

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 35/15 B

L 5 KA 61/13 (LSG Hamburg)
S 3 KA 171/11 (SG Hamburg)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,

beigeladen:

1. GKV-Spitzenverband der Krankenkassen,
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin,
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 28. Oktober 2015 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richterin Dr. D ü r i n g und den Richter E n g e l h a r d sowie die ehrenamtliche Richterin Dr. Z e c h und den ehrenamtlichen Richter Dr. L ö r z beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landesozialgerichts Hamburg vom 25. Februar 2015 wird zurückgewiesen.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Der Kläger trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 5000 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Im Streit steht die Höhe vertragsärztlichen Honorars für das Quartal III/2010, speziell ein Anspruch des Klägers auf Festsetzung eines höheren Regelleistungsvolumens (RLV).
- 2 Der Kläger ist als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Beklagte wies dem Kläger mit Bescheid vom 2.6.2010 ein RLV für das Quartal III/2010 in Höhe von 17 390,36 Euro zu; zudem erhielt er qualitätsgebundene Zusatzvolumen (QZV). Die Summe aus RLV und QZV betrug 23 364,94 Euro. Mit Honorarbescheid vom 3.3.2011 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal III/2010 auf 39 778,33 Euro fest; dabei vergütete sie die das RLV und QZV um 5681,73 Euro übersteigende Honoraranforderung abgestaffelt mit 609,56 Euro. Den gegen den Honorarbescheid erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 8.9.2011 zurück. Klage und Berufung, mit denen der Kläger insbesondere geltend gemacht hat, der Arztgruppenfallwert sei mit 31,98 Euro so niedrig, dass er die Versichertenpauschale nach der Nr 04110 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) nicht abdecke und die Versichertenpauschale nach der Nr 04111 EBM-Ä für Kinder ab Beginn des 6. Lebensjahres diesen Wert fast vollständig ausfülle, sind erfolglos geblieben (*Urteil des SG vom 31.7.2013, Urteil des LSG vom 25.2.2015*).
- 3 Das LSG hat ausgeführt, das SG habe die Klage im Ergebnis zu Recht als zulässig erachtet, obwohl der Kläger den Zuweisungsbescheid vom 2.6.2010 nicht angegriffen habe, weil der Kläger auf Mitteilungen der Beklagten habe vertrauen dürfen, dass dies nicht erforderlich sei. Die Berufung sei unbegründet: Aus Sinn und Zweck des § 87b Abs 1 und 2 SGB V aF folge nicht zwingend, dass der Arztgruppenfallwert nicht niedriger als die Versichertenpauschale sein dürfe. Die Versichertenpauschale setze sich aus mehreren Komponenten zusammen und könne deshalb nicht alle RLV-Fälle punktgenau treffen. Rechtlich relevante Bedenken gegen die Höhe des RLV könnten allenfalls dann bestehen, wenn der RLV-Fallwert substantiell unter die Grundpauschalen der jeweiligen Arztgruppe abfiele. Im Streitfall sei die Erheblichkeitsgrenze bei einem Unterschreiten des Fallwerts gegenüber der Versichertenpauschale von insgesamt weniger als 10 % jedenfalls nicht erreicht.



- 4 Der Kläger habe auch kein subjektives Recht auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der Gesamtvertragspartner über die Frage, ob und ggf wie diese von der Korrekturmöglichkeit Gebrauch machten, die ihnen die Anlage 6 zum Teil F Abschnitt I des Beschlusses des Bewertungsausschusses (BewA) vom 26.3.2010 einräume. Er könne deren Entscheidung auch nicht unter Hinweis auf das Urteil des BSG vom 11.12.2013 (*BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 5*) gerichtlich überprüfen lassen. Zwar sei lediglich der eigentliche Aushandlungsprozess der Partner der Gesamtverträge hinsichtlich der Höhe der Gesamtvergütungen der gerichtlichen Kontrolle auf Klagen von Vertragsärzten wie auch von einzelnen Krankenkassen entzogen, doch gehe es hier gerade darum. Die genannte Möglichkeit, geeignete Maßnahmen treffen zu können, wenn mit den RLV einer Arztgruppe die Versicherten- bzw Grundpauschalen nicht in ausreichendem Maße vergütet werden könnten, betreffe diesen Aushandlungsprozess. Ein Recht auf ermessensfehlerfreie Entscheidung dieser Frage würde voraussetzen, dass die Ermessensentscheidung zumindest auch Individualinteressen diene. Die Korrekturmöglichkeit diene jedoch nicht den Interessen der davon letztlich betroffenen Ärzte; diese würden nur mittelbar im Sinne eines Rechtsreflexes berührt. Die Rechte des Klägers würden damit nicht erweitert, da die Ermessensentscheidung nicht ihm gegenüber ergehe. Es bleibe bei dem Grundsatz, dass der einzelne Vertragsarzt keinen Anspruch auf eine bestimmte Honorarhöhe habe. Auch im Hinblick auf die Angemessenheit der Vergütung könne der Kläger kein höheres Honorar beanspruchen, ebenso nicht unmittelbar aus Art 12 Abs 1 GG, weil die Voraussetzungen nicht gegeben seien.
- 5 Mit seiner Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Urteil macht der Kläger die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*) sowie Rechtsprechungsabweichungen (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 2 SGG*) geltend.

