

B 6 KA 18/15 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 38 KA 1157/10
Datum
16.02.2011
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 21/11
Datum
19.03.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 18/15 R
Datum
15.06.2016
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Arztgruppen mit "ausgelaufener" Gebietsbezeichnung sind grundsätzlich derjenigen Arztgruppe zuzuordnen, der sie nach aktuellem Weiterbildungsrecht angehören würden.

2. Der vom Bewertungsausschuss für die Zeit ab 1.4.2005 im Zuge der Einführung von Regelleistungsvolumina geschaffenen Übergangsregelung entsprach auch eine auf arztgruppenspezifischen Grenzwerten basierende Honorarverteilungsregelung, die keinen festen Punktwert vorsah, jedoch eine annähernde Kalkulierbarkeit der Vergütung gewährleistete.

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 19. März 2014 aufgehoben und die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 16. Februar 2011 zurückgewiesen. Die Kläger tragen auch die Kosten des Revisions- und Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Gründe:

I

1

Im Streit steht die Höhe vertragsärztlichen Honorars für das Quartal II/2005, insbesondere die Rechtmäßigkeit des der Honorarberechnung zugrunde liegenden Honorarverteilungsvertrages (HVV).

2

Die Kläger waren im streitgegenständlichen Zeitraum im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und übten ihre Tätigkeit gemeinschaftlich aus. Dr. M.-S. (der Kläger zu 1.) führt die Bezeichnung "Lungenarzt", Dr. Z. (der Kläger zu 2.) führte die Bezeichnung "Internist" in Verbindung mit der Teilgebietsbezeichnung "Lungen- und Bronchialheilkunde". Mit Bescheid vom 7.11.2005 setzte die Beklagte das den Klägern für das Quartal II/2005 zustehende Honorar auf der Grundlage ihres HVV auf 143 676,18 Euro fest.

3

Der ab dem 1.4.2005 gültige HVV sah die Aufteilung des "Honorarfonds Fachärzte" in verschiedene leistungsbezogene Honorarfonds (zB für belegärztliche Leistungen) sowie des verbleibenden Honorarfonds "Sonstige Leistungen Fachärzte" in arztgruppenspezifische Honorarfonds (Nr 6.9.2 HVV) vor. Die diesbezügliche Arztgruppeneinteilung erfolgte nach Anlage 1 des vierten Abschnitts; danach bestand ua ein Honorarfonds "Fachärztliche Internisten", dem die Arztgruppen "Fachärztliche Internisten" sowie "Lungenärzte" zugeordnet waren.

4

Die Ermittlung der Punktwerte der fachärztlichen Honorarfonds erfolgte gemäß Nr 8.3.7.1 HVV zunächst derart, dass der nach Abzug der Kosten und Wegepauschalen verbleibende Gesamtvergütungsanteil in jedem Honorarfonds in einen Anteil von 97,5 % ("a.") und einen Anteil von 2,5 % ("b.") aufgeteilt wurde. Das weitere Vorgehen richtete sich danach, ob die dem jeweiligen Honorarfonds unterliegenden Ärzte dem Punktzahlgrenzvolumen (PZGV) oder dem Punktzahlvolumen (PZV) unterlagen. Unter das PZGV fielen gemäß Anlage 2 des vierten Abschnitts etwa Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten, aber auch bestimmte Facharztgruppen (wie zB Augenärzte); dem PZV

unterlagen die in Anlage 4 des vierten Abschnitts aufgeführten Arztgruppen, zu denen insbesondere fachärztliche Internisten sowie die Lungenärzte gehörten.

5

Die Berechnung der Punktwerte in den Honorarfonds für Ärzte, die dem PZV unterlagen - also auch für Lungenärzte - erfolgte sodann gemäß Nr 8.3.7.3 HVV in der Weise, dass der Betrag nach Nr 8.3.7.1 Buchstabe a) HVV - dh der 97,5 %-Anteil - durch die Summe der anerkannten, aus dem jeweiligen Honorarfonds zu vergütenden Punkteanforderungen für Leistungen innerhalb des PZV (Nr 8.4.2 Abs 1 Satz 2 HVV) und für Leistungen nach Nr 8.4.2 Abs 1 Satz 5 HVV geteilt wurde; dies ergab den rechnerischen Punktwert für diese Leistungen (Nr 8.3.7.2 Abs 1 HVV). Hinsichtlich des 2,5 %-Anteil nach Nr 8.3.7.1 Buchstabe b) HVV wurde dieser Betrag durch die das PZV überschreitenden Punktzahlanforderungen geteilt (Abs 2 aaO); nach Abs 3 aaO war der Punktwert der Höhe nach begrenzt.

6

Nach Nr 8.4 HVV unterlagen die "restlichen Leistungen" einer Leistungssteuerung, zum einen durch PZGV (Nr 8.4.1 HVV), zum anderen durch PZV (Nr 8.4.2 HVV): Das PZV für jede Arztpraxis ergab sich durch die Summe der Multiplikationen der Fallpunktzahlen "PZV" - getrennt für Versicherte bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres und für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres - mit den entsprechenden Behandlungsfällen des Quartals (Nr 8.4.2 Abs 1 Satz 2 HVV). Die Fallpunktzahlen für das PZV ergaben sich aus der Anlage 4 des vierten Abschnitts; sie betragen sowohl für Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie als auch für Lungenärzte jeweils 1934,37 Punkte (bis vollendetes 59. Lebensjahr) 2173,76 Punkte (ab Beginn des 60. Lebensjahres). Der HVV enthielt zudem eine Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung, wonach sich der zulässige Fallzahlzuwachs für das PZGV sowie für das PZV anhand der um 5 % erhöhten Fallzahl der Praxis im Vorjahresquartal bestimmte (Nr 8.4.4 Abs 2 HVV).

