

B 6 KA 46/14 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen
S 3 KA 328/09

Datum
24.11.2010

2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen

L 5 KA 28/11
Datum

05.11.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

B 6 KA 46/14 R
Datum

17.02.2016

Kategorie

Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 5. November 2014 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über Honorarabrechnung für das Quartal I/2005.

2

Die Klägerin ist als Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie im Bezirk der Beklagten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie betreibt nach eigener Einschätzung eine sog Versorgerpraxis und behandelt ca 40 % ihrer Patienten aufgrund neurologischer Erkrankungen und ca 60 % ihrer Patienten aufgrund psychiatrischer Erkrankungen.

3

Der Honorarfestsetzung für das Quartal I/2005 legte die Beklagte die mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen als Honorarverteilungsmaßstab (HVM) bezeichnete Vereinbarung idF vom 27.7.2004 zugrunde. Danach wurde die fachärztliche Gesamtvergütung in arzt- und kassengruppenspezifische Honorarkontingente unterteilt. Diese entsprachen dem jeweiligen Anteil der Arztgruppe an der fachärztlichen Gesamtvergütung für die aus dem Kontingent zu finanzierenden Leistungen in den Vergleichsquartalen III/2002 bis II/2003 (§ 13 Abs 2 HVM). Das vom einzelnen Arzt in Ansatz gebrachte Punktzahlvolumen wurde nur innerhalb der Grenzen des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens (pRVV) vergütet. Grundlage des pRVV war der anerkannte Leistungsbedarf der Praxis in Punkten des jeweiligen Vergleichsquartals aus dem Zeitraum Quartal III/2002 bis II/2003. Der Leistungsbedarf wurde "korreliert" mit der Veränderungsrate, die sich aus der Relation des arzt- und kassengruppenspezifischen Gesamtpunktzahlvolumens im Abrechnungsquartal zu dem aus dem Gruppenkontingent zu finanzierenden anerkannten Leistungsbedarf des Vergleichsquartals ergab (Nr 2 Anlage B zum HVM).

4

Mit Bescheid vom 22.8.2005 setzte die Beklagte für das Quartal I/2005 ein Honorar in Höhe von 38 050,90 Euro fest. Von den angeforderten 1 119 470 Punkten wurden - bei einem zugestandenen pRVV von 722 106,4 Punkten - 735 432,3 Punkte zu Lasten der Ersatz- und Primärkassen in Ansatz gebracht. Den dagegen gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 8.3.2006 zurück.

5

Das SG hat mit Urteil vom 24.11.2010 die Klage zurückgewiesen. Zwar sei die vorgenommene Honorarverteilung nicht - wie bereits im streitbefangenen Quartal gesetzlich vorgesehen - auf der Grundlage von Regelleistungsvolumina (RLV) erfolgt, jedoch hätten sich die Verteilungsregelungen auf die Empfehlung des Bewertungsausschusses (BewA) in Ziffer II seines Beschlusses vom 29.10.2004 stützen können, wonach die seinerzeit gültigen HVM bis zum 31.3.2005 weiter anzuwenden gewesen seien. Wenn das BSG die vom BewA

beschlossene Übergangsregelung für die Quartale II/2005 bis einschließlich IV/2005 (Ziffer III Nr 2.2 des Beschlusses vom 29.10.2004) gebilligt habe, müsse dies auch für die Übergangsregelung in Ziffer II des Beschlusses gelten. Der HVM habe auch weder gegen das Gebot der Angemessenheit der Vergütung noch gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßen.

6

Die dagegen eingelegte Berufung hat das LSG mit Urteil vom 5.11.2014 zurückgewiesen. Zwar verstoße der HVM I/2005 aufgrund der Nichteinhaltung der Vorgaben aus [§ 85 Abs 4 SGB V](#) in der seit dem 1.1.2004 geltenden Fassung gegen höherrangiges Recht. Dieser Verstoß führe jedoch nicht zur Nichtigkeit der Vereinbarung iS des [§ 134 BGB](#). Es sei den Partnern des HVM bereits objektiv nicht möglich gewesen, im Einklang mit den gesetzlichen Regelungen in [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF zu handeln, weil die hierfür zwingend erforderlichen Vorgaben des BewA gemäß [§ 84 Abs 4a SGB V](#) aF nicht vorgelegen hätten. Diese Vorgaben für die Bildung der RLV habe der BewA erst mit Beschluss vom 29.10.2004 formuliert. In diesem Beschluss habe er auch empfohlen, die bis zum 31.12.2004 gültigen Honorarverteilungsverträge noch bis zum 31.3.2005 anzuwenden, und für die Folgequartale eine Übergangsregelung vorgesehen. Damit sei den Partnern der Honorarverteilungsverträge keine Möglichkeit geblieben, die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten. Die dem BewA eingeräumte Regelungsbefugnis habe insoweit eine Sperrwirkung gegenüber den Partnern der einzelnen Honorarverteilungsverträge entfaltet. Auch in der Zeit zwischen dem 29.10.2004 (Beschluss des BewA) und dem 1.4.2005 (Inkrafttreten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) 2000plus) hätten keine Honorarverteilungsverträge geschlossen werden können, die den inhaltlichen Vorgaben des Beschlusses hinreichend Rechnung getragen hätten, denn der BewA habe in seinen Vorgaben ausdrücklich auf den seinerzeit noch nicht in Kraft befindlichen EBM 2000plus Bezug genommen. Sei es somit den Partnern der Honorarverteilungsverträge nicht möglich gewesen, sich gesetzeskonform zu verhalten, so komme es nicht mehr darauf an, ob die im Beschluss des BewA vom 29.10.2004 enthaltene Empfehlung für die "erste Übergangsphase" (Quartale IV/2004 und I/2005) von der Ermächtigung des [§ 85 Abs 4a SGB V](#) aF gedeckt gewesen sei. Einer rückblickenden Honorarfestsetzung unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen Voraussetzungen für ein gesetzeskonformes Handeln stehe der Zweck der Neuordnung - Kalkulationssicherheit und Verhaltenssteuerung - entgegen. Eine Honorarbegrenzung auf der Grundlage des eigenen früheren Leistungs- und Abrechnungsverhaltens stelle einen schonenderen Eingriff dar als pauschale Begrenzungen auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnitts. Sie ermögliche eine individuell gerechte Berücksichtigung der Praxisstruktur und des Morbiditätsspektrums im Patientenkontext des jeweiligen Arztes und mache die Vergütung in einem Kernbereich der Tätigkeit kalkulierbar. Ein Anspruch auf Angleichung des Honorarniveaus zwischen verschiedenen Arztgruppen komme erst dann in Betracht, wenn das Honorar einer Arztgruppe aus Gründen eines nicht durch selbst verursachte Leistungsausweitungen herbeigeführten Punktwertverfalls gravierend unter das Niveau der anderen Arztgruppen absinke. Hierfür sei indes nichts dargetan und nichts ersichtlich. Insbesondere vermöge der Senat nicht zu erkennen, warum, wie die Klägerin vortrage, die demographische Entwicklung gerade die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater besonders stark betreffen solle. Eine Verpflichtung, innerhalb der Gruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater weitere Untergruppen zu bilden, habe nicht bestanden.

