

B 6 KA 13/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 27 KA 279/06
Datum
24.06.2009
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KA 58/09
Datum
26.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 13/12 R
Datum
06.02.2013
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Mit der seit 2005 bestehenden Vorgabe, für die Honorarverteilung arztgruppenspezifische Grenzwerte vorzusehen, waren - auch nach den abgeschwächten Anforderungen der Übergangsregelung vom 29.10.2004 - Regelungen über Individualbudgets nicht vereinbar.
2. Die Vorgabe arztgruppenspezifischer Grenzwerte konnte auch im Fall fachübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften erfüllt werden. Fachgruppenzuordnungen konnten durch pauschale Honoraraufteilungen nach Kopfteilen und Ansätzen von Mittelwerten erfolgen. Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 26. Januar 2012 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Gründe:

I

1

Im Streit steht die Höhe vertragsärztlichen Honorars für das Quartal III/2005, insbesondere die Rechtmäßigkeit der Honorarverteilungsregelungen mit Blick auf die Vorgaben für sog Regelleistungsvolumina (RLV).

2

Die Klägerin ist seit dem 1.2.2001 als Fachärztin für Plastische Chirurgie - mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie - zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zugelassen. Zur Arztgruppe Plastische Chirurgie gehörten im hier betroffenen Quartal weitere sechs Fachärzte.

3

Bis zum 31.3.2005 war die Klägerin nach den Honorarverteilungsregelungen keinem speziellen Arztgruppenkontingent (Arztgruppentopf) zugeordnet; vielmehr erhielt sie wie alle sog sonstigen Arztgruppen ihre Vergütung unbudgetiert auf der Grundlage eines sog floatenden Punktwerts. Mit Wirkung zum 1.4.2005 setzte das Schiedsamt am 11.8.2005 einen neuen Verteilungsmaßstab (VM) fest. Hiermit wurden die Fachärzte für Plastische Chirurgie einem gemeinsamen, budgetierten Honorarkontingent mit den Chirurgen, Neurochirurgen und Kinderchirurgen zugeordnet (im Folgenden als Arztgruppe bezeichnet). Zugleich wurde die Regelung getroffen, dass die Leistungen für ambulantes Operieren nicht aus dem jeweiligen Arztgruppenkontingent vergütet werden, sondern aus einem gesonderten, nur diese Leistungen umfassenden Honorartopf (§ 11 VM iVm Anlage I unter "Honorarkontingente" Nr 3 und "Leistungskontingente" Nr 1). Die arztgruppen- bzw leistungsspezifischen Honorarkontingente wurden entsprechend den Vergütungsanteilen im Jahr 2004 bemessen. Reichte im aktuellen Quartal das Honorarkontingent nicht aus, um alle Leistungen mit dem sog kalkulatorischen Punktwert von 4,87 Cent zu vergüten, so erfolgte eine Quotierung ("Veränderungsrate"): Das von den Ärzten der Arztgruppe jeweils in Ansatz gebrachte Punktzahlvolumen wurde "mit der Veränderungsrate korreliert" (§ 11 Abs 2 VM iVm Anlage B zum VM, unter Nr 1). Das vom einzelnen Arzt in Ansatz gebrachte Punktzahlvolumen wurde außerdem nur innerhalb der Grenzen, die sich aus dem von ihm im Jahr 2004 erreichten Punktzahlvolumen ergaben, vergütet, sodass das von ihm erreichbare Honorarvolumen nach Maßgabe des vorjährigen begrenzt war. Das so errechnete Punktzahlvolumen war sein praxisbezogenes Regelversorgungsvolumen (pRVV) (Anlage B unter Nr 2 Satz 1 und 2). Aus dem Durchschnitt der pRVV in einer Arztgruppe ergab sich das arztgruppendurchschnittliche Regelversorgungsvolumen (aRVV) (aaO Nr 3 Buchst a Satz 1).

4

Nach Erhalt der Mitteilung der Beklagten über das im Quartal II/2005 für sie geltende praxisbezogene pRVV (Schreiben der Beklagten vom 7.6.2005) beantragte die Klägerin eine Erweiterung ihres pRVV für die Quartale II und III/2005 (Schreiben der Klägerin vom 14.6. und 10.8.2005).

