfen hat. Das Bestehen dieses abstrakt-strukturellen Versorgungsdefizits haben die Zulassungsgremien (ZA und BA) nach durchgeführter Bedarfsprüfung festgestellt und dem Kläger deswegen zusätzlich zu seiner Zulassung mit halbem Versorgungsauftrag mit Wirkung ab dem Quartal 3/2012 eine entsprechende Ermächtigung erteilt und damit seinen halbem Versorgungsauftrag der Sache nach auf einen vollen Versorgungsauftrag "aufgestockt". Die Behebung abstrakt-struktureller Defizite in der Versorgung der Versicherten ist, wie dargelegt, aber weder Gegenstand der honorarverteilungsrechtlichen Sicherstellungstatbestände des HVV noch Aufgabe der KV. Diese kann einen (möglicherweise) defizitären Zulassungsstatus des Vertragsarztes durch Instrumente des Honorarverteilungsrechts nicht ändern und einen nur mit halbem Versorgungsauftrag zugelassenen Vertragsarzt in der Honorarverteilung nicht so behandeln, als wäre er mit vollem Versorgungsauftrag zugelassen.

Es besteht danach keine Handhabe dafür, die einem vollen Versorgungsauftrag und dem im Planungsbereich von den Zulassungsgremien festgestellten Versorgungsbedarf entsprechenden Leistungen des Klägers (auch) in den streitgegenständlichen Quartalen unquotiert zu vergüten. Diese Möglichkeit ist erst mit der von den Zulassungsgremien verfügten Statusänderung (und der daran anknüpfenden Zuweisung eines höheren RLV) mit Wirkung für die Zukunft geschaffen worden.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-11-07