7

Zur Begründung ihrer Revision trägt die Klägerin vor, [§ 134 BGB](#) sei auf den HVM als öffentlich-rechtlichen Normsetzungsvertrag nicht anwendbar. Die Regelung des [§ 85 Abs 4a SGB V](#) aF habe nicht zu einer Sperrwirkung gegenüber den Partnern der einzelnen HVM geführt, solange der BewA noch keine entsprechenden Vorgaben zu [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) aF gemacht habe. Eine Honorarverteilung entsprechend der RLV habe auch schon nach der früheren Fassung des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) geregelt werden können. Das LSG habe zudem nicht beachtet, dass der Gesetzgeber für die Quartale I/2004 und II/2004 selbst Übergangsregelungen geschaffen und damit zum Ausdruck gebracht habe, dass ab dem 3. Quartal 2004 die Honorarverteilung verbindlich auf der Grundlage von RLV durchzuführen gewesen sei. Der BewA sei nicht frei gewesen, dieses vom Gesetzgeber festgelegte Datum aus Zweckmäßigkeitserwägungen - wie der nicht verpflichtenden Harmonisierung der von ihm zu bestimmenden Regelungen mit dem EBM 2000plus - nach hinten zu verschieben. Die Versäumnisse des Bewertungsausschusses in zeitlicher Hinsicht seien der Beklagten zuzurechnen, da diese über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in die Arbeit des BewA eingebunden sei ([§ 87 Abs 3 SGB V](#)). Die Individualbudgets stellten auch keinen schonenderen Eingriff gegenüber einer pauschalen Begrenzung auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnitts dar. Die großen Versorgerpraxen mit überdurchschnittlichen Behandlungsfallzahlen würden durch dieses Instrument benachteiligt. Die besonderen Auswirkungen der demographischen Entwicklung bei den Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern seien zum einen auf die Zunahme der Demenzerkrankungen und neuropsychiatrischen Alterserkrankungen wie Parkinson und zum anderen insbesondere auf die in den Jahren 2001 bis 2005 durchgeführte Dezentralisierung der klinischen Psychiatrie zurückzuführen. Bei einer so heterogenen Fachgruppe wie derjenigen der Klägerin sei eine Differenzierung nach Untergruppen geboten, wenn die Praxen mit überdurchschnittlichen Fallzahlen überdurchschnittliche Honorarverluste hinnehmen müssten.

8

Die Klägerin beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 5.11.2014 und des Sozialgerichts Hamburg vom 24.11.2010 sowie den Honorarbescheid der Beklagten vom 22.8.2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 8.3.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal I/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

9

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

10

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Honorarverteilungsregelungen für die Quartale III/2004 bis I/2005 seien durch die Übergangsregelungen in den Beschlüssen des BewA gedeckt. Der BewA habe sich bei seinen Vorgaben im Rahmen seiner Ermächtigung

gehalten. Es sei auch sachgerecht gewesen, die Regelungen von RLV und neuem EBM-Ä zu parallelisieren. Bis zur Beschlussfassung des BewA am 29.10.2004 hätten die Vertragspartner abwarten müssen, wie sich der BewA positionieren würde. Es sei bis zum Jahresende 2004 auch faktisch nicht möglich gewesen, noch einen Übergangsverteilungsmaßstab zunächst in der Vertreterversammlung abzustimmen, das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen herzustellen und dann noch die für die Kalkulierbarkeit für die Vertragsärzte erforderliche Zuweisung von RLV an die Praxen vorzunehmen.

II

11

Die Revision der Klägerin hat keinen Erfolg. Das LSG ist im Ergebnis zutreffend von der Rechtmäßigkeit des Honorarbescheides für das Quartal I/2005 ausgegangen. Der im Quartal I/2005 geltende HVM, auf dessen Grundlage die Beklagte über den Honoraranspruch der Klägerin entschieden hat, entsprach zwar nicht den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF (in der seinerzeit maßgeblichen, vom 1.1.2004 bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#)). Die bis zum 31.12.2004 geltenden Honorarverteilungsregelungen durften aber im Hinblick auf die Empfehlung des BewA in seinem Beschluss zur Festlegung von RLV vom 29.10.2004 (DÄ 2004, A 3129 ff) auch noch im Quartal I/2005 angewendet werden.

12

1. Die Regelungen des HVM I/2005 entsprachen nicht den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF. Nach dieser Bestimmung waren in der Honorarverteilung "insbesondere () arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina)". Nach [§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V](#) aF waren für die darüber hinausgehende Leistungsmenge abgestaffelte Punktwerte vorzusehen. Der Senat hat mehrfach betont, dass von den beiden Vorgaben - arztgruppenspezifische Grenzwerte und feste Punktwerte sowie für die darüber hinausgehenden Leistungsmengen abgestaffelte Punktwerte - den festen Punktwerten besonderes Gewicht zukommt (stRspr seit [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 14 f; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 18 f und Nr 70 RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 16 f; [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 37 f; BSG Urteil vom 19.2.2014 - [B 6 KA 16/13 R](#) - Juris RdNr 39 f; zuletzt BSG Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 84 RdNr 13).