5

In ihrer Leistungsabrechnung für das Quartal III/2005 brachte die Klägerin ein Punktzahlvolumen - sog Leistungsbedarf - von 350 111,9 Punkten in Ansatz. Die Beklagte setzte das Honorar der Klägerin für das Quartal III/2005 mit Bescheid vom 22.2.2006 auf 22 136,48 Euro fest, unter Anerkennung von 184 554,0 Punkten als pRVV. Nach dem Inhalt des Bescheids lag das aRVV bei 143 355,1 Punkten; dabei wurde ein durchschnittlicher arztindividueller Punktwert von 4,21 Cent und ein Fallwert von 71,19 Euro bei einer Fallzahl von 207 zugrunde gelegt. Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin Widerspruch; die Beklagte wies ihn zurück, weil die Honorarberechnung den Bestimmungen des VM entspreche (Bescheid vom 31.5.2006).

6

Die Anträge auf Erweiterung des pRVV (vom 14.6. und 10.8.2005) wies die Beklagte ebenfalls zurück (Bescheid vom 28.2.2006 und Widerspruchsbescheid vom 10.1.2007). Sie führte aus, dass dieser Bescheid Gegenstand des Klageverfahrens gegen den Honorar-(Widerspruchs-)Bescheid werde. In der Sache könne eine Erweiterung des pRVV nicht bewilligt werden. Weder habe im Quartal III/2005 ein Härtefall gemäß dem VM Anlage B Nr 3 Buchst g - mehr als 4-wöchige Abwesenheit im Quartal oder ein erhöhter Sicherstellungsbedarf - vorgelegen, noch handle es sich bei der Klägerin um eine sog junge bzw kleine Praxis im Sinne des VM aaO Nr 3 Buchst a; diese Regelung erfasste zwar neue Zulassungen nach dem 30.6.1999, aber dann nicht, wenn - wie bei ihr - das pRVV das aRVV erreicht oder überschritten habe.

7

Anders als das SG (klageabweisendes Urteil vom 24.6.2009) hat das LSG die Beklagte unter Aufhebung des Honorarbescheids und Ablehnung der Erweiterung des pRVV verurteilt, über das Honorar der Klägerin für das Quartal III/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden (Urteil vom 26.1.2012): Der VM enthalte keine RLV entsprechend den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF (in der seit 2004 geltenden Fassung). Er erfülle auch nicht die Voraussetzungen der Übergangsregelung, die der Bewertungsausschuss (BewA) durch Beschluss vom 29.10.2004 normiert habe (Teil III. Nr 2.2 des Beschlusses vom 29.10.2004 zur Festlegung von RLV durch die KÄV gemäß [§ 85 Abs 4 SGB V](#) (BRLV), DÄ 2004, A 3129 ff): Zwar entferne er sich von den gesetzlichen Vorgaben nicht weiter als die bis zum 31.3.2005 geltenden Steuerungsinstrumente; aber Auswirkungen, die denen der RLV vergleichbar seien, seien nicht feststellbar. Die pRVV wirkten weder gruppenspezifisch noch sähen sie einen festen Punktwert vor. Während RLV arztgruppenspezifische Festlegungen erforderten, mit festen Punktwerten für eine bestimmte, von einer Arztpraxis abrechenbare Punktemenge, sähen die pRVV eine für jede Praxis individuelle Festlegung eines Budgets in Anknüpfung an ihr Leistungsverhalten in einem früheren Zeitraum vor. Es fehle an dem Mindestanfordernis auf den Arztgruppendurchschnitt bezogener Leistungsmengen bzw Mengengrenzungen mit der für RLV charakteristischen Anknüpfung an das typische Leistungsgeschehen der Praxen einer Arztgruppe. Zwar genüge eine arztgruppenspezifische Festlegung nur bei den Fallpunktzahlen; aber auch daran fehle es. Eine solche Anknüpfung ergebe sich nicht in ausreichendem Maße daraus, dass das aRVV bei der Honorarverteilung eine Rolle spiele. Dieses sei nur der Wert, bis zu dem kleine Praxen wachsen könnten. Diese bloße Rechengröße sei nicht unmittelbar honorarverteilungsrelevant. Das aRVV steuere nicht die Honorarverteilung im Sinne eines für die Honorarberechnungen aller Praxen der Arztgruppe typischen Leistungsgeschehens. Außer festen Punktwerten fehlten auch abgestaffelte Punktwerte für die über die Vergütungsgrenzen hinausgehenden Punktemengen. Es reiche nicht aus, dass in der Berechnung der pRVV eine Quotierung für die gesamte Arztgruppe bei insgesamt unzureichendem Gesamtvergütungsvolumen enthalten sei. Entscheidend sei, dass die pRVV die Gestalt von praxisindividuellen Budgets hätten. Eine ungefähre Ähnlichkeit mit einer Mengensteuerung durch ein RLV reiche nicht aus, ebenso wenig, dass den hier in Rede stehenden Honorarverteilungsregelungen vergleichbare Ziele zugrunde lägen wie den RLV. Nach alledem sei die Beklagte zu verurteilen, das Honorar für das Quartal II/2005 neu zu berechnen und der Klägerin einen neuen Honorarbescheid zu erteilen. Da sich hierdurch auch die Grundlagen für die Beurteilung einer Härte veränderten, sei über den Härtefallantrag ebenfalls neu zu entscheiden.