II

- 6 Die Beschwerde des Klägers hat keinen Erfolg.
- 7 1. Soweit der Kläger die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend macht, ist seine Beschwerde - soweit sie nicht bereits unzulässig ist - jedenfalls unbegründet.
- 8 a. Bezüglich der vom Kläger aufgeworfenen Rechtsfrage,
"ab wann von einer Reaktionspflicht der KÄV auszugehen ist, wenn der RLV-Fallwert einer Arztgruppe niedriger sein darf als die durchschnittliche Grund- bzw Versichertenpauschale der jeweiligen Arztgruppe",
ist die Beschwerde bereits unzulässig, weil sie nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG herzuleitenden Darlegungsanforderungen entspricht. Für die Geltendmachung der grundsätzlichen Bedeutung einer Rechtssache muss danach in der Beschwerdebegründung eine konkrete



Rechtsfrage in klarer Formulierung bezeichnet (*vgl BVerfGE 91, 93, 107 = SozR 3-5870 § 10 Nr 5 S 31; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 37 f*) und ausgeführt werden, inwiefern diese Rechtsfrage in dem mit der Beschwerde angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich (klärungsfähig) sowie klärungsbedürftig ist. Es muss ersichtlich sein, dass sich die Antwort nicht ohne Weiteres aus der bisherigen Rechtsprechung ergibt. Bei einer Revisions-Nichtzulassungsbeschwerde ist es Aufgabe des Prozessbevollmächtigten, die einschlägige Rechtsprechung aufzuführen und sich damit zu befassen; eine Beschwerdebegründung, die es dem Gericht überlässt, die relevanten Entscheidungen zusammenzusuchen, wird den Darlegungserfordernissen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG nicht gerecht. Auch lediglich kursorische Hinweise ohne Durchdringung des Prozessstoffs reichen nicht aus (*vgl BVerfG <Kammer>, DVBl 1995, 35*).

- 9 Diesen Vorgaben entspricht die Beschwerdebegründung, die sich insoweit darauf beschränkt, auf die zur Höhe des RLV-Fallwerts gemachten Äußerungen zu verweisen, nicht. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob es sich bei der Frage, "ab wann" von einer Reaktionspflicht der KÄV auszugehen ist, überhaupt um eine den Anforderungen entsprechende Rechtsfrage handelt. Denn die Beschwerdebegründung hätte sich jedenfalls mit der umfangreichen Rechtsprechung des Senats zur Reaktionspflicht der KÄVen (*vgl zB BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 43-44 mwN*) auseinandersetzen und darlegen müssen, wieso sich die aufgeworfene Frage nicht anhand dieser Rechtsprechung beantworten lässt.
- 10 b. Im Übrigen ist die Beschwerde insoweit jedenfalls unbegründet. Eine auf die grundsätzliche Bedeutung der Rechtsache gestützte Revisionszulassung setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-1500 § 160 Nr 5 RdNr 3*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt dann, wenn die Rechtsfrage bereits geklärt ist und/oder wenn sie sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder aus der bereits vorliegenden Rechtsprechung klar beantworten lässt (*hierzu s zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; vgl auch BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f sowie BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*). Nichts anderes gilt, wenn kein vernünftiger Zweifel an der Richtigkeit der vom LSG dazu gegebenen Auslegung bestehen kann, weil sich die Beantwortung bereits ohne Weiteres aus der streitigen Norm selbst ergibt (*vgl hierzu BSG Beschluss vom 2.4.2003 - B 6 KA 83/02 B - Juris RdNr 4*). Die Bedeutung über den Einzelfall hinaus ist nicht gegeben, wenn die Rechtsfrage aufgrund besonderer Gestaltung des vorliegenden Einzelfalls einer verallgemeinerungsfähigen Beantwortung nicht zugänglich ist (*vgl zB BSG Beschluss vom 5.11.2008 - B 6 KA 50/07 B - RdNr 6 iVm 11*). Diese Anforderungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich (*s die BVerfG-Angaben in BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 sowie BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 160a Nr 16 RdNr 4 f*).