13

Wie das LSG in seinem Urteil vom 26.1.2012 ([L 1 KA 22/09](#), www.sozialgerichtsbarkeit.de), auf das es im angefochtenen Urteil verwiesen hat, ausgeführt hat, enthielten die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten für das Quartal I/2005 keine arztgruppeneinheitliche Festlegung von Fallpunktzahlen. An diese durch das LSG in Bezug genommene Auslegung des HVM I/2005 ist der Senat gebunden, da erhebliche Rechtsfehler nicht erkennbar sind (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 65 RdNr 17; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 28](#) RdNr 27 mwN). Bezogen auf die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten für die Quartale II/2005 bis IV/2005 (Verteilungsmaßstab für den Zeitraum vom 1.4.2005 bis 31.12.2005 (VM), den das Schiedsamt am 11.8.2005 mit Wirkung zum 1.4.2005 festgesetzt hatte) hat der Senat entschieden (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 22 ff), dass es an den in [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF vorgegebenen Elementen - arztgruppenspezifische Grenzwerte und feste Punktwerte - fehlte. Die in jenem Verfahren maßgeblichen Regelungen stimmten in den entscheidenden Punkten der Honorarverteilung mit denen des im Quartal I/2005 geltenden HVM-Bestimmungen überein.

14

Die Abrechnung der im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen wurde durch pRVV begrenzt, die auf dem anerkannten Leistungsbedarf in Punkten des jeweiligen Vergleichsquartals aus dem Zeitraum III/2002 bis II/2003 aufbauten (Anlage B zum HVM). Der anerkannte Leistungsbedarf wurde mit der Veränderungsrate "korreliert", mit der eine Anpassung des Leistungsbedarfs an die Gesamtvergütungen erfolgte. Die Veränderungsrate wurde ermittelt aus dem Verhältnis zwischen dem arzt- und kassengruppenspezifischen Gesamtpunktzahlvolumen - ermittelt durch die Division der nach Arzt- und Kassengruppe erwarteten Gesamtvergütung durch 4,65 Cent - zu dem aus dem Gruppenkontingent zu finanzierenden anerkannten Leistungsbedarf des Vergleichsquartals (Nr 1 Anlage B zum HVM). Der mit der Veränderungsrate "korrelierte" Leistungsbedarf ergab das pRVV. Diese Quotierung enthielt zwar noch eine arztgruppeneinheitliche Begrenzung, das Honorarvolumen des Arztes wurde aber ganz wesentlich durch praxisindividuelle Werte aus vergangenen Vergütungszeiträumen bestimmt (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 24, 33).

15

Auch sah der HVM keine festen Punktwerte vor. Der in Nr 1 Anlage B zum HVM betragsmäßig genannte Wert von 4,65 Cent hatte lediglich kalkulatorische Funktion zur Ermittlung der Veränderungsrate (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 23). Nur das nach dieser Veränderungsrate quotierte Punktzahlvolumen wurde bei der Honorierung berücksichtigt. Der Punktwert errechnete sich, indem die Kontingente, die den Anteil der jeweiligen Arztgruppe an der fachärztlichen Gesamtvergütung für die aus dem Kontingent zu finanzierenden Leistungen in den Basisquartalen abbildeten, auf die Punktzahlen verteilt wurden, die auf der Grundlage der pRVV abzurechnen waren (§ 13 Abs 1 und 3 HVM). Der sich daraus ergebende Punktwert wurde je Arzt- und Kassengruppe als Auszahlungspunktwert auf zwei Stellen hinter dem Komma abgerundet. Damit fehlte es sowohl an festen Punktwerten als auch an einer feststehenden Punktmenge. Nach dem HVM waren die über die Begrenzungen hinausgehenden Leistungen auch nicht mit abgestaffelten Punktwerten zu vergüten. Sie wurden vielmehr überhaupt nicht vergütet (vgl BSG, aaO, RdNr 25).

16

2. Das Vorgehen der Beklagten bei der Honorarverteilung für das Quartal I/2005 war aber im Hinblick auf die Empfehlung des BewA in Teil II des Beschlusses vom 29.10.2004 (DÄ 2004, A-3129) zulässig. [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF stand einer solchen Übergangslösung in der besonderen Situation des streitbefangenen Quartals nicht entgegen. Es kann daher auch offenbleiben, ob [§ 134 BGB](#) auf Honorarverteilungsvereinbarungen Anwendung finden kann und ob es sich bei [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF um ein Verbotsgesetz handelt (vgl dazu

[BSGE 95, 141](#) = [SozR 4-2500 § 83 Nr 2](#), RdNr 25 betreffend einen Gesamtvertrag; BSG [SozR 3-2500 § 115 Nr 1](#) S 6 betreffend einen Vertrag nach [§ 115 SGB V](#); generell zur Unwirksamkeit von HVM-Bestimmungen BSG Beschluss vom 18.3.1998 - [B 6 KA 31/97 B](#) - [MedR 2000, 51](#) f). In dem Beschluss des BewA heißt es wörtlich: "Der Bewertungsausschuss empfiehlt den Partnern der Honorarverteilungsverträge, die bis zum 31. Dezember 2004 gültigen Honorarverteilungsverträge bis zum 31. März 2005 anzuwenden."