8

Mit ihrer Revision macht die Beklagte geltend, ihre Honorarverteilungsregelungen entsprächen entgegen der Auffassung des LSG der vom BewA normierten Übergangsregelung. Hierfür genüge eine nur allmähliche Anpassung an die Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF. Die zwei Kernelemente - arztgruppenspezifische Grenzwerte und feste Punktwerte - müssten nicht sogleich vollständig umgesetzt werden. Die Honorarverteilung sei in ihren Auswirkungen den RLV vergleichbar. Der Punktwert sei über den sog kalkulatorischen Punktwert im VM (Anlage B Nr 1) für die Zeit vom 1.4. bis 31.12.2005 auf 4,87 Cent festgelegt worden. Dieser diene - nach den vorgegebenen Zwischenschritten - der Errechnung der pRVV, deren Beträge in einer Arztgruppe wiederum die Basis für das aRVV seien. Dieser kalkulatorische Punktwert sei nicht unbedingt mit den Auszahlungspunktwerten identisch, vielmehr könne sich ein Unterschied aus eventuellen Abweichungen zwischen den zunächst geschätzten und den späteren realen Stützungsbeträgen für psychotherapeutische Leistungen sowie für kleine und junge Praxen ergeben oder auch aus Abweichungen bei der Höhe der tatsächlich eingehenden Gesamtvergütungszahlungen. Die Auszahlungspunktwerte hätten im Quartal III/2005 letztlich für alle Arztgruppen höher als 4,87 Cent gelegen; dies müsse ausreichen, die Ärzte hätten so eine sichere Kalkulationsgrundlage. Auch dem Erfordernis arztgruppenspezifischer Grenzwerte werde hinreichend Rechnung getragen. Hierfür reiche nach der Rechtsprechung des BSG ein Element arztgruppeneinheitlicher Fallpunktzahlen aus. Dem trage der VM mit dem Steuerungsinstrument des aRVV Rechnung; denn die Honorarbemessung für mehr als die Hälfte der Hamburgischen Vertragsärzte orientiere sich am aRVV. Dies folge aus den Regelungen im VM - Anlage B Nr 3 Buchst a und c - iVm den Besonderheiten der Praxisstrukturen in Hamburg. Hier gebe es einen sehr hohen Anteil kleiner und junger Praxen, zu einem Teil bedingt durch eine überdurchschnittliche Fluktuation, zum anderen durch eine große Zahl hochspezialisierter Praxen. Für solche Praxen sei das aRVV so lange maßgebend, bis ihr pRVV höher als dieses sei. Die Begrenzung nur durch das aRVV gelte auch für einen Praxisübernehmer, wenn dessen Vorgänger nur ein kleineres pRVV gehabt habe und auch das nach ihm selbst berechnete pRVV kleiner als

