

## **B 6 KA 24/11 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

6  
1. Instanz  
SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen  
S 11 KA 284/06

Datum  
17.06.2009

2. Instanz  
Sächsisches LSG  
Aktenzeichen

L 1 KA 30/09  
Datum

23.02.2011

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

B 6 KA 24/11 R  
Datum

09.05.2012

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Ein Vergütungsmodell, das sich an den Abrechnungswerten der einzelnen Praxis in einem Referenzzeitraum und nicht am durchschnittlichen Abrechnungsverhalten einer bestimmten Arztgruppe orientiert, entspricht weder den gesetzlichen Vorgaben für arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina noch der vom Bewertungsausschuss geschaffenen Übergangsvorschrift.
2. Der Bewertungsausschuss hat bei der Bewertung der neurologischen Leistungen im EBM-Ä 2005 seinen Gestaltungsspielraum nicht überschritten.

Die Revisionen der Klägerin und der Beklagten gegen das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 23. Februar 2011 werden zurückgewiesen. Von den Kosten des Revisionsverfahrens tragen die Klägerin 1/10 und die Beklagte 9/10.

Gründe:

I

1

Umstritten ist die Höhe vertragsärztlichen Honorars für das Quartal IV/2005.

2

Die Klägerin nimmt als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie in D. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten sah ab dem Quartal III/2003 die Zuteilung eines persönlichen Punktmengenvolumens (PMV) vor, das auf der im Bemessungszeitraum vom Quartal III/2001 bis zum Quartal II/2002 abgerechneten und anerkannten Punktmenge beruhte. Ab dem Quartal II/2005 wurden die PMV durch Regelleistungsvolumina (RLV) ersetzt. Grundlage für die Bestimmung der RLV bildeten die zum 31.3.2005 gültigen PMV. Diese wurden mit einem arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktor multipliziert und ergaben das neue RLV. Die innerhalb des RLV geltend gemachte Punktmenge wurde mit einem einheitlichen Punktwert von 4 Cent im hausärztlichen und von 3,75 Cent im fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet. Die das RLV überschreitende Punktmenge wurde mit dem jeweiligen Restpunktwert vergütet, der bei den Hausärzten und den fachärztlichen Honorargruppen 0,1 Cent nicht übersteigen durfte.

3

Der Klägerin war zum 31.3.2005 ein PMV von 1 245 200,9 Punkten zugewiesen. Die Beklagte setzte mit Honorarbescheid vom 25.4.2006 das Honorar der Klägerin für das Quartal IV/2005 bei einer Gesamtfallzahl von 1136 und einer Gesamtpunktzahl von 1 208 800 Punkten sowie unter Zugrundelegung eines RLV von 876 621,4 Punkten auf 34 079,62 Euro fest. Den Widerspruch hiergegen wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 19.7.2006 zurück. Die der Honorarverteilung zugrunde liegenden Regelungen zu den RLV seien mit höherrangigem Recht vereinbar.

4

Das SG hat mit Urteil vom 17.6.2009 die Klage abgewiesen. Die HVM-Regelungen seien von der Öffnungsklausel in Teil III. Nr 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses (BewA) vom 29.10.2004 gedeckt. Die zum Quartal II/2005 eingeführten RLV stellten als Modifizierungen der bis zum Quartal I/2005 geltenden PMV die Fortführung eines vorhandenen Steuerungsinstrumentes dar. Beide seien in

ihren Auswirkungen auch vergleichbar, weil für die abrechenbare Punktmenge ein fester Punktwert festgelegt worden sei und dieses Punktzahlvolumen aufgrund seiner Berechnung aus dem bis zum Quartal I/2005 geltenden PMV und dem Anpassungsfaktor eine arztgruppenspezifische Komponente enthalte. Der Klägerin stehe auch nicht deshalb höheres Honorar zu, weil die Nummern 16310 bis 16322 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) 2005 höher hätten bewertet werden müssen.

5

Das LSG hat auf die Berufung der Klägerin das Urteil des SG geändert und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides verpflichtet, über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal IV/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Im Übrigen - hinsichtlich der Bewertung der Gebührenordnungspositionen - hat es die Berufung zurückgewiesen. Der im streitigen Zeitraum geltende HVM entspreche nicht dem Beschluss des BewA vom 29.10.2004. Zwar sehe er eine Vergütung der innerhalb des RLV geltend gemachten Punktmenge mit festen Punktwerten vor. Er weiche jedoch bei der Bestimmung des RLV vollständig vom Beschluss des BewA ab, wonach sich die Höhe des RLV aus der Multiplikation der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl und der Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal ergebe. Dagegen bilde die Grundlage für die Bestimmung des RLV nach dem HVM der Beklagten das zum 31.3.2005 gültige PMV, das wiederum auf der in einem Bemessungszeitraum abgerechneten und anerkannten Punktmenge der jeweiligen Praxis beruhe. Nur bei Jungärzten und bei unterdurchschnittlich abrechnenden Altärzten seien die durchschnittlichen RLV von Bedeutung. Die arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktoren dienten der Gewährleistung des einheitlichen Regelleistungspunktwertes und spiegelten daher in erster Linie die zuvor bestehenden Punktwertdifferenzen zwischen den einzelnen Honorargruppen wider.