17

Dem entspricht der HVM I/2005. Darin vereinbarten die Vertragsparteien nach [§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF unter Bezugnahme auf den Beschluss des BewA in seiner 93. Sitzung (Beschluss vom 29.10.2004), auch für den Zeitraum vom 1.1.2005 bis zum 31.3.2005 den bisher gültigen HVM (HVM vom 14.12.1995 idF vom 27.7.2004) fortzuführen (vgl §§ 1, 2 HVM I/2005). Damit wurde der bis zum 31.12.2004 gültige HVM im Sinne der Empfehlung des BewA weiterhin angewendet. Ebenso wenig, wie einzelne Änderungen der Honorarverteilungsregelungen der Annahme einer "Fortführung" vorhandener Steuerungsinstrumente im Sinne von Teil III Nr 2.2 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 entgegenstehen, sofern die wesentlichen Grundzüge des Steuerungsinstruments unverändert bleiben (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 24; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 21; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 84 RdNr 14), stehen einer kontinuierlichen Anwendung im Sinne von Teil II des Beschlusses Änderungen des HVM entgegen, die nicht die Struktur der Honorarverteilung betrafen. Die in § 2 Abs 1 HVM I/2005 aufgeführten Änderungen (Streichung der §§ 2, 3, 4, 8 Abs 1, 2, 4, 5 und 6, §§ 14 Abs 2, 19, 20) standen sämtlich nicht im Zusammenhang mit den hier maßgeblichen Regelungen der Honorarverteilung (§ 13 und Anlage B zum HVM). Änderungen der Grundzüge der Honorarverteilung für die Arztgruppe der Klägerin erfolgten nicht. Dass es insofern an der erforderlichen Kontinuität der Honorarverteilungsregelungen für die Radiologen und Nuklearmediziner fehlte (vgl dazu Urteil des Senats vom heutigen Tag - [B 6 KA 34/15 R](#)), stellt die Fortgeltung unveränderter Regelungen für die übrigen Arztgruppen nicht in Frage.

18

3. Der BewA war auch befugt, auf der Grundlage des [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) aF eine solche Empfehlung für das streitbefangene Quartal auszusprechen. Die Beklagte war nicht verpflichtet, ein RLV-System ohne Vorgaben durch den BewA zu etablieren.

19

Zutreffend weist die Klägerin darauf hin, dass der Gesetzgeber in [§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF ausdrücklich vorsah, dass ab dem Quartal III/2004 der mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30.4.2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarende Verteilungsmaßstab mit arztgruppenspezifischen Grenzwerten anzuwenden war. Für die Vergütung der in den Quartalen I/2004 und II/2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen war nach [§ 85 Abs 4 Satz 2](#) 2. Halbsatz SGB V aF der am 31.12.2003 geltende HVM anzuwenden. Mit der gesetzlichen Übergangsregelung sollte den Beteiligten ausreichend zeitlicher Spielraum gegeben werden, die notwendigen Beschlüsse zu fassen und die vorgesehenen Vereinbarungen zu treffen (Begründung des Gesetzentwurfs zum GMG, [BT-Drucks 15/1525 S 101](#)). Nach [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) 2. Halbsatz SGB V aF war der BewA dazu verpflichtet, erstmalig bis zum 29.2.2004 den Inhalt der nach Abs 4 Satz 4, 6, 7 und 8 zu treffenden Regelungen zu bestimmen. Die vom BewA nach Abs 4a Satz 1 getroffenen Regelungen waren gemäß Abs 4 Satz 10 Bestandteil des nach Abs 4 Satz 2 zu vereinbarenden HVM.

20

Die Bestimmung des Inhalts der nach [§ 85 Abs 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V aF zu treffenden Regelungen erfolgte jedoch erst mit Beschluss des BewA vom 29.10.2004 mit Wirkung zum Quartal II/2005. Für die Quartale III/2004 bis I/2005 lagen mithin weder gesetzliche Übergangsregelungen noch die gesetzlich vorgeschriebenen Vorgaben des BewA zum Inhalt des zu vereinbarenden Verteilungsmaßstabes vor. In dieser speziellen Situation durfte der BewA im Interesse der Rechtssicherheit und Kontinuität die Empfehlung geben, den bislang gültigen HVM bis Ende Quartal I/2005 weiter anzuwenden (für Quartal III/2004 Teil B Abs 4 des Beschlusses vom 29.1.2004 (88. Sitzung, DÄ 101 A 1357), für Quartal IV/2004 Teil C Nr 1 des Beschlusses vom 13.5.2004 (89. Sitzung, DÄ 2004, 424), für Quartal I/2005 Teil III des Beschlusses vom 29.10.2004 (DÄ 2004, 570)).

21

a) Die Frage, ob der BewA gemäß [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) aF ermächtigt war, Übergangsregelungen zu treffen, hat der Senat für die Zeit ab dem 1.4.2005 bereits grundsätzlich bejaht. Die Übergangsvorschrift in Teil III Nr 2.2 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 ("Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung zum 31. März 2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden sind, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar sind, können diese bis zum 31. Dezember 2005 fortgeführt werden, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene das Einvernehmen hierzu herstellen.") hat er als ermächtigungskonform angesehen (siehe grundlegend [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 20 ff; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 23 und Nr 70 RdNr 20; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 84 RdNr 14).

22

Der Senat hat dies damit begründet, dass dem BewA bei der ihm übertragenen Aufgabe der Konkretisierung des Inhalts der gemäß [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) aF zu treffenden Regelungen Gestaltungsfreiheit eingeräumt war. Welches Maß an Gestaltungsfreiheit dem BewA zukam, war nach der Wesensart der Ermächtigungsvorschrift des [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) letzter Teilsatz SGB V aF und der ihr zugrunde liegenden Zielsetzung zu bestimmen. Sinn dieser Ermächtigung war es, dass der BewA den Weg zur Anpassung der Honorarverteilungsregelungen in den verschiedenen KÄV-Bezirken an die Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) aF vorzeichnete. Unter dem Gesichtspunkt des Interesses der Ärzte an einer Kontinuität des Honorierungsumfangs und aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität wäre es problematisch gewesen, eine sofortige volle Übereinstimmung mit den Vorgaben des [§ 85 SGB V](#) aF erreichen zu wollen. Bei einer solchen Umstellung des Vergütungssystems war es vielmehr sachgerecht, eine nur allmähliche Anpassung genügen zu lassen und übergangsweise noch Abweichungen zu tolerieren. Nicht hinnehmbar wäre es indessen gewesen, wenn der BewA gestattet hätte, dass sich eine Honorarverteilungsregelung gegenüber der bisherigen - sei es auch nur vorübergehend - weiter von den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) aF entfernte (grundlegend [BSGE 106, 56](#), 60 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 21; BSG SozR

4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 52; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 25 ff).