- 11 aa. Nach diesen Maßgaben ist die Rechtsfrage,
ob der RLV-Fallwert einer Arztgruppe niedriger sein darf als die durchschnittliche Grund- bzw Versichertenpauschale der jeweiligen Arztgruppe,
jedenfalls nicht klärungsbedürftig, da sie bereits durch die vorliegende Rechtsprechung des Senats beantwortet wird. Wie der Senat bereits mit Urteil vom 11.12.2013 (*B 6 KA 6/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 29*) entschieden hat, ist eine KÄV nicht verpflichtet, das RLV eines Vertragsarztes so zu bemessen, dass die wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden.
- 12 Hierzu hat der Senat (*aaO RdNr 21*) darauf verwiesen, dass es der Idealkonzeption des Gesetzes entsprechen mag, dass der zugebilligte Fallwert bzw das RLV so hoch sein muss, dass die wesentlichen Leistungen des Fachgebietes rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Das sei jedoch nicht durchweg realisierbar, wenn die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen Grundlage der Berechnung der RLV sind. Das Grundsystem der Vergütung der Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen durch die Krankenkassen mit einem - steigenden, aber grundsätzlich festen - Betrag sei nicht durchweg kompatibel mit der Vorstellung, eine bestimmte, den Großteil der vertragsärztlichen Leistungen auf einem bestimmten Fachgebiet umfassende Leistungsmenge je Fall mit festen Preisen zu vergüten. Da maßgeblicher Faktor für die Höhe des RLV nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung seien, sondern die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen, stelle das RLV nur im "Idealfall" sicher, dass die von ihm erfasste Leistungsmenge in vollem Umfang mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird, nämlich nur dann, wenn die Höhe der gezahlten Gesamtvergütungen - bzw der auf die in das RLV fallende Leistungsmenge bezogene Anteil hieran - mit dem Geldbetrag übereinstimmt, der für die in das RLV fallenden Leistungen nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung insgesamt zu zahlen wäre. Es sei aber keineswegs ausgeschlossen, dass der für die Vergütung der in das RLV fallenden Leistungen zur Verfügung stehende Gesamtvergütungsanteil hierfür nicht ausreicht (*BSG aaO RdNr 24*). Diese Diskrepanzen beruhen darauf, dass der Gesetzgeber die Vorgaben für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen - zum einen für die Berechnung der Gesamtvergütungen, zum anderen für die Ermittlung der vertragsärztlichen Honorare - nicht vollständig synchronisiert hat (*BSG aaO RdNr 25*). Schließlich hat der Senat dargelegt, dass in dem Umstand, dass nicht sichergestellt ist, dass die in das RLV fallenden Leistungen in jedem Fall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden (oder das RLV umgekehrt nicht alle "notwendigen" Leistungen umfasst), keine "gesetzwidrige" Lücke liegt, die von der Rechtsprechung im Wege der Auslegung zu füllen wäre (*BSG aaO RdNr 32*). Die Vorgabe absolut fester Preise für eine bestimmte - zumindest bei zahlreichen Arztgruppen den größeren Teil der vertragsärztlichen Leistungen umfassenden - Leistungsmenge sei nicht kompatibel mit einer nach anderen Kriterien vereinbarten Gesamtvergütung. Durch die Einführung der morbiditätsbedingten



Gesamtvergütung und der RLV habe sich nichts daran geändert, dass die Menge des zur Verteilung unter die Vertragsärzte zur Verfügung stehenden Geldes begrenzt ist (*BSG aaO*).