7

Während Widerspruch (Widerspruchsbescheid vom 25.10.2006) und Klage (Urteil des SG vom 16.2.2011) erfolglos geblieben sind, hat das LSG auf die Berufung der Kläger das Urteil des SG und die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte zur Neubescheidung verpflichtet (Urteil des LSG vom 19.3.2014). Das LSG hat ausgeführt, die Regelung im HVV, welche die Lungenfachärzte innerhalb eines Honorartopfes den gleichen Regelungen wie die fachärztlichen Internisten unterworfen habe, sei rechtswidrig. Die Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses (BewA) vom 29.10.2004 ((BRLV) DÄ 2004, A-3129) hätten die Bildung von Regelleistungsvolumen (RLV) für die Fachgruppe der Lungenärzte gerade nicht vorgesehen. Es könne offenbleiben, ob die Regelungen des HVV im Einzelnen den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF oder den Anforderungen der Übergangsregelung im BRLV entsprochen hätten, denn da die Fachgruppe der Lungenärzte bereits nach dem BRLV hinsichtlich der verpflichtenden Bildung von RLV ausdrücklich ausgenommen worden sei, habe sie auch nicht in einen Honorartopf mit fachärztlichen Internisten den gleichen Regelungen - auch hinsichtlich der Ausnahmeregelung der Fortführung von Steuerungselementen - unterworfen werden dürfen. Für die Lungenärzte bedeute die gemeinsame Topfbildung mit den fachärztlichen Internisten, dass auf diese Weise die vom BewA gerade ausgeschlossenen RLV bzw über die Ausnahmeregelung diesen vergleichbare "Auswirkungen" mittelbar zur Anwendung kämen. Denn es könne für den gemeinsamen Honorartopf nur einheitlich geprüft und entschieden werden, ob der HVV dem BRLV entspreche.

8

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung von Bundesrecht. Der maßgebliche HVV gebe eine arztgruppeneinheitliche Festlegung bei den Fallpunktzahlen und deren Multiplikation mit den individuellen Behandlungsfällen vor und genüge damit dem Erfordernis arztgruppenspezifischer Grenzwerte nach [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF und im Übrigen auch der Regelung in Teil III Nr 3 BRLV. Die bisherigen Steuerungselemente im HVV seien entgegen dem LSG nicht neu gestaltet, sondern mit zulässigen Modifikationen fortgeführt worden. Das System der Mengengrenzung - bestehend aus arztgruppenspezifischer Fallzahl multipliziert mit der individuellen Fallzahl - habe sowohl für die Arztgruppe "Lungenärzte" als auch für die Arztgruppe "Fachärztliche Internisten" bereits seit dem Quartal II/1999 bestanden. Seit diesem Zeitpunkt seien auch die arztgruppenspezifisch festgelegten Fallpunktzahlen für die Arztgruppen "Lungenärzte" und "Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie" identisch. An der Fortführung der Steuerungselemente habe sich auch durch die Zusammenlegung des Honorarfonds "Lungenärzte" mit dem Honorarfonds "Fachärztliche Internisten" nichts geändert.

9

Die bis zum 31.3.2005 geltenden Steuerungsinstrumente seien auch in den Auswirkungen mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF vergleichbar gewesen. Der HVV habe bereits eine ausreichende Nähe zu den gesetzlichen Vorgaben gehabt. Die Mengensteuerung habe durch die Systematik der Multiplikation von arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen mit der individuellen Fallzahl arztgruppenspezifische Grenzwerte beinhaltet. Die Normgeber des HVV hätten aus dem Befund, dass angesichts der gedeckelten Gesamtvergütung keine gesicherten festen Punktwerte garantiert werden könnten, den Schluss ziehen dürfen, eine ohnehin unvermeidliche Quotierung von Punktwerten oder Leistungsbedarf nach der Abrechnung nicht auf einer späteren Stufe zu realisieren, sondern bereits vorab bei der Ausgestaltung der HVV-Regelungen. Die Auszahlungspunktwerte seien auch in der Zeit ab dem Quartal II/2005 relativ konstant geblieben. Die Vertragsärzte hätten mit Blick auf das jeweils korrespondierende Vorjahresquartal einschätzen können, in welcher Größenordnung sich ihr arztgruppenspezifischer Auszahlungspunktwert bewegen würde. Die Feststellung des LSG, dass nicht explizit im Beschluss des BewA genannte Arztgruppen als von der Einbeziehung in ein RLV ausdrücklich ausgenommen gelten müssten, gehe fehl. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die nicht mehr zulassungsrelevanten Arztgruppen ihren "Nachfolgern" nach der Weiterbildungsordnung (WBO) auch im Rahmen der Beschlüsse des BewA nachfolgten. Alles andere würde eine Verletzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes des [Art 3 Abs 1 GG](#) bedeuten, weil das Leistungsspektrum der "Lungenärzte" und der fachärztlichen Internisten mit dem (Versorgungs-)Schwerpunkt "Lungen- und Bronchialheilkunde" identisch sei; bei gleichen Leistungen und gleicher Punktzahl bestehe kein Raum für eine Differenzierung unter der Prämisse, dass eine Arztgruppe nicht mehr zulassungsrelevant sei.

10

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Bayerischen LSG vom 19.3.2014 aufzuheben und die Berufung der Kläger gegen das Urteil des SG München vom 16.2.2011 zurückzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Bayerischen LSG vom 19.3.2014 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

11

Die Kläger beantragen, die Revision zurückzuweisen.

12

Sie sind der Auffassung, das LSG habe die angefochtenen Bescheide jedenfalls im Ergebnis zu Recht aufgehoben. Es seien keine bisherigen Steuerungsinstrumente im Sinne der Übergangsregelung fortgeführt worden, deren Auswirkungen mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF vergleichbar gewesen seien. Es sei bereits fraglich, ob es sich um eine Fortführung handele, wenn - wie hier - erstmalig mit dem streitbefangenen HVV Arztgruppenkontingente eingeführt worden seien; im vorhergehenden HVV habe es einen einheitlichen Honorarfonds für alle Fachärzte gegeben. Zweifelhaft sei weiter, ob der streitgegenständliche HVV arztgruppenspezifische Grenzwerte im Sinne von RLV vorgesehen habe. Die Steuerungsinstrumente wiesen teilweise eine Nähe zu Individualbudgets auf: Das PZGV nach Nr 8.4.1 HVV beruhe nicht auf arztgruppenspezifischen Durchschnittswerten; auch sei die Basisfallpunktzahl durch Zusatzfallpunktzahlen, die entweder qualifikationsgebunden oder bedarfsabhängig auf besonderen Antrag gewährt würden, erhöht worden, so dass im Ergebnis ein sehr individuelles PZGV gebildet worden sei, bei dem nicht nur die individuelle Fallzahl zu einer Individualisierung der Punktzahlobergrenze geführt habe. Das PZGV stelle daher keinen arztgruppenspezifischen Grenzwert dar.