23

b) Anknüpfend an diese Rechtsprechung des Senats ist auch die Empfehlung in Teil II des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 nicht zu beanstanden. Der BewA zeigte damit einen Weg auf, die Regelungslücke zu schließen, die nach Ablauf der gesetzlichen Übergangsregelung für die Quartale I/2004 und II/2004 in [§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF und vor der Beschlussfassung nach [§ 85 Abs 4a SGB V](#) aF entstanden war. Dadurch wurde den Vertragsparteien ermöglicht, Honorarverteilungsregelungen für die Übergangszeit bis zur Festlegung näherer inhaltlicher Vorgaben durch den BewA nach [§ 85 Abs 4a SGB V](#) aF zu vereinbaren. Dies lag im Interesse der Rechtssicherheit und Kontinuität. Dass der BewA nicht gleichzeitig eine bestimmte inhaltliche Ausrichtung der Verteilungsmaßstäbe vorgegeben hat, war ausnahmsweise im Hinblick auf die Verzögerungen bei der Umsetzung der neuen Steuerungsinstrumente und ihrer Harmonisierung mit dem neuen EBM-Ä zulässig.

24

aa) Zwar hat der Senat in seinen Urteilen zu Teil III des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 hervorgehoben, das Ziel einer zulässigen Übergangsregelung sei die "Annäherung" an die Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) aF und dies wiederum setze voraus, dass entweder die zu prüfende Honorarverteilungsregelung dem gesetzlichen Ziel deutlich näher stehe als die Vorgängerregelung oder, dass die Regelung bereits - ohne dass es einer Änderung bedurfte - eine ausreichende Nähe zu den gesetzlichen Vorgaben besitze (vgl. [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 21; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 52; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 30; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 23 f; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 29). Für ausgeschlossen hat der Senat eine Auslegung der Übergangsvorschrift gehalten, die faktisch zu einer vollständigen Suspendierung der gesetzlichen Vorgaben - überdies für einen weit über eine Übergangsphase hinausgehenden Zeitraum - führen würde. Ein dahingehender Wille des Gesetzgebers, dass die nähere Ausgestaltung des Inhalts der Regelungen durch den BewA auch eine großzügige Übergangslösung bis hin zu einer - zeitlich nicht klar befristeten - vollständigen Suspendierung der gesetzlichen Vorgaben umfassen sollte, sei nicht erkennbar. Auch der dem BewA zustehende Gestaltungsspielraum berechtige diesen nicht dazu, gesetzliche Regelungen faktisch weitgehend leerlaufen zu lassen, da ein Gestaltungsspielraum untergesetzlicher Normgeber nur innerhalb der ihnen erteilten Normsetzungsermächtigung bestehe.

25

Mit der Empfehlung in Teil II des Beschlusses vom 29.10.2004 erfolgte aber keine unzulässige Suspendierung des Gesetzes. Der BewA hat mit der Empfehlung die gesetzliche Intention des [§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF aufgegriffen, den regionalen Vertragspartnern für die Einführung der neuen komplexen Honorarverteilungsregelungen eine gewisse Übergangszeit zu geben und etwaige Verzögerungen sachgerecht zu überbrücken. Im Interesse der Kontinuität und zur Vermeidung einer Regelungslücke die Fortgeltung bisheriger Regelungen anzuordnen, ist ein im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung häufiger und auf unterschiedlichen Ebenen anzutreffender Mechanismus. So galten etwa nach [§ 87b Abs 1 Satz 3 SGB V](#) idF vom 22.12.2011 im Fall einer nicht rechtzeitigen Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab die bisherigen Bestimmungen vorläufig fort (vgl. dazu Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Januar 2016, § 87b RdNr 57 ff). In der Gesetzesbegründung hierzu wird als Grund für die Regelung angegeben, dass aus Sicht des einzelnen Arztes bzw der Praxis zu keinem Zeitpunkt Unklarheit über die Verteilung des Honorars und die daraus resultierenden Honoraransprüche des Leistungserbringers bestehen soll (Gesetzesentwurf der Bundesregierung GKV-VStG, [BT-Drucks 17/6906 S 65](#) zu § 87b). Eine vergleichbare Regelung sah [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) idF vom 26.3.2007 für den Fall vor, dass ein RLV nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden konnte (vgl. dazu auch BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 1). Die Beispiele verdeutlichen, dass der Gesetzgeber bei den Honorarverteilungsregelungen einerseits das Erfordernis der Rechtssicherheit für die Leistungserbringer und andererseits mögliche Verzögerungen in der Umsetzung durch die gemeinsame Selbstverwaltung in den Blick nimmt und im Zweifel zur Vermeidung einer unklaren Rechtslage die Fortgeltung der alten Regelungen anordnet. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, wenn der BewA zum Zwecke der Kontinuität und Vorhersehbarkeit im Rahmen seiner Gestaltungsfreiheit - und der vom Senat grundsätzlich schon bejahten Befugnis zum Erlass von Übergangsregelungen - eine entsprechende Fortgeltung der bisherigen Honorarverteilungsregelungen empfohlen hat.

26

bb) Mit der Fortgeltung der bislang geltenden Honorarverteilungsregelungen war auch kein "weiteres Entfernen von den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) aF", wie der Senat es für die Folgezeit für unzulässig gehalten hat, verbunden (vgl. für den Fall der Änderung der Honorarverteilung Urteil des Senats vom heutigen Tag - [B 6 KA 34/15 R](#)). Da der Verteilungsmaßstab sich in den hier maßgeblichen Grundstrukturen nicht veränderte, erfolgte zwar keine Annäherung an die RLV-Systematik, aber auch kein Abrücken. Die Fortgeltung der bisherigen Regelungen wurde zeitlich jeweils begrenzt auf ein Quartal und insgesamt für nicht mehr als drei Quartale empfohlen.