- 13 Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn - wie vorliegend - die Frage im Streit steht, ob das RLV die durchschnittlichen Versicherten- bzw Grundpauschalen abdeckt. Zum einen betraf die dargestellte Entscheidung des Senats ebenfalls die notwendigen Leistungen des (augenärztlichen) Fachgebiets; zum anderen sind auch die Versicherten- bzw Grundpauschalen Bestandteil der vertragsärztlichen Vergütung, sodass für sie die im angeführten Urteil dargestellten Restriktionen gleichermaßen gelten.

- 14 bb. Die weitere Rechtsfrage,
ob ein Vertragsarzt ein subjektives Recht auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der Gesamtvertragspartner [darüber] hat, ob diese von der Korrekturmöglichkeit, die ihnen Teil F Abschnitt I der Anlage 6 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.3.2010 einräumt, Gebrauch machen, und ob er dies gerichtlich überprüfen lassen kann, ist nicht klärungsbedürftig, weil sich die Antwort hierauf der Rechtsprechung des Senats entnehmen lässt. Nach der Senatsrechtsprechung ist eine (inzidente) Prüfung einer Gesamtvergütungsvereinbarung in einem Rechtsstreit über den Honoraranspruch eines Vertragsarztes ausgeschlossen (*BSG Urteil vom 27.4.2005 - B 6 KA 23/04 R - Juris RdNr 14 = USK 2005-115; BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr 21, RdNr 9 ff; BSG Beschluss vom 31.8.2005 - B 6 KA 22/05 B - Juris; s schon BSG SozR Nr 2 zu § 368h, BI Aa 6*). Grund hierfür ist, dass es sich bei der Vereinbarung und Anpassung der Gesamtvergütung nicht um einen normativen, sondern um einen obligatorischen Bestandteil des Gesamtvertrages handelt, der - abgesehen von einer Erstreckung auf die einzelnen Krankenkassen - lediglich Rechte und Pflichten zwischen den Vertragspartnern begründet und sich ansonsten für Dritte - also auch für Vertragsärzte - allenfalls mittelbar bzw faktisch auswirkt (*BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr 21, RdNr 13*). Diese Trennung der Rechtsbeziehungen sichert zudem die Funktionsfähigkeit des vertragsärztlichen Vergütungssystems (*BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr 21, RdNr 16*). Die Überprüfung der Gesamtvergütungsvereinbarungen auf Rechtsverstöße erfolgt vielmehr in einem objektivierten, nicht von der Geltendmachung subjektiver Rechtsverletzungen abhängigen Verfahren durch die zuständige Aufsichtsbehörde (*BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr 21, RdNr 14; BSG SozR 4-2500 § 83 Nr 5 RdNr 25-26*).

- 15 Diese Rechtsprechung hat der Senat mit Urteil vom 11.12.2013 (*B 6 KA 4/13 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 5 RdNr 11*) dahingehend präzisiert, dass es dem Vertragsarzt nicht vollumfänglich versagt ist, die Grundlagen der Ermittlung der Gesamtvergütungen gerichtlich überprüfen zu lassen, sondern dass dies nur insoweit gilt, als dem Abschluss der Verträge ein Verhandlungsprozess zwischen den Vertragspartnern zugrunde liegt, der nicht rechtlich voll determiniert ist. Soweit es hingegen lediglich um einen Normvollzug geht, stehen alle normativen Vorgaben zur gerichtlichen Überprüfung, jeweils darauf, ob der zuständige Normgeber die ihn verpflichtenden



höherrangigen Normen beachtet hat. So kann der Vertragsarzt klären lassen, ob (nach dem bis Ende 2012 geltenden Recht) die maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften durch den BewA (bzw den Erweiterten BewA) und dessen für die Honorarverteilung maßgeblichen Vorgaben durch die Partner der Honorarverteilungsverträge richtig umgesetzt worden sind. Zusammenfassend hat der Senat klargestellt, dass er den eigentlichen Aushandlungsprozess der Partner der Gesamtverträge hinsichtlich der Höhe der Gesamtvergütungen der gerichtlichen Kontrolle auf Klagen von Vertragsärzten wie auch von einzelnen Krankenkassen entzogen, nicht aber zugleich die für die Honorarverteilung und Honorierung maßgeblichen untergesetzlichen Vorschriften von einer gerichtlichen Überprüfung insgesamt freigestellt hat (*BSG aaO*).