das aRVV wäre. Auch soweit kleine Praxen wegen ihres geringeren pRVV fallbezogene Zusatzvolumina erhielten, werde ihr Abrechnungsvolumen durch das aRVV begrenzt. Der Punktwert von 4,87 Euro bleibe auch insoweit maßgebend, als das Honorarkontingent einer Arztgruppe für die Honorierung der von allen Ärzten in Ansatz gebrachten Gesamtpunktemenge nicht ausreiche: Für diesen Fall sehe der VM eine Begrenzung der abrechenbaren Punktzahlvolumina der Ärzte durch eine Quotierung gemäß einer sog "Veränderungsrate" vor, die aus dem Vergleich mit dem im Vergleichsquartal vergüteten Punktzahlvolumen ergebe. Nur nach Maßgabe dieser Quotierung könne die einzelne Praxis der Arztgruppe ihre Punktemenge mit 4,87 Cent honoriert erhalten; diese quotierte Punktemenge sei - allerdings zudem begrenzt durch das im Jahr 2004 erreichte Punktzahlvolumen - das pRVV (Anlage B unter Nr 2 Satz 1). Aus dem Durchschnitt aller pRVV in einer Arztgruppe werde das aRVV ermittelt. Die honorarverteilungsrelevante Wirkung des aRVV, die - wie dargestellt - mehr als die Hälfte der Hamburgischen Vertragsärzte betreffe, sei vom LSG verkannt worden. Somit habe sich die Honorarverteilung insgesamt den gesetzlichen Vorgaben gemäß [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF angenähert. - Schließlich habe das LSG auch deshalb nicht die Regelungen des VM beanstanden und eine Neubescheidung fordern dürfen, weil die vom LSG herangezogenen Vorgaben des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 - Teil III. Anlage 2 - nicht umsetzbar und deshalb unbeachtlich seien. Indem diese Regelung auf das arztgruppenspezifische, im Zeitraum vom 1.7.2003 bis 30.6.2004 in Ansatz gebrachte Punktzahlvolumen abstelle, sei sie auf etwas Unmögliches gerichtet. Das arztgruppenspezifische Abrechnungsvolumen in diesem Zeitraum könne nicht ermittelt werden, weil die damals in fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften erbrachten Leistungen nicht einer bestimmten Arztgruppe zugeordnet werden könnten; es habe damals die erst zum Quartal III/2008 eingeführte lebenslange Arztnummer noch nicht gegeben, und auch der Einheitliche Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen sei noch nicht in einzelne Fach(gruppen)kapitel gegliedert gewesen.

9

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 26. Januar 2012 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 24. Juni 2009 zurückzuweisen.

10

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

11

Das LSG habe zu Recht festgestellt, dass die in Rede stehenden Honorarverteilungsregelungen rechtswidrig seien. Individualbudgets, die auf in der Vergangenheit abgerechneten Abrechnungsvolumina aufsetzten - und zudem mit einer Veränderungsrate korreliert würden -, hätten nicht der vom BewA geschaffenen Übergangsregelung entsprochen. Der kalkulatorische Punktwert sei kein fester Punktwert im Sinne der genannten Anforderungen; er werde nicht der Auszahlung zugrunde gelegt. Diese Honorarkonstruktion mit der Quotierung habe dem politischen Ziel gedient, den Krankenkassen aufzuzeigen, welche geringe Leistungsmengen bei Annahme eines kalkulatorischen Punktwerts von 4,87 Cent nur noch angeboten werden könnten. Ein arztgruppentypischer Grenzwert fehle ebenfalls. Das aRVV ergebe lediglich den Arztgruppendurchschnitt, bis zu dem kleine und/oder junge Praxen wachsen könnten. Unmaßgeblich sei das Vorbringen der Beklagten, die überwiegende Anzahl der Praxen habe einer Steuerung durch das aRVV unterlegen; dies sei schon nicht vorinstanzlich festgestellt worden. Schließlich greife der Einwand der Beklagten, der Beschluss des BewA sei nicht umsetzbar; wenn die Leistungen fachübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften nicht einer Arztgruppe zugeordnet werden könnten, so sei im Zweifel eine kopfanteilige Zuordnung vorzunehmen. Im Übrigen könne die - unterstellte - Undurchführbarkeit des Beschlusses eine gesetzwidrige Honorarverteilung nicht legitimieren.

12

Die Beigeladenen haben weder Anträge gestellt noch sich geäußert.

II

13

Die Revision der Beklagten ist nicht begründet.