27

cc) Die Verzögerung der Erledigung des gesetzlichen Auftrags, bis zum 29.2.2004 den Inhalt der nach [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) aF zu treffenden Regelungen zu bestimmen, war durch sachliche Gründe gerechtfertigt. Hintergrund war die Intention des BewA, den neuen EBM-Ä (EBM 2000plus) zeitgleich mit den RLV einzuführen. Entsprechend hat der BewA in seiner 85. Sitzung am 10.12.2003 (DÄ 2004, 101 A 65) beschlossen: "Die Steuerung der insgesamt abgerechneten ärztlichen Leistungen erfolgt mit In-Kraft-Treten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) einerseits durch eine Leistungssteuerung im EBM in Form der Strukturierung der abrechnungsfähigen Leistungen einer Arztgruppe, der Beschreibung des Zugangs zu den abrechnungsfähigen Leistungen und insbesondere durch die Komplexierung. Die Mitglieder des Bewertungsausschusses stimmen darin überein, dass andererseits für die Verteilung der Gesamtvergütungen eine darüber hinausgehende Mengensteuerung notwendig ist. In Verfolgung des ab dem 1. Januar 2004 gesetzlich verankerten Auftrages, in den Honorarverteilungsmaßstäben Regelleistungsvolumen auf der Grundlage von Vorgaben des Bewertungsausschusses zu vereinbaren, kündigen die Mitglieder des Bewertungsausschusses an, dass sie zeitgleich mit dem In-Kraft-Treten des neuen EBM zum 1. Juli 2004 die Inhalte der Regelungen zu Regelleistungsvolumen im Januar 2004 auf der Grundlage von [§ 85 Abs. 4](#) i. V. m. [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V beschließen werden." Dieser Beschluss wurde am 29.1.2004 in der 88. Sitzung weiter bekräftigt (DÄ 2004, A 1357). Es wurde zudem betont, dass das zeitgleiche Inkrafttreten des neuen EBM-Ä mit den Regelungen zur Mengensteuerung erforderlich

sei, was eine Prüfung der Auswirkungen einer möglichen Mengensteuerung in Verbindung mit dem neuen EBM-Ä auf die notwendige medizinische Versorgung der Versicherten nach sich ziehe. Da weil vorliegende Berechnungen zu den Auswirkungen schon jetzt gezeigt hätten, dass weitere Überprüfungen der Strukturen und Inhalte ärztlicher Leistungen erforderlich seien, sah sich der BewA nicht in der Lage, ein Inkrafttreten sowohl des EBM-Ä als auch der darauf aufbauenden gesetzlichen Mengensteuerung bis zum 1.3.2004 zu beschließen. Die geringe zeitliche Verzögerung, die angesichts der Entscheidungsreife im Interesse höherer Rechtssicherheit im komplexen Zusammenspiel von neuem EBM-Ä und RLV geboten sei, werde für vertretbar gehalten (Teil B Abs 3 und 4 des Beschlusses vom 29.1.2004). Mit Beschluss vom 13.5.2004 (89. Sitzung) verschob der BewA den Umsetzungstermin vom 1.10.2004 auf den 1.1.2005, um ein gleichzeitiges Inkrafttreten sowohl der Neufassung des EBM-Ä als auch der RLV zu gewährleisten. Entsprechend wurde das Datum für das Inkrafttreten der in diesem Beschluss getroffenen Regelungen (ua zur Ermittlung und Festsetzung der RLV) auf den 1.1.2005 gelegt. Es wurde zudem festgelegt, dass die Auswirkungen des Beschlusses im Rahmen der vereinbarten Evaluation zum EBM-Ä zu analysieren und nach entsprechender Bewertung ggf eine Anpassung des Beschlusses herbeizuführen sei. Außerdem war beabsichtigt, weitere Ergänzungen bis zum 1.1.2005 vorzunehmen, die besondere Qualifikationsvoraussetzungen in der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigen (vgl Teil B Nr 6 des Beschlusses vom 13.5.2004). Die in der Folge durchgeführten Simulationsrechnungen ergaben, dass in vielen Fällen die Fallpunktzahlen, gemessen an den Bewertungen im EBM 2000plus, zu gering waren. Bei einigen Arztgruppen hätte nach dieser Berechnung schon die Ordinationsgebühr ausgereicht, um das RLV auszuschöpfen. Eine Nachbesserung war deshalb erforderlich (vgl ua Maus, DÄ 2004, A 2985). Der BewA reagierte in seiner 93. Sitzung mit Beschluss vom 29.10.2004 (DÄ 2004, A 3129) darauf und entschied zum einen, dass sein Beschluss zur Neufassung des EBM-Ä dahingehend geändert wird, dass der EBM-Ä zum 1.4.2005 in Kraft tritt. Zum anderen beschloss er zur Festlegung von RLV, dass sein Beschluss vom 13.5.2004 in Teil B ab dem 1.1.2005 nicht angewendet wird (Teil I). Es erfolgte eine weitere "Verlängerung" der Empfehlung an die KÄVen, die bisher gültigen Honorarverteilungsregelungen weiter anzuwenden (vgl Teil II des Beschlusses vom 29.10.2004).

28

Die eingetretene Verzögerung war damit überwiegend durch die Koppelung der nach [§ 85 Abs 4a SGB V](#) aF zu beschließenden Vorgaben für die Honorarverteilung an das Inkrafttreten des EBM 2000plus begründet. Zwar war der BewA nicht verpflichtet, eine solche Koppelung vorzunehmen (zum Verhältnis von Bewertungsmaßstab und Honorarverteilung vgl auch BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 37 ff). Diese war aber sachgerecht. Die Bewertung ärztlicher Leistungen in Punkten erfolgt innerhalb des EBM-Ä. Dadurch wird den Verhandlungspartnern des HVV vorgegeben, was die einzelnen ärztlichen Leistungen in Punkten wert sind. Verschiebungen bei der Bewertung ärztlicher Leistungen in Punkten im EBM-Ä können Auswirkungen auf die RLV haben, da die arztgruppenspezifischen Grenzwerte in Punkten ausgedrückt werden. Um für die jeweiligen Arztgruppen die Punktwertgrenzen festzusetzen, ist es erforderlich, die Strukturen und Inhalte der ärztlichen Leistungen und ihre Bewertung in Punkten zu kennen. Die dadurch bedingte Verzögerung bis zum 1.4.2005 war zwar nicht unerheblich, angesichts des Gewichts der Umstellung des EBM-Ä und des Vergütungssystems aber noch nicht unverhältnismäßig. Da es sich mit der Einführung der RLV um eine grundlegende Richtungsentscheidung mit einer strukturellen Umstellung der Honorarverteilungsregelungen handelte, war schon der Gesetzgeber von der Notwendigkeit einer Übergangsregelung (Quartale I/2004 bis II/2004) ausgegangen. Auch unterschied sich der neue EBM 2000plus deutlich vom alten EBM-Ä (vgl dazu Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K § 87 RdNr 282; Maus, DÄ 2005, A 798 ff). Es lag im Interesse der ärztlichen Selbstverwaltung, die maßgeblichen Simulationsrechnungen und Evaluationen vor der endgültigen Regelung der RLV vorzunehmen, da es andernfalls vermehrt zu Korrekturen und damit verbundenen Unsicherheiten hinsichtlich der Honorierung gekommen wäre.