- 16 Nach diesen Maßstäben steht dem Kläger kein Recht zu, die Entscheidung der Vertragspartner, von der Korrekturmöglichkeit keinen Gebrauch zu machen, gerichtlich überprüfen zu lassen. Betroffen ist hier die in der Anlage 6 zum Teil F Abschnitt I des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010 (unter Ziff 2 Abs 2) enthaltene Ermächtigung der regionalen Vertragspartner, innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen einvernehmlich geeignete Maßnahmen treffen zu können, wenn sie bei der Festsetzung der RLV feststellen, dass mit den praxisbezogenen RLV in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw Grundpauschalen nicht in ausreichendem Maße vergütet werden können. Das Begehren des Klägers ist jedoch nicht darauf gerichtet, die vom BewA normierte Regelung als solche zur gerichtlichen Überprüfung zu stellen. Vielmehr will er überprüfen lassen, ob die Entscheidung der Vertragspartner rechtmäßig ist, von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch zu machen. Damit zielt er auf das Ergebnis des Aushandlungsprozesses, das der gerichtlichen Überprüfung entzogen ist:
- 17 Werden die Vertragspartner der Gesamtverträge durch eine untergesetzliche Rechtsnorm (*zum Rechtsnormcharakter der Beschlüsse des BewA vgl zB BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 20*) dazu ermächtigt, aber nicht verpflichtet, ergänzende Regelungen zur Vereinbarung der Gesamtvergütung zu treffen, steht es in ihrem Ermessen, ob sie von dieser Option Gebrauch machen. In einer derartigen Konstellation besteht der "Aushandlungsprozess" (ggf) aus zwei Teilen: Er umfasst nicht nur das Aushandeln der die Gesamtvergütung betreffenden Regelungen, sondern setzt notwendiger Weise - und vorgelagert - einen Aushandlungsprozess darüber voraus, ob die Vertragspartner überhaupt von der Ermächtigung Gebrauch machen wollen. Hierzu bedarf es zunächst der Initiative einer der Vertragspartner und sodann der Zustimmung der übrigen Vertragspartner (*oder ggf der Ersetzung dieser Zustimmung durch eine Entscheidung des Schiedsamtes, s hierzu BSGE 110, 258 = SozR 4-2500 § 87a Nr 1, RdNr 27*). Von diesem Aushandlungsprozess umfasst ist daher nicht allein die Entscheidung, geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, sondern auch, dass die Vertragspartner davon absehen, ergänzende Regelungen zu treffen - sei es, dass von vornherein keiner der Vertragspartner die Initiative ergreift, weil übereinstimmend kein entsprechender Bedarf gesehen wird, oder dass nach entsprechenden Verhandlungen von einer Regelung abgesehen wird. In allen Konstellationen ist die Entscheidung Bestandteil des Aushandlungsprozesses und damit vor



einer gerichtlichen Überprüfung geschützt. Es würde im Übrigen den Verhandlungsspielraum und damit die Vertragsautonomie der Gesamtvertragspartner in nicht akzeptablem Maße einschränken, wenn einzelne Vertragsärzte (oder Krankenkassen) letztlich das Recht hätten, die Umsetzung von Gestaltungsoptionen dadurch zu erzwingen, dass das Handeln der Vertragspartner insoweit gerichtlicher Kontrolle unterworfen wäre.