13

Die im maßgeblichen HVV geregelten Steuerungsinstrumente seien auch deshalb nicht mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF vergleichbar, weil sie für die vom PZGV bzw vom PZV erfassten Leistungen keine festen Punktwerte vorgesehen hätten. Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung sei die Kalkulierbarkeit des vertragsärztlichen Honorars gewesen, jedenfalls in einem gewissen Umfang; diese sei aber nur dann gegeben, wenn nicht nur die Leistungsmenge, sondern auch der Preis jedenfalls ungefähr feststehe. Das gelte auch dann, wenn der Preis (Punktwert) quotiert werden könne, falls die im Honorarfonds vorhandenen Mittel nicht ausreichten. Die Nennung des RLV-Punktwerts im HVV als Kalkulationsgrundlage sei daher unverzichtbar. Für die Annahme eines (relativ) festen Punktwertes genüge es nicht, dass sich der Punktwert im PZGV bei retrospektiver Betrachtung als einigermaßen stabil erweise. Im Übrigen sei der Punktwert der Beklagten im PZGV keineswegs einigermaßen stabil gewesen; vielmehr habe die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Punktwert über 20 % betragen.

14

Die Beigeladenen haben weder Anträge gestellt noch sich geäußert.

II

15

Die Revision der Beklagten ist begründet. Das LSG hat der Berufung der Kläger gegen das die Klage abweisende Urteil des SG zu Unrecht stattgegeben. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind - soweit dies noch im Streit steht - rechtmäßig.

16

A. Der Senat sieht von einer Berichtigung des Rubrums ab, auch wenn die Kläger ihre vertragsärztliche Tätigkeit im Quartal II/2005 gemeinschaftlich ausübten. Zwar ist nach der Rechtsprechung des Senats grundsätzlich die im streitbefangenen Zeitraum bestehende Gemeinschaftspraxis gegenüber der KÄV berechtigt und verpflichtet (stRspr des BSG, vgl BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr 6](#) RdNr 21; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 24 RdNr 11). Die Gemeinschaftspraxis bleibt auch dann beteiligtenfähig, wenn sie nicht mehr besteht (vgl [BSGE 98, 89 = SozR 4-2500 § 85 Nr 31](#), RdNr 11; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 24 RdNr 11). Trotz des fiktiven Fortbestands der Gemeinschaftspraxis kann es aber ausnahmsweise dabei verbleiben, dass Kläger die Gemeinschaftspraxispartner in ihrer gesamthänderischen Verbundenheit sind, wenn - wie vorliegend - die Gemeinschaftspraxis erst im Laufe des gerichtlichen Verfahrens aufgelöst wurde und als Kläger alle der Gemeinschaftspraxis angehörenden Mitglieder auftreten (vgl auch BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 24 RdNr 11). Jeder einzelne Praxispartner der (ehemaligen) Gemeinschaftspraxis kann wahlweise Forderungen, die gegen die Gemeinschaftspraxis erhoben werden, zusammen mit seinen (ehemaligen) Praxispartnern oder allein abwehren (vgl BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 26 RdNr 16); nichts anderes gilt für den umgekehrten Fall, dass Forderungen zugunsten der (ehemaligen) Gemeinschaftspraxis geltend gemacht werden.

17

B. Der für das Quartal II/2005 maßgebliche HVV der Beklagten entsprach den Vorgaben der Übergangsregelung in Teil III BRLV (1.). Ebenfalls nicht zu beanstanden ist die Einbeziehung der Lungenärzte in den Honorartopf "Fachärztliche Internisten" (2.).

18

1. Der HVV, den die Beklagte und die Krankenkassen mit Wirkung ab dem 1.4.2005 vereinbart hatten und der mithin im streitbefangenen Quartal II/2005 anzuwenden war, entsprach zwar nicht den gesetzlichen Vorgaben nach [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF (a.); hingegen erfüllte er die Voraussetzungen der Übergangsregelung in Teil III Nr 2.2 BRLV (b.).

19

a. Die Regelungen des HVV entsprachen nicht den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF. Danach waren in der Honorarverteilung "insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina)". Kernpunkt dieser Bestimmung waren nach der Rechtsprechung des Senates zwei Vorgaben, nämlich die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und fester Punktwerte; gemäß [§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V](#) aF waren außerdem für die darüber hinausgehenden Leistungsmengen abgestaffelte Punktwerte vorzusehen (stRspr seit [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 14; [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 37; zuletzt BSG Urteil vom 17.2.2016 - [B 6 KA 34/15 R](#) - RdNr 11, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

20

Der im Quartal II/2005 geltende HVV wich insoweit von den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF und des BRLV ab, als dieser für die innerhalb des PZV zu vergütenden Leistungen keinen festen Punktwert in Euro-Cent vorgab. Vielmehr ergab sich der Punktwert erst rechnerisch aus der Division des nach Abzug der Vorabvergütungen verbleibenden Gesamtvergütungsanteils durch die Summe der Punktzahlanforderungen innerhalb des PZV. Da sich das Punktzahlvolumen durch die Zahl der praxisindividuellen Fälle mitbestimmte, konnte - trotz feststehender Fallpunktzahlen - eine Erhöhung der Fallzahlen dazu führen, dass sich das aus dem Honorartopf zu vergütende Punktzahlvolumen erhöhte und sich in dessen Folge der zur Auszahlung gelangende Punktwert reduzierte.

21

b. Der HVV entsprach jedoch den Vorgaben der Übergangsregelung nach Teil III Nr 2.2 BRLV. Nach Teil III Nr 2.2 Abs 1 BRLV konnten Steuerungsinstrumente, die in einer KÄV zum 31.3.2005 bereits vorhanden waren und die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar waren, bis zum 31.12.2005 fortgeführt werden, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene das Einvernehmen hierzu herstellten.

22

aa. Der Senat hat die Übergangsregelung nach Teil III Nr 2.2 Abs 1 BRLV in ständiger Rechtsprechung als mit der zugrunde liegenden Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) iVm Abs 4 Satz 7 und 8 SGB V aF vereinbar angesehen (s grundlegend [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 20 ff und aus jüngerer Zeit BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 23 und Nr 70 RdNr 20; BSG Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - RdNr 14, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 85 Nr 84 vorgesehen; zuletzt BSG Urteil vom 17.2.2016 - [B 6 KA 34/15 R](#) - RdNr 14, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

23

bb. Der maßgebliche HVV entsprach auch den Vorgaben dieser Übergangsregelung: Es liegt eine "Fortführung" vorhandener Steuerungsinstrumente vor (1); die fortgeführten Steuerungsinstrumente sind auch in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar (2).