6

Die Beklagte könne sich auch nicht auf die Öffnungsklausel in Teil III. Nr 2.2 des Beschlusses des BewA berufen. Zwar werde im Sinne dieses Beschlusses ein bereits vorhandenes Steuerungsinstrument fortgeführt. Dieses Steuerungsinstrument sei in seinen Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) jedoch nicht vergleichbar. Das BSG habe bereits entschieden, dass Individualbudgets, deren Bestimmung für jede Arztpraxis nach deren individuellen Gegebenheiten festgelegt würden, ein grundlegend anderes Steuerungsinstrument seien als RLV, die das typische Leistungsgeschehen innerhalb einer Arztgruppe zum Maßstab nähmen. Der hier anzuwendende Anpassungsfaktor sei zwar arztgruppenspezifisch, dies sei jedoch nur der Anpassung der Punktwertunterschiede zwischen den Honorargruppen geschuldet. Es genüge auch nicht, dass in dem für die Bestimmung der PMV maßgeblichen Bemessungszeitraum arztgruppenspezifische Festlegungen in Form von Praxisbudgets gegolten hätten, die den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) vergleichbar gewesen seien. Der HVM ordne nicht die weitere Anwendung der Regelung über die Praxisbudgets an, sondern ziehe nur die auf ihrer Grundlage in einem vergangenen Zeitraum abgerechneten und vergüteten Punktzahlen zur Bestimmung der PMV und damit der RLV heran. Das durchschnittliche RLV der Vergleichsgruppe habe nur Bedeutung, wenn es um Jungärzte bis zum Erreichen einer Niederlassungsdauer von 16 Quartalen oder um Altärzte mit unterdurchschnittlichem RLV gehe. Die Regelungen könnten auch nicht unter dem Gesichtspunkt von Anfangs- und Erprobungsregelung Bestand haben, weil sie schon von ihrer Struktur her mit höherrangigen Vorgaben nicht übereinstimmten. Schließlich lasse sich die Honorarverteilungsregelung auch nicht als Vorkehrung gegen existenzbedrohende Honorarminderungen infolge der Umstellung des Vergütungssystems rechtfertigen.

7

Die Einwände der Klägerin gegen die Rechtmäßigkeit der Bewertungsansätze für die Leistungen nach den Nr 16310 bis 16322 EBM-Ä 2005 seien hingegen nicht durchgreifend. Der BewA sei seiner Beobachtungs- und ggf Nachbesserungspflicht nachgekommen. Grundlage der Bewertung der Leistungen nach den Nr 16310 bis 16322 EBM-Ä 2005 sei das Praxisbetriebsmodell Neurologie in der EBM-Praxiskostenstudie 2000 der MediTrust AG vom 30.10.2000 gewesen. Der dagegen geäußerten Kritik sei der BewA nachgegangen. Nachdem mehrere Gutachten die Validität der Daten für die Neurologen in Zweifel gezogen hätten, habe die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) eine Datennacherhebung veranlasst, deren Ergebnisse die Prime Networks AG im Oktober 2007 vorgelegt habe. Diese Erhebung habe dazu geführt, dass der BewA die Leistungen nach den Nr 16310 bis 16322 EBM-Ä 2005 zum 1.1.2008 höher bewertet habe. Zu einer rückwirkenden Neubewertung sei der BewA nicht verpflichtet gewesen. Die vom BewA ursprünglich herangezogenen Daten seien zwar von geringer Validität, jedoch nicht unbrauchbar gewesen. Es gelte insofern nichts anderes als für die Festlegung der bundesdurchschnittlichen Praxiskostensätze für die Berechnung der Praxisbudgets, zu denen das BSG entschieden habe, dass die exakte Ermittlung der Kosten bei den verschiedenen Arztgruppen faktisch nicht möglich sei und es sich um Näherungswerte handle, die aufgrund einer Bewertung der zur Verfügung stehenden Daten festgelegt würden. Ausgehend davon seien die mit der geringen Validität der Datenbasis verbundenen Bewertungsunschärfen hinnehmbar, zumal den betroffenen Gebührenordnungspositionen kein erhebliches Gewicht zukomme. Bei der Klägerin hätten die Leistungen im streitigen Quartal nur 3,7 % der Gesamtpunktzahl, nämlich 45 325 von 1 208 800 Punkten ausgemacht.

8

Hiergegen richten sich die Revisionen der Klägerin und der Beklagten. Die Beklagte trägt vor, es handle sich entgegen der Auffassung des LSG bei den streitigen Regelungen des HVM um ein im Sinne des Beschlusses des BewA hinsichtlich der leistungssteuernden Wirkung den RLV vergleichbares Regelungsinstrument. Die Partner des Honorarverteilungsvertrages hätten ein Konzept gewählt, nach dem eine praxisindividuelle Abrechnungsmenge aus einem Referenzzeitraum mit festen arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktoren multipliziert werde, um so zu praxisindividuellen Grenzwerten zu gelangen, die unter den Bedingungen eines einheitlichen festen Punktwertes der Begrenztheit in den arztgruppenspezifischen Honorarfonds ebenso Rechnung trage, wie dem Umfang der individuellen Praxisausrichtung anhand des Referenzzeitraums. Die Honorarverteilung enthalte hinreichende arztgruppenspezifische Elemente, deren Auswirkungen mit den Regelungen in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar seien. Auch die Vergütung der das RLV überschreitenden Leistungsmenge mit einem Restleistungspunktwert, der 0,1 Cent nicht übersteigen dürfe, stehe nicht im Widerspruch zu der nach [§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V](#) vorzusehenden Punktwertabstaffelung.

9

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 23.2.2011 aufzuheben, soweit es der Berufung stattgegeben hat, und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 17.6.2009 sowie die Revision der Klägerin

zurückzuweisen.

10

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 23.2.2011, soweit es die Berufung zurückgewiesen hat, und das Urteil des SG Dresden vom 17.6.2009 aufzuheben sowie die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 25.4.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.7.2006 zu verpflichten, ihre Honoraransprüche für das Quartal IV/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts und unter Berücksichtigung der ab dem 1.1.2008 erfolgten Bewertung der Gebührenordnungsnummern 16310, 16311, 16320, 16321 und 16322 EBM-Ä 2005 neu festzusetzen sowie die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

11

Sie trägt vor, die Gruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater habe im streitigen Quartal einen durchschnittlichen Honorarumsatz von 31 859 Euro erreicht und damit deutlich unter dem durchschnittlichen Honorarumsatz der anderen Facharztgruppen von 51 656 Euro gelegen. Ein nicht unwesentlicher Grund für diese im Verhältnis zu anderen Facharztgruppen niedrige Vergütung sei die unzureichende Vergütung der Gebührenordnungspositionen (GOP) 16310, 16311, 16320, 16321 und 16322 EBM-Ä 2005. Zum 1.1.2008 habe der BewA die Bewertung dieser GOP um 17,4 %, 10,3 %, 16,4 %, 15,5 % und 19,5 % angehoben. Die Leistungen hätten aber schon im streitigen Quartal höher bewertet werden müssen. Für den BewA sei schon vor Erlass des EBM-Ä 2005 erkennbar gewesen, dass nur unzureichendes Datenmaterial für die Bewertung neurologischer Leistungen zur Verfügung gestanden habe. Es hätte sich angesichts des eingeschränkten Datenmaterials aufgedrängt, für die Neurologen Zusatzerhebungen durchzuführen. Das gelte umso mehr, als die Daten unterschiedlich gewichtet worden und gerade den - für Neurologen nicht vorhandenen - Daten des Statistischen Bundesamtes besondere Bedeutung beigemessen worden sei.