- 18 Steht somit fest, dass die Entscheidung der Vertragspartner, ob sie von der Ermächtigung Gebrauch machen, der gerichtlichen Überprüfung entzogen ist, beantwortet sich auch die Frage, ob Vertragsärzten insoweit ein subjektives Recht auf fehlerfreie Ermessensausübung zustehen kann, dahingehend, dass dies nicht der Fall ist.
- 19 2. Soweit der Kläger in Bezug auf die aufgeworfene Frage eines Rechts auf ermessensfehlerfreie Entscheidung hilfsweise eine Divergenz zum Urteil des BSG vom 11.12.2013 (*B 6 KA 4/13 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 5*) geltend macht, ist die Beschwerde zwar zulässig, aber unbegründet. Für den Erfolg der Rüge einer Rechtsprechungsabweichung ist Voraussetzung, dass Rechtssätze aus dem LSG-Urteil und aus einer höchstrichterlichen Entscheidung miteinander unvereinbar sind und das Berufungsurteil auf dieser Divergenz beruht. Dabei ist der jeweils aktuelle Stand der bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Zeitpunkt der Entscheidung über die Nichtzulassungsbeschwerde maßgebend. Dabei darf nicht lediglich isoliert auf einzelne Sätze der bundesgerichtlichen Entscheidungen abgestellt werden, sondern zu beachten ist der Kontext, in dem die vom Kläger für seine Divergenzrügen herangezogenen bundesgerichtlichen Rechtssätze jeweils stehen. Aus dem Erfordernis, die Aktualität und den Kontext der herangezogenen bundesgerichtlichen Entscheidungen zu berücksichtigen, folgt zugleich, dass deren Aussagen stets mit Blick auf die Gesamt-Rechtsprechung des BSG auszulegen und zu verstehen sind.
- 20 Vorliegend hat der Kläger zwar Rechtssätze des BSG sowie des LSG benannt, doch sind diese Rechtssätze nicht miteinander unvereinbar: Das LSG hat dem Rechtssatz des BSG, dass lediglich der eigentliche Aushandlungsprozess der gerichtlichen Kontrolle entzogen ist, keineswegs widersprochen, sondern sich diesen zu eigen gemacht. Unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des BSG hat es die Entscheidung der Gesamtvertragspartner darüber, ob geeignete Maßnahmen im Sinne der Anlage 6 zu Teil F Abschnitt I des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010 zu treffen sind, dem Aushandlungsprozess zugeordnet. Ob diese Subsumtion zutreffend ist, ist im Rahmen einer Nichtzulassungsbeschwerde ohne Bedeutung, weil auch ein vermeintlicher Subsumtionsfehler lediglich die inhaltliche Richtigkeit des Berufungsurteils betrifft und sich keinem der in § 160 Abs 2 SGG genannten Revisionsgründe zuordnen lässt (*BSG Beschluss vom 13.8.2014 - B 6 KA 14/14 B - RdNr 12*). Eine Divergenz im Sinne des § 160 Abs 2 Nr 2 SGG liegt nicht bereits dann vor, wenn das Urteil des LSG nicht den Kriterien entspricht, die das BSG oder das BVerfG aufgestellt hat, sondern erst, wenn das LSG diesen



Kriterien widersprochen und abweichende rechtliche Maßstäbe entwickelt hat (*BSG Beschluss vom 19.2.2014 - B 6 KA 42/13 B - Juris RdNr 7*).

- 21 Im Übrigen ist die vom LSG vorgenommene Zuordnung zutreffend. Nach der vorerwähnten Senatsrechtsprechung ist "der eigentliche Aushandlungsprozess der Partner der Gesamtverträge hinsichtlich der Höhe der Gesamtvergütungen" der gerichtlichen Kontrolle auf Klagen von Vertragsärzten entzogen (*BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 5 RdNr 11*). Dabei sind - wie bereits dargestellt - nicht allein die Verhandlungen über die Höhe der Gesamtvergütungen im engeren Sinne dem "gerichtsfreien" Aushandlungsprozess zuzuordnen, sondern auch Verhandlungen über vergütungsbezogene Spielräume, die den regionalen Gesamtvertragspartnern unter dem - hier noch maßgeblichen - Regime bundesweiter Vorgaben für die Honorarverteilung (*§ 87b Abs 4 SGB V aF*) eröffnet waren. Der gerichtlichen Überprüfung unterliegt zwar, ob die in der Anlage 6 zum Teil F Abschnitt I des Beschlusses des BewA vom 26.3.2010 enthaltene Ermächtigung der regionalen Vertragspartner mit höherrangigem Recht vereinbar ist, nicht aber, ob die Vertragspartner hiervon Gebrauch machen.
- 22 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm §§ 154 ff VwGO. Danach hat der Kläger auch die Kosten des von ihm ohne Erfolg durchgeführten Rechtsmittels zu tragen (*§ 154 Abs 2 VwGO*).
- 23 Die Festsetzung des Streitwerts entspricht der Festsetzung der Vorinstanz vom 25.2.2015, die von keinem der Beteiligten in Frage gestellt worden ist (*§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 2, § 47 Abs 1 und 3 GKG*).