29

4. Die Vertragspartner des HVM waren angesichts der Empfehlungen des BewA auch nicht verpflichtet, ab dem Quartal III/2004 ohne bundeseinheitliche Vorgaben selbst Regelungen in unmittelbarer Anwendung des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF zu treffen. Es kann offenbleiben, ob [§ 85 Abs 4a SGB V](#) aF, wie das LSG meint, eine Sperrwirkung entfaltete. Es bestand jedenfalls keine Verpflichtung der Partner des HVM, für einen verhältnismäßig kurzen Übergangszeitraum ohne Vorgaben des BewA Regelungen zu RLV zu treffen. Es hätte für die regionalen Vertragspartner ein geringerer Gestaltungsspielraum bestanden als für den BewA und es hätte nicht sichergestellt werden können, dass bundeseinheitlich geltende Vorgaben umgesetzt würden (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 52). Durch [§ 85 Abs 4a SGB V](#) aF sollte gewährleistet werden, dass die von der Selbstverwaltung der Ärzte und der Krankenkassen auf der Bundesebene (BewA) und auf der Ebene der KÄVen getroffenen Regelungen zur Honorarverteilung kompatibel sind (Begründung zum Gesetzentwurf des GMG, [BT-Drucks 15/1525 S 101](#)). Diese Kompatibilität wäre durch von Maßgaben des BewA unabhängige Regelungen der KÄVen nicht zu realisieren gewesen. Es war den Vertragspartnern auch angesichts der zu erwartenden bundeseinheitlichen Vorgaben für die Anwendung strukturell neuer Steuerungsinstrumente nicht zumutbar, für einen Übergangszeitraum mit hohem Aufwand eine eigene Systematik zu entwickeln, die dann möglicherweise in naher Zukunft wieder deutlich umgestaltet werden musste. Solche Regelungen der Vertragspartner wären nicht zuletzt auch wegen der anstehenden EBM-Ä-Reform wenig sinnvoll gewesen.

30

5. Die nach dem HVM I/2005 erfolgte Vergütung verstößt auch nicht gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung oder den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

31

a) Nach ständiger Rechtsprechung des Senats kommt ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus [§ 72 Abs 2 SGB V](#) iVm [Art 12 Abs 1 GG](#) erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (stRspr des BSG, vgl [BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 127 f, 140; [BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#), RdNr 24 ff; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 17](#) RdNr 23 ff; [BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr 21](#), RdNr 21; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 26](#) RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 61 RdNr 20; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 42; zuletzt Urteile vom 16.12.2015 - ua [B 6 KA 39/15 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Anhaltspunkte dafür, dass eine solche Situation im Bereich der Beklagten für die Gruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in dem hier maßgeblichen Zeitraum eingetreten sein könnte, sind nicht ersichtlich. Die Argumentation der Klägerin, es bestehe kein finanzieller Anreiz für eine nervenärztliche, neurologische und psychiatrische Praxis, eine größere Anzahl von Patienten zu behandeln,

was sich daran zeige, dass ein signifikanter Teil (ca 45 %) der Praxen der Fachgruppe weniger als 200 Fälle im Quartal abrechne, was für einen psychotherapeutischen Ansatz spreche, greift nicht durch. Unabhängig davon, ob diese Zahlen zutreffend sind, ergibt sich daraus nicht, dass in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist. Auch der allgemein gehaltene Vortrag der Klägerin hinsichtlich der zunehmenden Anzahl von neuropsychiatrischen Alterserkrankungen wie Parkinson und Demenz, die nahezu ausschließlich in den Praxen der niedergelassenen Ärzte behandelt würden und zu konstant ansteigenden Fallzahlen führten, belegt nicht, dass die Versorgung in diesem Bereich nicht mehr gewährleistet ist. Betrachtet man die Gesamtsituation der betroffenen Arztgruppe in den Quartalen I/2004 bis I/2005, so ist der Klägerin zuzugestehen, dass - wie sich aus der von der Beklagten im sozialgerichtlichen Verfahren vorgelegten Statistik ergibt - der Umsatz pro Arzt der Fachgruppe der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater in H. jeweils deutlich unter dem Durchschnitt des Umsatzes pro Arzt aller Fachgruppen lag (I/2004: 22 431,68 Euro, Durchschnitt: 31 314,85 Euro; II/2004: 24 120,87 Euro, Durchschnitt: 32 373,80 Euro; III/2004: 21 171,24 Euro, Durchschnitt: 29 152,54 Euro; IV/2004: 22 061,86 Euro, Durchschnitt: 30 841,35 Euro; I/2005: 23 323,19 Euro, Durchschnitt: 32 662,90 Euro). Die Umsatzveränderungen entsprachen aber tendenziell denen der übrigen Arztgruppen (von Quartal I/2004 auf Quartal II/2004 Veränderung Fachgruppe Klägerin: + 7,53 %; Durchschnitt: + 3,38 %; von Quartal II/2004 auf III/2004 Veränderung Fachgruppe Klägerin: - 12,23 %; Durchschnitt: - 9,95 %; von Quartal III/2004 auf IV/2004: Veränderung Fachgruppe Klägerin: + 4,21 %; Durchschnitt: + 5,79 %; von Quartal IV/2004 auf I/2005 Veränderung Fachgruppe Klägerin: + 5,72 %; Durchschnitt: + 5,91 %). Auch aus diesen Zahlen lässt sich eine Gefährdung der beruflichen Existenz der Fachgruppe jedenfalls nicht ableiten.