II

12

Die Revisionen der Klägerin und der Beklagten sind nicht begründet.

13

1. Das LSG hat die Beklagte zu Recht zur erneuten Entscheidung über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal IV/2005 verpflichtet. Dem Honorarbescheid fehlt es an einer wirksamen Rechtsgrundlage. Die Honorarverteilungsregelungen, auf deren Grundlage der Honorarbescheid erging, verstoßen gegen höherrangiges Recht. Die "Vereinbarung des HVM" (im Folgenden: HVM) vom 14.4.2005 (angepasst durch die Vereinbarung des HVM vom 19.5.2006) für die Zeit ab dem 1.4.2005 entsprachen nicht den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#). Sie erfüllten auch nicht die Voraussetzungen der Übergangsregelung in Teil III. Nr 2.2 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 (DÄ 2004, A 3129).

14

a. Die Regelungen des HVM waren nicht mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) (idF des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#))) vereinbar, wie das LSG zutreffend dargelegt hat.

15

aa. Nach [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF 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 zwei Vorgaben, nämlich die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und fester Punktwerte; gemäß [§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V](#) aF kam hinzu, dass für die darüber hinausgehenden Leistungsmengen abgestaffelte Punktwerte vorzusehen sind ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 14; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 40; BSG Urteil vom 14.12.2011 - [B 6 KA 6/11 R](#) - SozR 4-2500 § 85 RdNr 68 RdNr 18).

16

Das Erfordernis der Festlegung fester Punktwerte (anstelle sog floatender Punktwerte) stellte nach der Rechtsprechung des Senats eine zentrale und strikte Vorgabe dar ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 40; Urteil vom 14.12.2011 - [B 6 KA 6/11 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 19). Nicht im selben Maße strikt war die Vorgabe der Festlegung "arztgruppenspezifischer Grenzwerte": Dies musste nicht als arztgruppen"einheitliche" Festlegung ausgelegt werden in dem Sinne, dass der gesamten Arztgruppe dieselben RLV zugewiesen werden müssten. Vielmehr konnte dem Erfordernis arztgruppenspezifischer Grenzwerte auch eine Regelung genügen, die eine arztgruppeneinheitliche Festlegung nur bei den Fallpunktzahlen vorgab, dann deren Multiplikation mit den individuellen Behandlungsfallzahlen vorsah und so zu praxisindividuellen Grenzwerten führte ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 15). Die zentrale Bedeutung der Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) aF hatte der Gesetzgeber dadurch zusätzlich deutlich gemacht, dass er die bis dahin bestehenden bloßen Soll- und Kann-Vorschriften (Satz 6: "soll sicherstellen" und Satz 7: "Insbesondere kann" sowie Satz 8: "kann") mit Wirkung ab 1.1.2004 zu verbindlichen Regelungen umgestaltet hatte ("hat vorzusehen" und "sind festzulegen" sowie "ist vorzusehen"). Diese Änderung wurde in den Begründungen zum Gesetzentwurf auch ausdrücklich hervorgehoben ([BT-Drucks 15/1170 S 79](#) und [BT-Drucks 15/1525 S 101](#)). Die Formulierung "insbesondere" in [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) relativierte die Verbindlichkeit nicht etwa im Sinne eines lediglich möglichen Regelungsinhalts; wie der Kontext ergab, wurde damit vielmehr die Notwendigkeit solcher Festlegungen nochmals hervorgehoben und zugleich klargestellt, dass darüber hinaus auch noch weitere Steuerungsinstrumente vorgesehen werden konnten, die allerdings das System aus RLV und abgestaffelten Punktwerten nicht schwächen, sondern nur ergänzen durften (BSG aaO RdNr 15 aE).

17

bb. Von dem Element des [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF der arztgruppenspezifischen Grenzwerte (im Sinne eines RLV) wichen die Vereinbarungen zur Honorarverteilung ab, die die Beklagte und die Verbände der Krankenkassen mit Wirkung ab dem 1.4.2005 getroffen hatten.