14

Das LSG hat die Beklagte zu Recht zur erneuten Entscheidung über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal III/2005 verpflichtet; denn dem Honorarbescheid fehlt es an einer wirksamen Rechtsgrundlage. Die Honorarverteilungsregelungen, auf deren Grundlage der Honorarbescheid erging, verstießen gegen höherrangiges Recht. Der VM, den das Schiedsamt am 11.8.2005 mit Wirkung zum 1.4.2005 festgesetzt hatte, entsprach nicht den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF (unten 1.). Seine Regelungen erfüllten auch nicht die Voraussetzungen der Übergangsregelung in Teil III Nr 2.2 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 (BRLV) (DÄ 2004, A 3129) (unten 2.). Der Rechtsfolge notwendiger Neuregelung der Honorarverteilung steht nicht entgegen, dass die gesetzlichen Vorgaben bzw die Übergangsregelung - wie die Beklagte geltend macht - nicht umsetzbar seien (unten 3.).

15

1. Die Regelungen des VM waren nicht mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF (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. Zu Recht hat es an den durch das Schiedsamt festgesetzten VM keine anderen Maßstäbe angelegt, als für vereinbarte Honorarverteilungsregelungen gelten; Schiedssprüche sind an denselben rechtlichen Vorgaben zu messen wie die Vereinbarungen, die sie ersetzen (stRspr, vgl zB [BSGE 91, 153](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 3](#), RdNr 11 iVm 13; BSG vom 13.11.2012 - [B 1 KR 27/11 R](#) - RdNr 27 mwN).

16

a) 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 waren außerdem für die darüber hinausgehenden Leistungsmengen abgestaffelte Punktwerte vorzusehen (stRSpr seit [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 14; zusammenfassend BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 18 und Nr 70 RdNr 15).

17

Das Erfordernis der Festlegung fester Punktwerte (anstelle sog floatender Punktwerte) stellte eine zentrale Vorgabe dar ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 15; stRSpr, zuletzt BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 19 mwN und Nr 70 RdNr 16). Zu der weiteren - ebenfalls zentralen - Vorgabe der Festlegung "arztgruppenspezifischer Grenzwerte" hat der Senat ausgeführt, dass diese nicht notwendigerweise arztgruppen"einheitliche" Festlegungen in dem Sinne fordert, dass der gesamten Arztgruppe dieselben RLV zugewiesen werden müssten. Vielmehr entsprach dem Erfordernis arztgruppenspezifischer Grenzwerte auch eine Regelung, 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 aaO RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 19 und Nr 70 RdNr 16). Die zentrale Bedeutung der Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 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 dem 1.1.2004 zu verbindlichen Regelungen umgestaltet hatte (Satz 6-8: " hat vorzusehen" und " sind festzulegen " sowie " ist vorzusehen "). Diese Änderung wurde in den Begründungen zum Gesetzentwurf 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](#) aF 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 könnten, die allerdings das System aus RLV und abgestaffelten Punktwerten nicht schwächen, sondern nur ergänzen dürften (BSGE 106 aaO RdNr 15 aE; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 19 aE und Nr 70 RdNr 16 aE).