24

(1) Die Partner des hier maßgeblichen, ab 1.4.2005 gültigen HVV haben sich gemäß Ziffer III der Präambel ausdrücklich "dafür ausgesprochen, den bislang geltenden Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit einigen Anpassungen fortzuführen". "Bislang geltender" HVM in diesem Sinne ist der ab 1.7.2003 gültige HVM, der unverändert bis Quartal II/2004 zur Anwendung kam und kraft Übergangsvereinbarungen auch in den Quartalen III/2004 bis IV/2004 sowie auch im Quartal I/2005 galt.

25

Einer Fortführung des bisherigen Verteilungsmaßstabs - bzw der darin enthaltenen Steuerungsinstrumente - im Sinne der Übergangsregelung steht es nicht entgegen, dass der fortgeführte HVV gegenüber dem vorangegangenen, für das Quartal I/2005 maßgeblichen Verteilungsmaßstab in Teilen verändert wurde. Nach der Rechtsprechung des Senats stand die Regelung des BewA über die Fortführung von Steuerungsinstrumenten zwar grundsätzlich Honorarverteilungsregelungen entgegen, die von den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF wegführten (vgl [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 22 ff; BSG Urteil vom 17.2.2016 - [B 6 KA 34/15 R](#) - RdNr 17 ff, 20, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen), hinderte aber nicht einzelne Änderungen der Honorarverteilung, soweit die wesentlichen Grundzüge des Steuerungsinstruments unverändert blieben (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 Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - RdNr 14, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 85 Nr 84 vorgesehen; zuletzt BSG Urteil vom 17.2.2016 - [B 6 KA 34/15 R](#) - RdNr 17, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Somit stehen einzelne Änderungen des HVV der Annahme einer "Fortführung" nicht entgegen, wenn der HVV lediglich modifiziert bzw nicht systemrelevant ergänzt wird (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 24; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 21).

26

Vorliegend wurden zwar in dem für das Quartal II/2005 maßgeblichen HVV - wie in der Präambel selbst eingeräumt - "einige Anpassungen" vorgenommen, doch beschränkten sich diese sich im Wesentlichen auf den Zuschnitt der Honorarkontingente. Abweichungen ergaben sich insbesondere insoweit, als der ab dem 1.7.2003 gültige und auch im Quartal I/2005 geltende HVM unter Abschnitt B Anlage 1 Anhang 1 vorsah, dass arztgruppenspezifische fachärztliche Honorarfonds ua - jeweils getrennt - für fachärztliche Internisten sowie für Lungenärzte zu bilden waren, während nach den Vorgaben des ab 1.4.2005 geltenden HVV ein einheitlicher Honorarfonds für alle fachärztlichen Internisten einschließlich der Lungenärzte zu bilden war. Bei dieser Änderung handelt es sich lediglich um eine Modifizierung der Steuerungsinstrumente im Sinne der vorerwähnten Rechtsprechung des Senats, da die bisherigen Steuerungsinstrumente in ihren Grundstrukturen unverändert beibehalten wurden; verändert wurden lediglich Details der Ausgestaltung, nämlich die arztgruppenspezifische Zusammensetzung der Honorartöpfe. Die Auflösung ihres separaten Honorartopfes mag nicht den Interessen der Lungenärzte entsprochen haben, veränderte jedoch nicht das von den Partnern des HVV gewählte System der Steuerung über PZGV und

PZV in seiner Grundstruktur.

27

(2) Die fortgeführten Steuerungsinstrumente waren auch in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF vergleichbar, deren Kernvorgaben - wie unter B.1.a. dargestellt - die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und "fester" Punktwerte waren:

28

(a) Das in Teil III Nr 2.2 BRLV normierte Tatbestandsmerkmal der "vergleichbaren Auswirkungen" bedarf der Auslegung bzw Konkretisierung. Der Senat hat mit Blick auf die Regelungskompetenz des BewA auf der Grundlage des [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) letzter Teilsatz SGB V aF mehrfach ausgeführt (vgl [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 21; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 28; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 23; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 29; zuletzt BSG Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - RdNr 16, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 85 Nr 84 vorgesehen), dass nicht eine sofortige volle Übereinstimmung mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF erforderlich war. Eine solche Forderung wäre vielmehr wegen des berechtigten Interesses der Ärzte an Kontinuität beim Honorierungsumfang und im Hinblick auf die Verwaltungspraktikabilität problematisch gewesen (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 29). Deshalb hat der Senat den BewA als befugt erachtet, eine nur allmähliche Anpassung genügen zu lassen und übergangsweise noch Abweichungen zu tolerieren (BSG aaO).

29

Ausgeschlossen war indessen eine Auslegung der Übergangsvorschrift, die faktisch zu einer vollständigen Suspendierung der gesetzlichen Vorgaben geführt haben würde; deshalb konnte es im Rahmen der Übergangsvorschrift nicht gestattet sein, dass eine Honorarverteilungsregelung - sei es auch nur vorübergehend - sich im Vergleich zu den bisherigen weiter von den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF entfernte (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 28 f; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 23; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 29; BSG Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - RdNr 16, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 85 Nr 84 vorgesehen; zuletzt BSG Urteile vom 17.2.2016 - [B 6 KA 46/14 R](#) - Juris RdNr 26 und - [B 6 KA 4/15 R](#) - Juris RdNr 28). Dies erforderte entweder, dass die zu prüfende Honorarverteilungsregelung dem gesetzlichen Ziel deutlich näher stand als die Vorgängerregelung oder, dass die Regelung bereits - ohne dass es einer Änderung bedurfte - eine ausreichende Nähe zu den gesetzlichen Vorgaben aufwies (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 30; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 24; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 29; BSG Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - RdNr 16, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 85 Nr 84 vorgesehen; zuletzt BSG Urteile vom 17.2.2016 - [B 6 KA 46/14 R](#) - Juris RdNr 24 und - [B 6 KA 4/15 R](#) - Juris RdNr 26). Unzureichend ist es, wenn allein die Ziele der Neuregelung mit denjenigen der gesetzlichen Regelung des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF vergleichbar sind; erforderlich sind vielmehr vergleichbare Auswirkungen (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 31 ff; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 25; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 29).

30

In Bezug auf das Merkmal einer "ausreichenden Nähe" ist zu beachten, dass die Übergangsregelung keine vollständige Übereinstimmung mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF verlangt - andernfalls wäre sie entbehrlich gewesen -, sondern in rechtlich nicht zu beanstandender Weise in Kauf nimmt, dass die Ausgestaltung der fortgeführten Regelungen nur "in etwa" der gesetzlichen Konzeption entspricht. Ausgeschlossen sind damit (nur) Konzeptionen, die den gesetzlichen Vorgaben offensichtlich entgegenstehen, wie dies insbesondere hinsichtlich einer Honorarverteilung auf der Grundlage von Individualbudgets der Fall ist.