18

Der HVM sah nach den maßgeblichen Feststellungen des LSG (vgl. [§ 162 SGG](#) und dazu BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 28](#) RdNr 27 mwN) in § 7 Abs 1 (in der bis zum 31.12.2005 geltenden Fassung vom 14.4.2005) für niedergelassene Ärzte, MVZ sowie Ärzte in Einrichtungen nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) die Zuweisung eines persönlichen RLV vor. Grundlage zur Bestimmung der RLV bildeten nach § 7 Abs 2 HVM die zum 31.3.2005 gültigen Punktmengenvolumen, die aufgrund der Honorarverteilungsmaßstäbe im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) Sachsen ab der Fassung vom 11.6.2003 bis zur Fassung vom 23.12.2004 ermittelt worden waren. Nach § 7 Abs 1 des HVM vom 11.6.2003 bestimmte sich das PMV je Quartal für im Bemessungszeitraum der Praxisbudgetierung unterliegende Ärzte nach 90 %, für nicht der Praxisbudgetierung unterliegende Ärzte nach 75 % der von der jeweiligen Praxis im Quartalsdurchschnitt des Bemessungszeitraums vom Quartal III/2001 bis II/2002 abgerechneten und anerkannten Punktmenge. Diese Regelung galt grundsätzlich für alle der Leistungssteuerung auf der Grundlage von PMV unterliegenden Ärzte, die am 1.7.2001 seit mindestens zwölf Quartalen niedergelassen waren. Ein Zuwachs bis zum durchschnittlichen PMV der Vergleichsgruppe wurde Altärzten mit unterdurchschnittlichem PMV sowie den Ärzten zugebilligt, die im Bereich der Beklagten weniger als zwölf Quartale niedergelassen waren oder sich zwischen dem 1.7.2001 und dem 30.6.2003 niedergelassen hatten. Ähnliche Regelungen finden sich in den für das streitige Quartal geltenden HVM. Auf die nach § 7 Abs 2 HVM ermittelten PMV wurden nach § 7 Abs 3 HVM idF vom 14.4.2005 die in der Anlage 2 (§ 1 Abs 8 HVM vom 19.5.2006: Anlage 2a) zum HVM (Vergleichsgruppenbildung für Fachgruppen der KÄV Sachsen) ausgewiesenen Anpassungsfaktoren, die auf Grundlage der Anlage 4 (Grundzüge der Finanzplanung) unter Berücksichtigung eines Sicherheitsabschlages von 5 vH (nach Anlage 4 Buchst f wegen zu erwartender Mehrausgaben durch Neuzulassungen, Zuwachsmöglichkeiten der RLV, den psychotherapeutischen Leistungsbereich, Interventionsregelungen und finanzielle Schwankungen ua der Gesamtvergütungen) ermittelt wurden, angewandt und ergaben das neue RLV. In der Anlage 2 bzw 2a HVM war das durchschnittliche PMV der Vergleichsgruppe ausgewiesen (für die Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie 1 097 999,3 (HVM 14.4.2005) bzw 1 097 997,8 (HVM 19.5.2006)), der Transformationsfaktor auf den EBM-Ä 2005 zur Information und der Anpassungsfaktor auf den Punktwert von 4 Cent für den hausärztlichen und 3,75 Cent für den fachärztlichen Bereich einschließlich des Transformationsfaktors und des 5 %igen Sicherheitsabschlages. Für die Fachgruppe der Klägerin ergab sich ein Anpassungsfaktor von 0,6871 (HVM 14.4.2005) bzw 0,7040 (HVM 19.5.2006). Hieraus folgte wiederum ein durchschnittliches RLV der Vergleichsgruppe von 754 435,3 bzw 772 990,5. Die über das RLV hinausgehenden Leistungen wurden nach § 5 Abs 8 Buchst c HVM maximal mit einem Punktwert von 0,1 Cent vergütet.

19

Damit sah der HVM nicht, wie in [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) vorgeschrieben, arztgruppenspezifische Grenzwerte vor, sondern RLV, die aus den individuellen PMV früherer Abrechnungszeiträume resultierten. Ob der HVM dieselben Ziele wie die Regelung in [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) verfolgt, ist nicht maßgeblich. Allein eine möglicherweise gleichwertige Zielsetzung kann nicht den Mangel ausgleichen, dass es an den nach dem Wortlaut des [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) erforderlichen Regelungen arztgruppenspezifischer Grenzwerte fehlt (s schon [BSGE 106, 56](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 54](#), RdNr 18).

20

b. Die Bestimmungen des HVM können auch nicht aufgrund der Übergangsregelung in Teil III. Nr 2.2 des Beschlusses des BewA zur Festlegung von RLV durch die KÄVen gemäß [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vom 29.10.2004 Geltung beanspruchen. Zwar ist diese Übergangsregelung dem Grunde nach von der Ermächtigung des [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) iVm Abs 4 Satz 4 bis 8 SGB V gedeckt und somit wirksam (s hierzu [BSGE 106, 56](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 54](#), RdNr 20 ff), doch werden die dort festgelegten Voraussetzungen - Fortführung von Steuerungsinstrumenten, die mit der gesetzlichen Regelung in ihren Auswirkungen vergleichbar sind - nicht erfüllt.

21

aa. Das LSG hat zutreffend ausgeführt, dass es allerdings - anders als in dem vom Senat mit Urteil vom 17.3.2010 ([BSGE 106, 56](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 54](#)) entschiedenen Fall - nicht bereits an einer Fortführung bisheriger Steuerungsinstrumente in dem Sinne fehlt, dass etwaige Änderungen nicht von den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) wegführen dürfen (BSG aaO RdNr 22, 25). Nach den Feststellungen des LSG haben die Vertragspartner den bis zum 31.3.2005 geltenden HVM im Grundsatz nicht verändert, sondern lediglich modifiziert bzw nicht systemrelevant ergänzt. Der Senat hat im Urteil vom 14.12.2011 ([B 6 KA 6/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 68](#) RdNr 24) entschieden, dass einzelne Änderungen des HVM der Annahme einer "Fortführung" nicht entgegenstehen, sofern die wesentlichen Grundzüge des Steuerungsinstruments unverändert bleiben.

22

bb. Nach dem Inhalt der maßgeblichen Regelungen des HVM ist - wie das Berufungsgericht zutreffend festgestellt hat - jedoch nicht erkennbar, dass der fortgeführte HVM den Anforderungen der Übergangsregelung entsprach. Nach Teil III. Nr 2.2 Beschluss des BewA vom 29.10.2004 konnten in einer KÄV zum 31.3.2005 bereits vorhandene Steuerungsinstrumente im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene für eine Übergangszeit fortgeführt werden, wenn sie "in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar sind". Die Auswirkungen der hier fortgeführten Steuerungsinstrumente waren jedoch nicht mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar.