32

Ungeachtet dessen, dass es diesbezüglich nicht auf den einzelnen Arzt, sondern die Gefährdung der beruflichen Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer ankommt (ua [BSGE 75, 187](#), 191 = [SozR 3-2500 § 72 Nr 5 S 8](#)), spiegelt sich der Vortrag der Klägerin auch nicht in den eigenen Zahlen wider. Stark ansteigende Fallzahlen in der Zeit von III/2003 bis II/2005 sind nicht gegeben (III/2003: 899; I/2004: 884; II/2004: 889; III/2004: 916; I/2005: 874; II/2005: 863). Soweit die Klägerin im Quartal I/2005 einen Umsatzrückgang im Vergleich zum Vorjahresquartal zu verzeichnen hatte, so gingen auch die Fallzahlen (- 0,6 %) und die Punktzahlanforderung (- 1,4 %) zurück. Der Umsatzrückgang in Höhe von - 0,1 % ist vor diesem Hintergrund noch als moderat anzusehen. Trotz des Umsatzrückgangs lag die Klägerin im Quartal I/2005 mit ihrem Umsatz sowohl über dem Durchschnitt ihrer Fachgruppe als auch dem der Ärzte in H. insgesamt. Wie das SG herausgestellt hat, hat die Klägerin im Quartal I/2005 mit ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit einen Umsatz in Höhe von gut 160 % des Durchschnitts ihrer Arztgruppe erwirtschaftet und damit 114 % des durchschnittlichen Umsatzes aller Vertragsärzte in Hamburg erreicht.

33

b) Die Honorarverteilungsregelungen für das Quartal I/2005 verstießen auch nicht gegen den aus [Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG](#) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 82 RdNr 36 mwN; ausführlich Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V K § 85 RdNr 196 ff mit zahlreichen Nachweisen). Soweit die Klägerin auf die oben dargestellten Unterschiede zu anderen Fachgruppen hinweist, verkennt sie, dass der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit kein gleichmäßiges Einkommen aller vertragsärztlich tätigen Ärzte garantiert (vgl dazu BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 61 RdNr 26 f mwN). Ein Anspruch auf höheres Honorar kann grundsätzlich nicht auf Honorarunterschiede zwischen einzelnen Arztgruppen gestützt werden.

34

Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vermittelt der Klägerin aber auch keinen Anspruch auf eine weitere Ausdifferenzierung des Honorarkontingents ihrer Fachgruppe in Untergruppen. Der HVM I/2005 legte die Honorarkontingente anhand der Gebietsbezeichnungen fest, ohne weitere Unterteilungen vorzunehmen (§ 13 Abs 2 iVm Anlage I HVM). Das war unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht zu beanstanden (vgl BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 40](#) RdNr 18 mwN). Eine typisierende Anknüpfung an den Zulassungsstatus ist grundsätzlich zulässig. Die Bildung einer Untergruppe für die von der Klägerin als "Versorgerpraxen" bezeichneten fallzahlstarken Praxen kommt, worauf das LSG zu Recht hingewiesen hat, bereits mangels hinreichender Abgrenzbarkeit einer solchen Gruppe nicht in Betracht. Da die Honorarverteilung nach einem auf die einzelne Praxis ausgerichteten System erfolgte und nur die Quotierung eine arztgruppeneinheitliche Begrenzung ergab, war die Berücksichtigung des individuellen Leistungsspektrums der Klägerin gewährleistet.

35

Darüber hinaus enthielt der hier maßgebliche HVM I/2005 in Ziffer 4 f) der Anlage B eine Härtefallregelung, die Sonderregelungen für besondere Praxisausrichtungen ermöglichte. Wörtlich war bestimmt: "Der Vorstand kann auf Antrag in besonderen Ausnahmefällen das pRVV abweichend von den vorstehenden Bestimmungen der Anlage B HVM festlegen, - wenn die vorgegebene Berechnung insbesondere wegen nach § 32 Ärzte-ZV angezeigten Abwesenheiten von der Praxis von mehr als 4 Wochen in einem Quartal des Vergleichszeitraumes zu einer unbilligen Härte führen würde, - um die vertragsärztliche Versorgung in dem in [§ 73 Abs. 2 SGB V](#) bezeichneten Umfang sicherzustellen. In diesem Fall soll die Auswirkung der nach Anpassung verbleibenden Leistungsmengenbegrenzung der Auswirkung in der Arztgruppe entsprechen. Für die Entscheidung sind die Auswirkungen auf die von den übrigen Ärzten der Honorarkontingentsgruppe geleisteten Sicherstellung mit zu berücksichtigen." Die möglichen Ausnahmefälle waren damit nicht auf die Abwesenheitskonstellationen beschränkt ("insbesondere"). Im Fall einer zu eng gefassten Härtefallklausel wäre nach der Rechtsprechung des Senats im Wege der ergänzenden gesetzeskonformen Auslegung eine ungeschriebene generelle Härtefallklausel in die Honorarverteilungsbestimmungen hineinzuinterpretieren (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 28; zum Erfordernis von Härtefallregelungen im RLV-System vgl [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 26 mwN; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 28 f).

36

Schließlich deutet auch die dargestellte Honorarsituation der Klägerin im streitbefangenen Quartal nicht auf eine gleichheitswidrige Benachteiligung ihrer Fachgruppe gegenüber anderen Arztgruppen oder der von ihr so bezeichneten "Versorgerpraxen" gegenüber anderen Ärzten ihrer Fachgruppe.

37

6. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat die Klägerin auch die Kosten des von ihr ohne Erfolg eingelegten Rechtsmittels zu tragen ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2016-07-08