31

Hierzu hat der Senat bereits ausgeführt, dass es wesentliche "Auswirkung" der gesetzlichen Regelung war, dass ein arztgruppenspezifisch definiertes RLV gebildet wurde, innerhalb dessen die erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet wurden, nebst abgestaffelten Punktwerten für die darüber hinausgehenden Leistungsmengen (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 34 f; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 30). Dies erforderte insbesondere Grenzwerte, die auf (arztgruppen-)durchschnittlichen Werten beruhten. Daran fehlte es, wenn das Honorarvolumen des Arztes im Sinne eines typischen Individualbudgets durch praxisindividuelle Werte aus vorangegangenen Vergütungszeiträumen bestimmt wurde (BSG aaO). Individualbudgets genügten weder den Anforderungen des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF noch den - abgeschwächten - Anforderungen der Übergangsregelung, wie der Senat deutlich hervorgehoben hat (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 35 f; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 27 f; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 30 f; [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 46). Der Senat hat in diesem Zusammenhang die in den KÄV-Bezirken Baden-Württemberg ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54), Nordrhein (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68), Sachsen (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70) und Hamburg (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73) geltenden Honorarverteilungsregelungen beanstandet, weil diese einem klassischen Individualbudget entsprachen oder zumindest die Struktur von Individualbudgets aufwiesen ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 17 - Baden-Württemberg; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 35 - Nordrhein; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 31 - Sachsen; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 33 - Hamburg).

32

(b) Der fortgeführte Verteilungsmaßstab der hier beklagten KÄV sah im Grundsatz für alle fachärztlichen Internisten - mithin auch für die Gruppe der Lungenärzte - vor, dass das Honorarvolumen der Praxis durch Multiplikation einer arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl sowie einer praxisindividuellen Fallzahl ermittelt wurde. Dem fortgeführten Verteilungsmaßstab lagen mithin keine Individualbudgets zugrunde, sondern die Honorarverteilung beruhte maßgeblich auf arztgruppenspezifischen Werten. In Bezug auf die Vorgabe arztgruppenspezifischer Grenzwerte entsprach die Honorarverteilungsregelung damit den Vorgaben des BewA für die Bildung von RLV (s Teil III Nr 3.1 Abs 2 BRLV). Dabei reichte es aus, wenn der Fallpunktzahl arztgruppenspezifische Werte zugrunde lagen; dass - wie vorliegend - der Berechnung des Vergütungsvolumens die praxisindividuelle Fallzahl zugrunde gelegt wurde, entsprach den Vorgaben des BRLV für die Bildung von RLV (vgl BSG Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - RdNr 17 f zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 85 Nr 84 vorgesehen). Der Einwand der Kläger,

die Steuerungsinstrumente hätten wegen der Gewährung von Zusatzfallpunktzahlen eine Nähe zu Individualbudgets aufgewiesen, geht schon deswegen fehl, weil diese nur beim PZGV, nicht aber beim - hier maßgeblichen - PZV zur Anwendung kamen (s Nr 8.4.1.2 Abs 2 HVV).

33

Die Vorgabe arztgruppenspezifischer Grenzwerte genügt, um im Rahmen der Übergangsregelung eine "ausreichende Nähe" zu den gesetzlichen Vorgaben zu bejahen, auch wenn die zweite gesetzliche Vorgabe - die Festlegung "fester" Punktwerte - nicht erfüllt wird (s B.1.a.). Es genügt, dass die vorgesehenen Steuerungsinstrumente gewährleisten, dass die Vergütung der ärztlichen Leistungen annähernd kalkulierbar ist: Es wäre bloße Förmelerei, wenn Steuerungsinstrumente, die ansonsten in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aF "vergleichbar" sind, allein deswegen als mit der Übergangsregelung unvereinbar angesehen würden, weil sie - letztlich aus sachgerechten Gründen - auf die Festlegung eines festen Punktwertes verzichtet haben. Der Senat hat es in jüngeren Entscheidungen nicht beanstandet, wenn der HVV zwar die Angabe eines festen Punktwertes enthält, dieser Punktwert aber nachfolgend einer Quotierung unterliegt, wenn die zur Vergütung der Leistungen im Honorartopf vorgesehenen Gesamtvergütungsanteile nicht ausreichen ([BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 41; vgl auch BSG Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - RdNr 21 f, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 85 Nr 84 vorgesehen).

34

In diesem Zusammenhang hat der Senat bereits in seinem Urteil vom 5.6.2013 ([B 6 KA 32/12 R](#) - [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 42 f; s auch BSG Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - RdNr 22, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 85 Nr 84 vorgesehen) dargelegt, dass die gesetzliche Vorgabe "fester" Punktwerte einschränkend dahingehend zu interpretieren ist, dass es ausreicht, wenn die Gewährung eines festen Punktwertes dem Grunde nach sichergestellt ist und es nicht regelhaft zu einer Abweichung von diesem Grundsatz kommt. Auch hat der Senat wiederholt dargelegt, dass die Festlegung "absolut" fester Punktwerte unter der Geltung einer gedeckelten Gesamtvergütung von vornherein ausgeschlossen ist, weil bei gedeckelter Gesamtvergütung die Vorgabe fester Punktwerte nur dadurch ermöglicht wird, dass entweder die RLV bzw Grenzwerte so (niedrig) bemessen werden, dass die gezahlten Gesamtvergütungen immer ausreichen, um alle erfassten Leistungen mit dem vorgesehenen Punktwert zu vergüten, oder dass dies zu einem immer weiter sinkenden Punktwert für die "freien Leistungen" führen müsste (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 40-41; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 33; [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 42). Ein gewisses Flotieren der Punktwerte ist nicht zu vermeiden; das System der RLV bei begrenzter Gesamtvergütung setzt vielmehr eine Quotierung voraus (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 40-41 unter Hinweis auf BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 61 RdNr 16; [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 42; ebenso BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 33).