23

Das in der Übergangsregelung normierte Tatbestandsmerkmal der "vergleichbaren Auswirkungen" bedarf der Auslegung bzw

Konkretisierung. Der Senat hat in seiner Entscheidung vom 14.12.2011 ([B 6 KA 6/11 R](#) - SozR 4-2500 § 85 RdNr 68 RdNr 28) insofern auf sein Urteil vom 17.3.2010 verwiesen ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 21): "Welches Maß an Gestaltungsfreiheit dem BewA zukommt, ist nach der Wesensart der Ermächtigungsvorschrift des [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) letzter Teilsatz SGB V und der ihr zugrunde liegenden Zielsetzung zu bestimmen. Sinn dieser Ermächtigung war und ist 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](#) vorzeichnet. Bei der Auslegung der Ermächtigung ist zu berücksichtigen, dass es unter dem Gesichtspunkt des Interesses der Ärzte an einer Kontinuität des Honorierungsumfangs und aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität problematisch gewesen wäre, eine sofortige volle Übereinstimmung mit den Vorgaben des [§ 85 SGB V](#) erreichen zu wollen. Vielmehr ist es bei solchen Anpassungen sachgerecht, eine nur allmähliche Anpassung genügen zu lassen und übergangsweise noch Abweichungen zu tolerieren. Nicht hinnehmbar wäre es indessen, zu gestatten, 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](#) entfernt." Der Senat hat in dieser Entscheidung weiter dargelegt, dass die Übergangsvorschrift in Teil III. Nr 2.2 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 diesen Anforderungen bei ermächtigungskonformer Auslegung gerecht wurde und es nach dem Wortlaut der Ermächtigungsvorschrift gestattet war, dass bisherige Steuerungsinstrumente, deren Auswirkungen mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) af vergleichbar sind, fortgeführt werden ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 22).

24

Ausgeschlossen hat der Senat in seiner Entscheidung vom 14.12.2011 eine Auslegung der Übergangsvorschrift, die faktisch zu einer vollständigen Suspendierung der gesetzlichen Vorgaben führen würde ([B 6 KA 6/11 R](#) - SozR 4-2500 § 85 RdNr 68 RdNr 29). Bereits der Wortlaut der in [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) letzter Teilsatz SGB V getroffenen Regelung zielt, so der Senat weiter, auf eine Inhaltsbestimmung im Sinne einer "Konkretisierung" und nicht einer (auch nicht vorübergehenden) "Suspendierung" der gesetzlichen Vorgaben ab. Dies gelte umso mehr, als dem Wortlaut der in [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) in ihren Grundzügen vorgegebenen Regelungen, deren Inhalt der BewA zu bestimmen habe, nur bei eher weiter Auslegung entnommen werden könne, dass auch die Normierung von Übergangsregelungen vorgesehen sei. 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 dürfe, sei nicht erkennbar. Auch der dem BewA zustehende Gestaltungsspielraum (vgl hierzu [BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 26 ua) berechtigte diesen nicht dazu, gesetzliche Regelungen faktisch weitgehend leerlaufen zu lassen, da ein Gestaltungsspielraum untergesetzlicher Normgeber nur innerhalb der ihnen erteilten Normsetzungsermächtigung bestehe. Nichts anderes gelte schließlich für die Aussage des Senats, dass dem BewA das Recht zuzugestehen ist, eine allmähliche Anpassung an die Vorgaben des [§ 85 SGB V](#) genügen zu lassen und übergangsweise noch Abweichungen zu tolerieren (vgl [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 21; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 52). Ziel der zulässigen Übergangsregelung sei nämlich die "Annäherung" an die Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 22). Dies setze entweder voraus, dass die zu prüfende Honorarverteilungsregelung dem gesetzlichen Ziel deutlich näher stehe als die Vorgängerregelung, oder, dass die Regelung bereits - ohne dass es einer Änderung bedurft hätte - eine ausreichende Nähe zu den gesetzlichen Vorgaben besitze.

25

Der Senat ist auch der Auffassung entgegengetreten, vergleichbare Zielsetzungen stünden "vergleichbaren Auswirkungen" gleich ([B 6 KA 6/11 R](#) - SozR 4-2500 § 85 RdNr 68 RdNr 31). Zum einen stelle die Übergangsregelung nach ihrem klaren Wortlaut nicht auf vergleichbare Ziele, sondern auf vergleichbare Auswirkungen ab. Zum anderen stehe einer maßgeblichen Berücksichtigung vergleichbarer Zielsetzungen entgegen, dass die Ziele der hier in Rede stehenden gesetzlichen Regelung derart allgemein gefasst seien, dass sie den Intentionen einer Vielzahl anderer Regelungen entsprächen. Durch die Vorgabe von RLV solle erreicht werden, dass die von den (Vertrags-)Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet würden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen gegeben werde; durch die Vergütung der den Grenzwert überschreitenden Leistungen mit abgestaffelten Punktwerten solle zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen und zum anderen der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Leistungsausweitung begrenzt werden (vgl Begründung zum Gesetzentwurf GMG, [BT-Drucks 15/1525 S 101](#) zu Art 1 Nr 64 Buchst h Doppelbuchst cc = [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#); dies entspricht im Wesentlichen der ursprünglichen Begründung bei Einfügung der Norm durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG), vgl Ausschussbericht zum GKV-SolG, [BT-Drucks 14/157 S 34](#) zu Art 1 Nr 13 Buchst b Doppelbuchst cc).

26

Das Ziel, den Vertragsärzten Kalkulationssicherheit zu geben, charakterisiere (und rechtfertige) jedoch unter der Geltung einer Budgetierung der Gesamtvergütungen jegliche Form von Honorarbegrenzungsregelungen ([B 6 KA 6/11 R](#) - SozR 4-2500 § 85 RdNr 68 RdNr 32 unter Hinweis auf Rechtsprechung zu Honorarbegrenzungsregelungen, etwa zu Individualbudgets: [BSGE 83, 52](#), 56 = SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 205; [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), RdNr 11; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 29; zu Praxisbudgets: [BSGE 86, 16](#), 17 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 116 sowie BSG Urteil vom 8.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 61 RdNr 26; zu Teilbudgets: BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 20; zu Fallzahlzuwachs-Begrenzungsregelungen: [BSGE 89, 173](#), 182 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 45](#) S 378; zu progressiven Honorareinbehalten: BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 28](#) RdNr 14; zu Richtgrößen und Umsatzregelungen: [BSGE 96, 1](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 22](#), RdNr 28 ff; zur Vorgabe gleich hoher Budgets für alle (Zahn-)Ärzte: [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 23](#), RdNr 24). Würde man daher (allein) auf eine vergleichbare Zielsetzung abstellen, hätte die vom BewA geschaffene Übergangsregelung eine (nahezu) uneingeschränkte Fortführung vorhandener Steuerungsinstrumente in den Honorarverteilungsregelungen ermöglicht.