18

b) Die anhand dieser Maßstäbe vom LSG beanstandeten Honorarverteilungsregelungen waren - nach den maßgeblichen Feststellungen des LSG zum Inhalt des Landesrechts (vgl [§ 162 SGG](#) und dazu BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 28](#) RdNr 27 mwN; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 21 und Nr 70 RdNr 18) - zum 1.4.2005 neu gestaltet worden: Bis zum 31.3.2005 war die Klägerin keinem speziellen Arztgruppenkontingent (Arztgruppentopf) zugeordnet gewesen und hatte wie die Ärzte aller sog "sonstigen Arztgruppen" ihre Vergütung unbudgetiert auf der Grundlage eines sog floatenden Punktwerts erhalten. Mit Wirkung zum 1.4.2005 wurden die Fachärzte für Plastische Chirurgie einem gemeinsamen, budgetierten Honorarkontingent mit den Chirurgen, Neurochirurgen und Kinderchirurgen - mit einem Unterkontingent für belegärztliche Leistungen - zugeordnet (§ 11 Abs 2 und 5 VM iVm Anlage I unter "Honorarkontingente" Nr 3). Zugleich wurden die Leistungen für ambulantes Operieren nicht mehr aus dem jeweiligen Arztgruppenkontingent vergütet, sondern aus einem gesonderten, nur diese Leistungen umfassenden Honorartopf (Anlage I unter "Leistungskontingente" Nr 1). Die arztgruppen- bzw leistungsspezifischen Honorarkontingente wurden entsprechend den Vergütungsanteilen im Jahr 2004 bemessen (§ 11 Abs 2 Satz 1 VM). Reichte im aktuellen Quartal das Honorarkontingent nicht aus, um alle Leistungen mit dem sog kalkulatorischen Punktwert von 4,87 Cent zu vergüten, so erfolgte eine Quotierung ("Veränderungsrate"): Diese Quotierung wurde an die Ärzte der Arztgruppe "durchgereicht", indem das von ihnen jeweils in Ansatz gebrachte Punktzahlvolumen "mit der Veränderungsrate korreliert" - dh entsprechend der Quote heruntergerechnet - wurde (Anlage B zum VM, unter Nr 2 Satz 1). Das vom einzelnen Arzt in Ansatz gebrachte Punktzahlvolumen wurde außerdem nur innerhalb der Grenzen, die sich aus dem von ihm im Jahr 2004 erreichten Punktzahlvolumen ergaben, vergütet (Anlage B unter Nr 2 Satz 1); somit war das von ihm erreichbare Honorarvolumen nach Maßgabe des vorjährigen begrenzt. Das so errechnete Punktzahlvolumen war sein pRVV (Anlage B unter Nr 2 Satz 2). In begrifflichem Gegensatz hierzu stand das aRVV; dieses ergab sich aus dem Durchschnitt der pRVV in einer Arztgruppe (Anlage B unter Nr 3 Buchst a Satz 1).

19

Wegen der weiteren - im Revisionsverfahren nicht relevanten - Einzelheiten der Ausgestaltung der Honorarverteilung wird auf die Ausführungen des LSG Bezug genommen: Dieses hat unter anderem darauf hingewiesen, dass aus dem zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumen vorab diverse Kosten und Vergütungen zu zahlen bzw Rückstellungen vorzunehmen waren (Ärztlicher Notfalldienst, Kostenerstattungen bzw -pauschalen für Dialyse und anderes, Vergütungen für Laborleistungen, Hausärztliche Grundvergütung, Koloskopien uÄ - § 7 Abs 1 Satz 1 iVm § 8 und § 7 Abs 1 Satz 2 VM), und, dass das verbleibende Gesamtvergütungsvolumen in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil entsprechend den Vorgaben des BewA aufgeteilt wurde (§ 7 Abs 1 Satz 3 VM), sowie, dass im fachärztlichen Bereich - nach Vorabzahlungen für spezielle Leistungen und für die fachärztliche Notfall-Rufbereitschaft sowie nach Rückstellungen wegen Rechtsstreitigkeiten und Punktwertstützungen ua (§ 11 Abs 1 Buchst a (iVm § 7), Buchst b (iVm § 14), Buchst c und Buchst d) - die verbleibende Gesamtvergütung in Honorarkontingente unterteilt wurde, die einerseits für bestimmte Leistungsbereiche wie ambulantes Operieren sowie für histo- und zytologische Auftragsleistungen und andererseits für die Arztgruppen zu bilden waren (§ 11 Abs 2 VM iVm Anlage I).

20

Von Bedeutung ist schließlich noch die - von der Beklagten insbesondere in Bezug genommenen - Sonderregelungen für junge und kleine Praxen (Anlage B unter Nr 3): Hatte ein Arzt seine vertragsärztliche Tätigkeit erst nach dem 30.6.1999 aufgenommen, blieb aber sein pRVV (noch) unter dem aRVV, so war bei ihm das aRVV zugrunde zu legen (Nr 3 Buchst a Fall 1). Dasselbe galt für einen Arzt, der eine vertragsärztliche Praxis übernahm und dessen pRVV unter dem aRVV lag (Nr 3 Buchst a Fälle 2 und 3). Das aRVV spielte weiterhin eine wichtige Rolle, wenn kleine Praxen wegen ihres geringeren pRVV Zusatzvolumina erhielten (Nr 3 Buchst c).