35

Ebenfalls verwiesen hat der Senat auf den Umstand, dass die mit festen Punktwerten zu vergütenden Leistungen durch den BewA vorgegeben sind, sodass für die Partner des HVV als einzige ernsthafte Alternative zur Quotierung die Möglichkeit bestünde, den festen Punktwert von vornherein so niedrig anzusetzen, dass er ungeachtet der Entwicklung der Leistungsmenge mit den zur Verfügung stehenden Geldmitteln finanziert werden kann (s [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 43). Dass dies nicht der Kalkulationssicherheit dient, liegt auf der Hand. Eine strikte Beachtung der gesetzlichen Vorgaben hätte daher zur Folge, dass der mit der gesetzlichen Regelung verfolgte Zweck, den Ärzten Kalkulationssicherheit zu geben, verfehlt würde (BSG aaO). Dementsprechend hat der Senat seine (frühere) Aussage, dass die Vorgabe "feste Punktwerte" strikt und ohne jeden Spielraum sei (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 16 mWN), modifiziert und mit seinem Urteil vom 6.2.2013 ([B 6 KA 13/12 R](#) - BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 17) die Wendung, dass die Vorgabe "feste Punktwerte" eine "zentrale und strikte Vorgabe" darstelle, auf die Formel "zentrale Vorgabe" reduziert.

36

Auch außerhalb von Verfahren, in denen es um die Rechtmäßigkeit der auf der Grundlage des BRLV vereinbarten HVV ging, hat der Senat in jüngerer Zeit wiederholt die Bedeutung "fester" Punktwerte bzw garantierter Preise relativiert. So hat er darauf verwiesen, dass eine feste, begrenzte Gesamtvergütung garantierte Preise für einzelne Leistungsbereiche grundsätzlich ausschließt, weil dies zu Lasten der Vergütung anderer Leistungen geht (BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 26; BSG Urteil vom 19.8.2015 - [B 6 KA 34/14 R](#) - [BSGE 119, 231](#) = SozR 4-2500 § 87b Nr 7, RdNr 33, 59), und dass eine Vergütung mit (durchweg) festen Preisen nur in dem Idealfall in Betracht käme, in dem das zur Verteilung benötigte Vergütungsvolumen der Summe der gesamtvertraglich vereinbarten Gesamtvergütungen entspräche (BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 28). Wenn aber schon im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben Abstriche von der Forderung nach Angabe eines absolut festen Punktwertes bzw der Garantie fester Preise gemacht werden müssen, muss dies erst recht dann gelten, wenn im Rahmen der Übergangslösung nur eine gewisse Nähe zu den gesetzlichen Vorgaben verlangt wird.

37

Für die Kalkulierbarkeit des vertragsärztlichen Honorars ist es letztlich ohne Bedeutung, ob der Vertragsarzt zum Zeitpunkt der Leistungserbringung Kenntnis von einem im HVV genannten (scheinbar) festen Punktwert hat, welcher aber im Zeitpunkt der Honorarzahmung entsprechend der jeweiligen Mengenentwicklung (ggf) einer Quotierung unterliegt, oder ob von vornherein auf die Angabe eines festen Punktwertes verzichtet wird, die Honorierung aber dennoch "annähernd" kalkulierbar ist. Beide Vorgehensweisen unterscheiden sich nur dadurch, dass die erste Variante die Realität - in Form einer begrenzten Gesamtvergütung - zunächst außer Betracht lässt, während die zweite Variante diese von vornherein berücksichtigt. Zweck der Angabe eines Punktwertes im HVV ist es, das vertragsärztliche Honorar kalkulierbar zu machen. Dabei ist angesichts begrenzter Gesamtvergütungen zu berücksichtigen, dass der Punktwert eine "relative" Größe darstellt, weil nur im Idealfall sichergestellt ist, dass die vorgegebenen Punktwerte ohne nachfolgende Quotierung zur Auszahlung gelangen (BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 24, 28; s auch BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 26 und [BSGE 119, 231](#) = SozR 4-2500 § 87b Nr 7, RdNr 46, 59). Es genügt daher, wenn die Honorarverteilungsregelung sicherstellt, dass die ihr unterworfenen Vertragsärzte mit "in etwa" festen Punktwerten kalkulieren können.

38

Vorliegend bestand - prospektiv - eine hinreichende Kalkulierbarkeit für die Vertragsärzte, da ihnen die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen sowie ihre individuellen Fallzahlen bekannt waren; zudem konnten sie sich hinsichtlich des zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumens an vorangegangenen Quartalen orientieren. So ließe sich auch vorliegend rechnerisch zunächst ein "fester" Punktwert bestimmen, wenn man das Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals zugrunde legte und eine (etwaige) nachfolgende Veränderung der Leistungsmenge außer Betracht ließe. Dass ihnen die Mengenentwicklung im jeweiligen Quartal nicht bekannt war, steht einer hinreichenden Kalkulierbarkeit nicht entgegen, weil dies bei einer - vom Senat gebilligten - Honorarverteilungsregelung mit (vorgeblich) "festem" Punktwert und nachträglicher Quotierung nicht anders sein konnte: Auch in einer solchen Konstellation konnten die Vertragsärzte nicht absehen, in welchem Umfang der "feste" Punktwert nach dem HVV durch die Mengenentwicklung relativiert (dh quotiert) wurde. Zudem enthielt der HVV flankierende Maßnahmen zur Verhinderung einer ungebremsten Mengenentwicklung: So stand einer unkontrollierten Fallzahlvermehrung die Fallzahlzuwachsbeschränkung nach Nr 8.4.4 HVV entgegen, wonach sich der zulässige Fallzahlzuwachs anhand der um 5 % erhöhten Fallzahl der Praxis im Vorjahresquartal bestimmte (Nr 8.4.4 Abs 2 HVV).

39

Dass auch - retrospektiv - eine Vergütung mit hinreichend "festen" Punktwerten im Ergebnis gewährleistet war, bestätigen die Angaben der Beklagten zur Entwicklung der Punktwerte. Danach ergaben sich in den Quartalen II/2005 bis IV/2007 im "Primärkassenbereich" (PK) Punktwerte zwischen 2,89 und 3,43 Cent und im "Ersatzkassenbereich" (EK) zwischen 2,72 und 3,18 Cent. Vergleicht man nur die jeweiligen zweiten Quartale der Jahre 2005 bis 2007, ergaben sich Punktwerte von 3,15 Cent, 3,18 Cent und 2,89 Cent (PK) und von 3,09 Cent, 3,18 Cent und 3,07 Cent (EK). Damit lag der niedrigste Wert um 15,7 % (PK) bzw 14,5 % (EK) unter dem höchsten - bei einem quartalsbezogenen Vergleich lediglich um 9,1 % (PK) bzw 3,6 % (EK). Diese Schwankungen halten sich noch in einem Rahmen, der eine ausreichende Kalkulierbarkeit gewährleistet, zumal allein ein Vergleich mit den entsprechenden Vorjahresquartalen zu sachgerechten Ergebnissen führt.