27

Die somit allein als Prüfungs- bzw Vergleichsmaßstab heranzuziehenden konkreten "Auswirkungen" der honorarbegrenzenden Regelungen der HVM der Beklagten waren mit den "Auswirkungen" der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V af nicht vergleichbar. Wesentliche "Auswirkung" der gesetzlichen Regelung war, dass ein arztgruppenspezifisch definiertes RLV gebildet wurde, innerhalb dessen die erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet wurden. An einer hinreichenden Vergleichbarkeit der "Auswirkungen" fehlt es in Bezug auf den vorliegend maßgeblichen HVM schon deswegen, weil dort der Grenzwert bzw das Vergütungsvolumen nicht anhand arztgruppenspezifischer (Durchschnitts-)Werte bestimmt wird, sondern ihm - im Sinne eines klassischen Individualbudgets - arztindividuelle



Werte aus vorangegangenen Vergütungszeiträumen zugrunde lagen. [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF setzte jedoch ein RLV voraus, das auf arztgruppendurchschnittlichen Werten beruhen musste; diesem strukturell vergleichbare Auswirkungen haben nur Grenzwerte, die ebenfalls auf Durchschnittswerten beruhen. Dies ist eine Mindestvoraussetzung der Vergleichbarkeit; ihr Fehlen führt, wie der Senat bereits in seinen Urteilen vom 14.12.2011 entschieden hat, zur Rechtswidrigkeit einer HVM-Regelung.

28

Der Senat hat ausgeführt (aaO RdNr 36), der Gesetzgeber sei mit der Vorgabe arztgruppenspezifischer Grenzwerte erkennbar von der in den KÄVen weit verbreiteten und von der Rechtsprechung grundsätzlich gebilligten Praxis abgewichen, Honorarbegrenzungsregelungen in Form von Individualbudgets zu normieren. Dass es sich bei der arztgruppenbezogenen Bestimmung des Grenzwerts bzw des Vergütungsvolumens um eine grundlegende Richtungsentscheidung des Gesetzgebers handele, zeige sich zudem daran, dass auch für die vom 1.1.2009 bis 31.12.2011 geltenden RLV die Werte nach Arztgruppen festzulegen waren ([§ 87b Abs 3 Satz 1 SGB V](#)). Arztgruppenspezifische Werte lägen weiterhin den Richtgrößen im Arzneimittelbereich (vgl [§ 84 Abs 6 Satz 1 SGB V](#)) und letztlich auch der Degressionsregelung im vertragszahnärztlichen Bereich (vgl [§ 85 Abs 4b Satz 1 SGB V](#)) zugrunde.

29

Hinzu komme, dass es für die vom Gesetzgeber mit der Einführung von RLV - neben dem Aspekt der Kalkulationssicherheit - verfolgten Ziele der Berücksichtigung von Kostendegression und Mengenbegrenzung sehr wohl von Bedeutung sei, anhand welcher Kriterien der maßgebliche Grenzwert bzw das "privilegierte" Vergütungsvolumen bestimmt werde. Durch die Vergütung der den Grenzwert überschreitenden Leistungen mit abgestaffelten Punktwerten und damit im Ergebnis schon durch die Bestimmung des hierfür maßgeblichen Grenzwerts solle zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen und zum anderen der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Leistungsausweitung begrenzt werden (vgl Begründung zum Gesetzentwurf-GMG, [BT-Drucks 15/1525 S 101](#) zu Art 1 Nr 64 Buchst h Doppelbuchst cc = [§ 85 SGB V](#)). Im Hinblick auf diese Ziele sei es bedeutsam, ob zur Bestimmung des "privilegierten" Vergütungsvolumens arztgruppenspezifische Durchschnittswerte herangezogen werden oder ob diesem das ggf "übermäßige" individuelle Abrechnungsverhalten des Vertragsarztes in der Vergangenheit zugrunde gelegt werde. Es liege auf der Hand, dass sich das Ziel einer Mengenbegrenzung sachgerechter anhand von arztgruppenspezifischen Durchschnittswerten als durch eine Fortschreibung vorhandener Besitzstände erreichen lasse. Zu berücksichtigen sei schließlich, dass Durchschnittswerte den Versorgungsbedarf der Versicherten zuverlässiger widerspiegeln würden als arztindividuelle Werte (aaO RdNr 37).

30

Der Senat hat bereits mit Urteil vom 3.2.2010 eine auf der Grundlage praxisindividueller Punktzahl-Obergrenzen geregelte Honorarverteilung als eine Regelungsstruktur bezeichnet, deren Auswirkungen nicht mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar seien (vgl [BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 23). Auch in seinen Urteilen vom 18.8.2010 (SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 39 ua) hat er ausgeführt, dass ohne normative Grundlage die ggf mit der Einführung von RLV für die Vertragsärzte verbundenen Vorteile nicht so begrenzt werden dürften, dass anstelle der RLV faktisch praxisindividuelle Budgets - bezogen auf die von den einzelnen Praxen im Referenzquartal erreichten Vergütungen - zur Anwendung kommen; konkret hat der Senat beanstandet, dass ungeachtet formal bestehender RLV mit festen Punktwerten als Folge einer korrigierenden Ausgleichsregelung die abgerechneten Leistungen in einer Form vergütet wurden, die einem praxisindividuellen Individualbudget weitgehend vergleichbar waren (aaO RdNr 42).

31

An der arztindividuellen Bezogenheit der RLV nach dem HVM der Beklagten ändert auch der Umstand nichts, dass das individuelle RLV durch die Multiplikation mit dem einheitlichen Anpassungsfaktor der Arztgruppe reduziert wurde. Der arztgruppenspezifische Anpassungsfaktor modifizierte lediglich die individuellen RLV, ohne dass dadurch die grundsätzliche Bindung an das individuelle Leistungsvolumen im Referenzzeitraum aufgehoben wurde. Das LSG hat auch zu Recht ausgeführt, dass das in der Anlage 2 bzw 2a des HVM ausgewiesene durchschnittliche RLV der Vergleichsgruppe nur eine Rolle für die Fälle spielte, in denen Zuwachsmöglichkeiten eröffnet werden etwa für "Jungärzte" oder "Altärzte" mit unterdurchschnittlichem PMV oder bei dem Neueintritt eines Arztes in eine Gemeinschaftspraxis. Eine generelle Anbindung an den Vergleichsgruppendurchschnitt bestand nicht. Der Anpassungsfaktor diene vielmehr allein der Anpassung der Leistungsmenge zur Gewährleistung eines einheitlichen Regelleistungspunktwertes, wie dies in der Anlage 4 Buchst e HVM ausdrücklich formuliert ist. Zuzustimmen ist dem LSG auch, dass das Bestehen von Praxisbudgets im Bemessungszeitraum den PMV noch nicht den Charakter einer arztgruppenspezifischen Festlegung gibt.

32

cc. Da bereits die arztindividuelle Bezogenheit des Vergütungsvolumens im HVM einer Vergleichbarkeit der Auswirkungen entgegensteht, bedarf es keiner abschließenden Entscheidung, ob eine Vergleichbarkeit der Auswirkungen zumindest hinsichtlich der Vorgabe fester Punktwerte gegeben ist. Das ist jedenfalls nicht von vornherein ausgeschlossen.

33

Die HVM-Regelung setzte nicht beim Preis, sondern bei der Menge der mit festen Preisen vergüteten Leistungen an, indem sie für einen bestimmten Teil der erbrachten Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs einen festen Punktwert von 3,75 Cent garantierte. Zur Bildung des RLV wurde das individuelle PMV allerdings mit dem Anpassungsfaktor multipliziert und damit faktisch reduziert. Der in der Anlage 2 bzw 2a HVM geregelte Anpassungsfaktor entsprach einschließlich dem Transformationsfaktor auf den EBM-Ä 2005 und dem Sicherheitszuschlag von 5 % dem prozentualen Anteil der Leistungen der Fachgruppe, die tatsächlich aus den zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen mit einem Punktwert von 3,75 Cent vergütet werden können. Damit war für den Vertragsarzt kalkulierbar, für welche Leistungsmenge er mit welcher Vergütung rechnen konnte. Zwar ist die Festlegung "absolut" fester Punktwerte unter der Geltung einer gedeckelten Gesamtvergütung von vornherein ausgeschlossen. Bei gedeckelter Gesamtvergütung wird die Vorgabe fester Punktwerte nur dadurch ermöglicht, dass entweder die RLV bzw Grenzwerte so (niedrig) bemessen werden, dass die gezahlten Gesamtvergütungen

ausreichen, um alle erfassten Leistungen mit dem vorgesehenen Punktwert zu vergüten, oder dadurch, dass dies zu Lasten der "freien Leistungen" geht. So hat auch der Senat eingeräumt, dass ein gewisses Floaten der Punktwerte nicht zu vermeiden ist, das System der RLV bei begrenzter Gesamtvergütung vielmehr eine Quotierung voraussetze (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 61 RdNr 16). Die Regelungen des HVM der Beklagten gewährleisteten aber in diesem Rahmen für die Leistungen innerhalb des persönlichen RLV weitgehende Kalkulierbarkeit.

34

Ebenfalls keiner Entscheidung bedarf die Frage, ob die Festsetzung des Restleistungspunktwertes mangels einer an der Leistungsmenge orientierten Abstufung rechtswidrig war.

35

2. Auch die Revision der Klägerin ist unbegründet. Das LSG hat zu Recht die Bewertung der Nr 16310 bis 16322 EBM-Ä 2005 im streitigen Quartal nicht beanstandet.

36

Nach ständiger Rechtsprechung des Senats steht dem BewA als Normgeber bei der Erfüllung des ihm in [§ 87 Abs 1 SGB V](#) übertragenen Auftrags ein Gestaltungsspielraum zu, in den die Rechtsprechung nur in Ausnahmefällen korrigierend eingreifen darf (vgl [BSGE 106, 49](#) = SozR 4-2500 § 87 Nr 21 RdNr 14; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 86, jeweils mwN). Das LSG hat zu Recht die Rechtsprechung des Senats zu den Kostensätzen als Bemessungsfaktoren für die Praxisbudgets herangezogen (BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 14](#) RdNr 18; [BSGE 89, 259](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34](#)). Der Senat hat dort der Annahme widersprochen, es handele sich bei der Festsetzung von Kostensätzen um Tatsachenfeststellungen, die gerichtlich voll überprüfbar seien. Dem stehe schon entgegen, dass die exakte Ermittlung der Kosten bei den verschiedenen Arztgruppen faktisch nicht möglich sei. Angesichts der Bewertungen, von denen die Festsetzung abhängt, hat der Senat sie als Normsetzung qualifiziert, für die ein weiter Gestaltungsspielraum besteht. Überprüfbar ist die Festsetzung nach dieser Rechtsprechung darauf, ob sie frei von Willkür ist, dh ob der BewA für alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren ist und ob er sich in sachgerechter Weise an vorliegenden Berechnungen orientiert hat (vgl BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 14](#) RdNr 19).