40

Unter Berücksichtigung aller relevanten Umstände haben die fortgeführten Steuerungsinstrumente - die Kombination arztgruppenspezifischer Fallpunktzahlen mit praxisindividuellen, jedoch in ihrem Anstieg durch eine Zuwachsbeschränkung beschränkten, Fallzahlen - den Vertragsärzten eine ausreichende Kalkulierbarkeit der Vergütungen gewährleistet und somit eine ausreichende Nähe zu den gesetzlichen Vorgaben aufgewiesen.

41

2. Der HVV der Beklagten ist entgegen der Auffassung des LSG auch nicht deswegen rechtswidrig, weil die Lungenärzte (bzw die Internisten mit der früheren Teilgebietsbezeichnung "Lungen- und Bronchialheilkunde") innerhalb desselben Honorarpotentials den gleichen Honorarverteilungsregelungen wie die übrigen fachärztlichen Internisten unterworfen wurden.

42

a. Der BRLV bestimmt nicht, dass die Fachgruppe "Lungenärzte" nicht dem System der RLV unterworfen werden darf.

43

aa. Die Schlussfolgerung des LSG, die Lungenärzte seien nach dem BRLV "ausdrücklich" von der Bildung von RLV ausgenommen worden, weil sie in der Anlage 1 zum Teil III BRLV ("Benennung der Arztgruppen: Für nachfolgende Arztgruppen werden Arztgruppentöpfe gemäß 1. und Regelleistungsvolumen gemäß 3.1 berechnet.") nicht explizit als Arztgruppe genannt sei, geht fehl.

44

Grundsätzlich gilt zwar, dass die Regelungen des BewA (auch) in Bezug auf die Bildung von Arztgruppen von den HVV-Partnern strikt zu beachten waren und nur für die Arztgruppen, die in der - abschließend zu verstehenden - Aufzählung genannt waren, RLV vereinbart werden durften, für die nicht aufgeführten Arztgruppen dagegen nicht ([BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 22; BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 8 RdNr 24 mwN). Dieser Grundsatz beansprucht aber nur dann Geltung, wenn eine Arztgruppe allein deswegen nicht in der Anlage 1 zum Teil III BRLV aufgeführt ist, weil sie aus Sachgründen nicht den Regelungen der RLV unterworfen werden soll. Das Recht des BewA, die Arztgruppen zu bestimmen, auf welche die RLV Anwendung findet, ist Ausdruck der diesem eingeräumten Gestaltungsfreiheit ([BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 26 f). Die Gestaltungsfreiheit des BewA, für welche Arztgruppen er RLV vorsieht und für welche nicht, ist aber durch das Gebot der Gleichbehandlung gemäß [Art 3 Abs 1 GG](#) begrenzt; er darf daher nicht willkürlich einzelne Arztgruppen einbeziehen und andere unberücksichtigt lassen (BSG aaO RdNr 27). Schon deshalb bedarf es regelmäßig der Prüfung der Gründe, die für die (Nicht-)Einbeziehung einer Arztgruppe in das RLV-System maßgeblich waren.

45

Sachliche Gründe für eine Nichteinbeziehung können sich insbesondere aus Besonderheiten ergeben, die in einem Leistungsbereich bestehen, wie dies der Senat für die Arztgruppe der Nephrologen bejaht hat ([BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 27). Ein Grund für eine Nichteinbeziehung einer Arztgruppe bzw eines Leistungsbereiches in das RLV-System kann sich etwa daraus ergeben, dass diesbezüglich die Gefahr der Leistungs- und Mengenausweitung geringer ist, dass die sachgerechte Bemessung von RLV schwierig ist, dass das Leistungsspektrum im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) nur aus wenigen Leistungen besteht bzw dass die betroffenen Leistungen im höheren Maße förderungswürdig sind (BSG aaO RdNr 28).

46

bb. In Bezug auf die Arztgruppe der Lungenärzte liegen derartige sachliche Gründe, die den BewA bewogen haben könnten, diese Gruppe von den RLV auszunehmen, jedoch nicht vor. Der BewA hat die den "Lungenärzten" vergleichbare Arztgruppe der Fachärztlichen Internisten

mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie in das RLV-System einbezogen. Diese Gruppe weist ein vergleichbares Leistungsspektrum wie die Arztgruppe der "Lungenärzte" auf, wie bereits daraus deutlich wird, dass die pneumologischen Gebührenordnungspositionen nach Nr 13.3.7 EBM-Ä (nur) von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden können. Dieser Umstand zeigt, dass die Nichtnennung der Lungenärzte (wie auch der Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung "Lungen- und Bronchialheilkunde") nicht auf Besonderheiten dieses Leistungsbereichs beruht, sondern allein darauf zurückzuführen ist, dass diese Arztbezeichnung nur noch übergangsrechtlich geführt werden kann:

47

Die Bayerische WBO vom 1.1.1978 (WBO 1978 - Bayerisches Ärzteblatt Sondernummer 77 S 28 ff) sah für das damalige Gebiet "Lungen- und Bronchialheilkunde" (§ 2 Abs 1 Nr 13 WBO 1978) die Arztbezeichnung "Lungenarzt (Pneumologe)" oder "Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde" vor (§ 4 Abs 1 Nr 13 WBO 1978). Nach der Bayerischen WBO in der Fassung vom 1.1.1988 (WBO 1988 - Bayerisches Ärzteblatt 12/87 S 1 ff) war die "Lungen- und Bronchialheilkunde" Teilgebiet des Gebiets "Innere Medizin" geworden (§ 2 Abs 1 Nr 10.5 WBO 1988), für das die Arztbezeichnung "Internist" oder "Arzt für Innere Medizin" zu führen war (§ 4 Abs 1 Nr 10 WBO 1988). Gemäß § 20 Abs 3 Satz 1 WBO 1988 waren Ärzte, die bei Inkrafttreten der neuen WBO die Bezeichnung "Lungenarzt" oder "Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde" führten, berechtigt, die alte Bezeichnung beizubehalten; auch bestand die Möglichkeit, die Weiterbildung zum Lungenarzt nach der alten WBO abzuschließen (§ 20 Abs 3 Satz 2 WBO 1988). Nach der Bayerischen WBO in der ab dem 1.10.1993 geltenden Fassung (WBO 1993 - Bayerisches Ärzteblatt 9/93 S 1 ff) war die "Pneumologie" nunmehr ein Schwerpunkt innerhalb des Gebiets "Innere Medizin" (§ 2 Abs 1 Nr 13 WBO 1993), verbunden mit dem Recht zur Führung einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung; nach § 22 Abs 1 WBO 1993 blieben bisher ausgesprochene Anerkennungen von Arztbezeichnungen gültig mit der Maßgabe, dass die in dieser WBO bestimmten entsprechenden Arztbezeichnungen zu führen sind. Im Ergebnis konnten somit zur Arztgruppe "Lungenärzte" seit dem 1.1.1988 (von den Fällen eines Abschlusses der Weiterbildung nach altem Recht abgesehen) keine weiteren Mitglieder hinzutreten.