37

Diese Grundsätze gelten auch für die Festsetzung der Kostensätze für die in den Nr 16310 bis 16322 EBM-Ä 2005 bewerteten Leistungen. Auch insofern waren vom BewA auf der Grundlage verschiedener Erhebungen die Kostensätze wertend zu ermitteln und in eine in sich konsistente komplexe Bewertungsstruktur einzupassen. Das gestaltete sich umso schwieriger, als es sich bei der Gruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater um eine in ihrem Leistungsspektrum äußerst inhomogene Gruppe handelt. Der BewA durfte sich zunächst auf die Praxiskostenstudie der MediTrust AG vom 30.10.2000 stützen. Auch die Klägerin stellt nicht in Frage, dass mit den Daten des Statistischen Bundesamtes, des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, der KPMG Deutsche Treuhand-Gesellschaft und der Schweizer Rollenden Kostenstudie (RoKo) grundsätzlich eine ausreichende Basis für die Bewertung von Kostensätzen bestand. Dass für die Gruppe der Nervenärzte nur Daten des Zentralinstituts und teilweise der RoKo vorlagen, hinderte eine Festsetzung durch den BewA nicht. Da auch für die von den Neurologen erbrachten Leistungen Kostensätze festzulegen und keine anderen Erkenntnisquellen vorhanden waren, durfte der BewA auf der unvollständigen Datenbasis entscheiden. Der Senat hat bereits zu den Kostensätzen für die Praxisbudgets entschieden, dass der BewA verfahrensrechtlich befugt ist, auf der Grundlage unvollkommener Erkenntnisse unter Inkaufnahme von Ungewissheiten Entscheidungen zu treffen ([BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 82). Im Übrigen waren die Neurologen nicht die einzige Arztgruppe, bei der für die Ausgestaltung des EBM-Ä 2005 nicht auf alle genannten Quellen zurückgegriffen werden konnte. Soweit die Klägerin geltend macht, bei allen anderen Gruppen, bei denen nicht alle 4 Quellen zur Verfügung gestanden hätten, seien Zusatzerhebungen durchgeführt worden, verpflichtete dies den BewA nicht, vor Erlass des EBM-Ä 2005 auch für die Neurologen Zusatzerhebungen anzustellen. Wie sich aus dem Bericht der tns Healthcare GmbH aus Februar 2006 zur Datenvalidierung des EBM-Ä 2005 ergibt, waren die vom BewA für andere Arztgruppen herangezogenen Zusatzerhebungen sämtlich nicht von ihm veranlasst, sondern gingen, wie bei den Anästhesisten und den Pathologen, auf Berufsverbände oder einzelne KÄVen, wie etwa bei den Hausärzten, zurück. Bei den Pathologen waren sie ebenso wie bei den Humangenetikern und den Mammographie-Screening-Einheiten die einzige überhaupt verfügbare Erkenntnisquelle. Im Fall der Nuklearmediziner wurden die Daten der Zusatzerhebung vom BewA letztlich überhaupt nicht berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund hielt sich der BewA noch innerhalb seines Gestaltungsspielraums als Normsetzer, wenn er von der Durchführung einer Zusatzerhebung zunächst absah und lediglich die vorhandenen Daten auswertete. Wie sich aus dem Gutachten der tns Healthcare GmbH aus Februar 2006 (S 122) ergibt, erfolgte bei der Fachgruppe der Klägerin eine Korrektur der Daten des Zentralinstituts über einen Vergleich der Gesamtkosten mit denen des Statistischen Bundesamtes. Hieraus ergab sich auch die von der Klägerin gerügte Abwertung der Daten des Zentralinstituts um 17,11 %, allerdings auch eine Erhöhung der RoKo-Daten um 14,52 %.

38

Der BewA hat auch die nach der Rechtsprechung des Senats bestehende Beobachtungs- und Reaktionspflicht nicht verletzt. Den Zweifeln an der Validität der Daten ist er zeitnah und in erforderlichem Umfang nachgegangen. Nachdem der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) ein eigenes Gutachten vorgelegt hatte, hat der BewA ein erneutes Gutachten bei der MediTrust AG auf der Grundlage der vom BVDN vorgelegten Zahlen in Auftrag gegeben. Dieses im Mai 2005 vorgelegte Gutachten ("Praxisbetriebsmodell Neurologie NEU") hat eine Abweichung von etwa 45 % gegenüber den bisherigen Annahmen ergeben, aber auch auf die geringe Repräsentativität der vorgelegten Daten hingewiesen (19 rein neurologische und 6 gemischt neurologisch und nervenärztlich tätige Praxen). Die tns Healthcare GmbH hat im Februar 2006 in ihrem Bericht zur Validität der Datengrundlagen des EBM-Ä 2005 bei den Neurologen eine Irrtumswahrscheinlichkeit der dem EBM-Ä 2005 zugrunde liegenden Stichprobengröße von 35 % festgestellt. Dass eine insgesamt unzureichende Datengrundlage für die Kostensätze der Leistungen vorhanden war, war mit einiger Sicherheit erst im Oktober 2006 festgestellt, als die tns Healthcare GmbH in ihrem Gutachten zur Beurteilung der Datenqualität des Praxisbetriebsmodells Neurologie "NEU" zu dem Ergebnis kam, dass weder die Datengrundlage der EBM-Praxiskostenstudie 2000 noch die vom BVDN vorgelegten Daten ausreichend aussagekräftig seien. Der BewA hat hierauf unverzüglich reagiert und eine Datennacherhebung veranlasst, deren Ergebnisse im Oktober 2007 vorlagen und die Grundlage für eine Neubewertung der Leistungen zum 1.1.2008 bildeten.

39

Zu einer rückwirkenden Änderung der Bewertung der streitigen Gebührenordnungspositionen war der BewA nicht verpflichtet. Der Senat hat dem BewA in seiner Entscheidung vom 15.5.2002 ([BSGE 89, 259](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34](#)) zwei Quartale für eine Überprüfung und zwei weitere Quartale für eine ggf erforderliche Neufestsetzung des Kostensatzes eingeräumt. Gemessen daran, hat der BewA auf die statistischen Erkenntnisse hinreichend zeitnah reagiert. Das SG hat zu Recht ausgeführt, dass selbst dann, wenn man auf das Gutachten der MediTrust AG aus Mai 2005 abstellt, jedenfalls für das hier streitige Quartal noch keine Korrekturverpflichtung bestand.

40

Schließlich hat das LSG auch zu Recht darauf hingewiesen, dass die potentiell unzureichende Kostenfestsetzung in erheblicher Weise nur die geringe Zahl der spezifisch neurologisch ausgerichteten Praxen betraf, zu der die Klägerin nicht gehörte. Zweifel hinsichtlich der Höhe der Kostensätze wurden gerade deshalb geäußert, weil eine Vermengung der Kosten für neurologische und psychiatrische Leistungen vermutet wurde. Dabei wurde vorausgesetzt, dass die Kosten für psychiatrische Leistungen niedriger waren. Da die Klägerin als Neurologin und Psychiaterin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, wäre sie von der kritisierten "Mischkalkulation" von vornherein nicht negativ betroffen. Sie hat außerdem die streitigen neurologischen Leistungen im Quartal IV/2005 deutlich unterdurchschnittlich und insgesamt nur in marginalem Umfang abgerechnet.

41

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#).  
Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2013-02-01