48

Der BewA ist im Übrigen weder gehalten noch in der Lage, in seinen Beschlüssen alle Arztgruppen namentlich aufzuführen, für die in der Vergangenheit eine Zulassung erfolgen konnte und bei denen die Möglichkeit besteht, dass noch eines ihrer (verbliebenen) Mitglieder vertragsärztlich tätig ist. Dem steht schon entgegen, dass es ungeachtet des Bestehens einer Muster-WBO eine Vielzahl unterschiedlicher landesrechtlicher Regelungen gab und gibt. Von einer ausdrücklichen Erwähnung kann jedenfalls dann abgesehen werden, wenn sich die "ausgelaufene" Arztgruppe ohne Weiteres einer aktuell existierenden Arztgruppe zuordnen lässt, wie dies in Bezug auf die Lungenärzte der Fall ist (s cc.). Soweit der BewA - in Bezug auf die "Praktischen Ärzte" - eine "ausgelaufene" Arztgruppe mit aufgeführt hat, ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um eine sehr große "ehemalige" Arztgruppe handelt.

49

cc. Für alle Arztgruppen, die wegen fehlender "Zulassungsrelevanz" nicht mehr in der Aufzählung der in das System der RLV einzubeziehenden Arztgruppen aufgenommen worden sind, gelten diejenigen Regelungen, die auf Arztgruppen Anwendung finden, in die die "ausgelaufene" Arztgruppe aufgegangen ist bzw der sie zumindest vergleichbar ist. Für die Arztgruppe "Lungenärzte" ist dies die Arztgruppe "Fachärztliche Internisten mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie". Das Prinzip, dass Ärzte, die eine nicht mehr vorgesehene Arztbezeichnung übergangsrechtlich weiterführen dürfen, im Rahmen von arztgruppenbezogenen Honorarverteilungsregelungen derjenigen Arztgruppe zuzuordnen sind, der sie nach aktuellem Recht angehören (würden), findet sich in einer Reihe von Vorschriften des ärztlichen Berufsrechts und des Vertragsarztrechts. Nach der angesprochenen Vorschrift des § 22 Abs 1 WBO 1993 bleiben bisher ausgesprochene Anerkennungen von Arztbezeichnungen mit der Maßgabe gültig, dass die in dieser WBO bestimmten "entsprechenden" Arztbezeichnungen zu führen sind. Insbesondere wird in der Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte (ÄBedarfsplRL) - sowohl in der aktuellen Fassung (§ 6 Abs 2 ÄBedarfspl-RL idF vom 15.10.2015) wie auch in vorangehenden Fassungen (3. Abschnitt Nr 7 Seite 7 der Fassungen vom 21.12.2004 - in Kraft ab 15.5.2005 - und 3. Abschnitt Nr 7 Seite 6 f vom 15.6.2004 - in Kraft ab dem 1.1.2004) - vorgegeben, dass Fachärzte mit Facharztbezeichnungen, welche nach den geltenden WBOen nicht mehr erworben werden können, der Arztgruppe zugeordnet werden, der das Fachgebiet nach dem geltenden Recht zugeordnet ist; als Beispiel wird die Zuordnung der Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde zur Arztgruppe der Internisten angegeben.

50

dd. Für die von der Beklagten geäußerte Auffassung, die Nichtnennung der Lungenärzte sei im Sinne einer Ermächtigung an die regionalen Vertragspartner zu werten, eigenständig über deren Zuordnung bzw Nichtzuordnung zu den RLV zu bestimmen, findet sich hingegen kein Anhalt. Dem steht schon entgegen, dass der BRLV in der Anlage 1 zum Teil III Satz 2 und 3 ausdrücklich Regelungsspielräume für die Honorarverteilungsverträge eröffnet, dabei jedoch nur zu weiteren Differenzierungen oder Zusammenfassungen der nachfolgend aufgeführten Arztgruppen ermächtigt; von einer Erweiterung oder Einschränkung der Aufzählung der von der RLV-Bildung betroffenen Arztgruppen selbst ist hingegen nicht die Rede. Im Übrigen gilt ohnehin die grundsätzliche Feststellung des Senats, dass die Regelungen des BewA (auch) in Bezug auf die Bildung von Arztgruppen keine Spielräume für abweichende HVV-Regelungen ließen, sondern von den HVV-Partnern strikt zu beachten waren ([BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 22).

51

b. Auch im Übrigen steht der Zusammenfassung der Arztgruppe der "Lungenärzte" mit allen fachärztlichen Internisten in einen Arztgruppentopf nichts entgegen. Generell gilt, dass dem Normgeber des Verteilungsmaßstabs bei der Bildung von Arztgruppentöpfen ein Gestaltungsspielraum zusteht, der von den Gerichten zu beachten ist (stRspr des BSG, vgl zB [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 29). Der Gestaltungsspielraum des Normgebers wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unverhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 50 RdNr 22 mwN). Dies gilt etwa für eine Regelung, durch die eine ganze Gruppe von Leistungserbringern systematisch benachteiligt wird, ohne dass dies durch den Zweck der Regelung geboten wäre oder als geringfügig vernachlässigt werden könnte ([BSGE 73, 131](#), 140 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 28](#)). Anhaltspunkte dafür, dass die Normgeber des hier maßgeblichen HVV mit der Zusammenfassung aller fachärztlich-internistischer

Arztgruppen in einem einheitlichen Honorartopf ihren Gestaltungsspielraum rechtswidrig ausgeübt haben, sind jedoch nicht ansatzweise erkennbar. Auch die Kläger haben keine überzeugenden Gründe dafür benannt, warum die Zusammenfassung aller fachärztlichen Internisten in einem Honorartopf sachwidrig sein sollte.

52

C. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach haben die Kläger die Kosten des Verfahrens zu tragen, da sie unterlegen sind ([§ 154 Abs 1 VwGO](#)). Eine Erstattung der Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, da diese keine Anträge gestellt haben.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2017-04-28