21

Zusammenfassend ergibt sich, dass der VM - abgesehen von den Sonderregelungen für die jungen und kleinen Praxen - durch zweierlei

Arten von Honorarbegrenzungen gekennzeichnet war: Zum einen war eine für alle Ärzte der Arztgruppe gleichmäßige Quotierung vorgesehen; diese griff ein, wenn das Honorarkontingent der Gesamtgruppe nicht ausreichte, um alle Leistungen mit dem sog kalkulatorischen Punktwert von 4,87 Cent zu vergüten. Zum anderen erfolgte eine individuelle Begrenzung für den einzelnen Arzt nach Maßgabe seines Leistungsvolumens im Jahr 2004; dem kommt, wie im Folgenden auszuführen ist, nicht nur bei der Beurteilung anhand der gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF (nachfolgend c), sondern auch bei der Überprüfung am Maßstab der Übergangsregelung (unten 2.) maßgebliche Bedeutung zu.

22

c) Diese Regelungen des VM erfüllten nicht die seit 2004 geltenden Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF - und im Übrigen auch nicht, was später unter 2. darzulegen ist, die Anforderungen der Übergangsregelung -. Eine lediglich gleichwertige Zielsetzung konnte nicht ausreichen ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 22 und Nr 70 RdNr 19). Für die gesetzlichen Vorgaben ist entscheidend, ob in dem VM feste Punktwerte und arztgruppenspezifische Grenzwerte festgelegt waren, und ferner, ob die Leistungsmengen, die über die Begrenzungen hinausgingen, nach abgestaffelten Punktwerten vergütet wurden. Diese Anforderungen erfüllte der VM nicht.

23

Zwar wurde in der Anlage B unter Nr 1 ein Punktwert mit einem bestimmten Betrag, nämlich 4,87 Cent, benannt. Dies war aber nur ein - wie die Beklagte ihn selbst bezeichnet - "kalkulatorischer" Punktwert. Konnte wegen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens und der dementsprechend auch begrenzten Honorarkontingente der Arztgruppen nicht das gesamte von den Ärzten in Ansatz gebrachte Punktzahlvolumen mit einem Punktwert von 4,87 Cent vergütet werden, so wurde eine Quotierung vorgenommen (im Sprachgebrauch des VM: "Veränderungsrate") (Anlage B unter Nr 1 Satz 3). Nur im Umfang dieser Quote wurde dem einzelnen Arzt das aufgrund der von ihm erbrachten Leistungen in Ansatz gebrachte Punktzahlvolumen bei der Honorierung berücksichtigt. Damit gab es zwar keinen floatenden Punktwert, aber eine insoweit nicht feststehende Punktemenge (zur Vergleichbarkeit von Punktwert- und Punktemengen-Begrenzungen vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 40 mit Bezugnahme auf BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 411). Ob dies schon die Unvereinbarkeit mit der Vorgabe des [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF begründete, kann hier dahingestellt bleiben (zu den Maßstäben vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 40 und Nr 70 RdNr 32 f).

24

Jedenfalls war die Honorarverteilung nicht in der erforderlichen Weise durch arztgruppenspezifische Grenzwerte geprägt. Für dieses Erfordernis würde an sich noch eine arztgruppeneinheitliche Festlegung jedenfalls bei den Fallpunktzahlen genügen (hierzu vgl oben RdNr 17). Eine klare Orientierung an einem arztgruppenspezifischen bzw arztgruppendurchschnittlichen Wert galt aber nur für die jungen und kleinen Praxen, wenn bei ihnen ihr pRVV an sich unter dem aRVV lag und deshalb für sie das aRVV galt (§ 11 Abs 6 VM iVm Anlage B Nr 3 Buchst a). Dies betraf indessen nicht die schon länger etablierten Praxen: was für diesen strukturellen Regelfall galt, ist die Beurteilungsgrundlage für die Vereinbarkeit eines VM mit den Regelungen des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF. Insoweit ist das Vorbringen der Beklagten, dass rein tatsächlich die jungen und kleinen Praxen die Mehrheit in Hamburg stellten und also für die Mehrheit der Praxen das aRVV gegolten habe, nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Eine solche atypische faktische Lage kann die rechtliche Beurteilung anhand des strukturellen Regelfalls nicht in Frage stellen. Greift der Hinweis der Beklagten auf diese besondere Praxisstruktur in Hamburg mithin schon aus Rechtsgründen nicht, so bedarf es keines Eingehens auf die Erwiderung der Klägerin, insoweit handele es sich um neue Tatsachen, die bisher weder vorgetragen noch vom LSG festgestellt worden seien und im Revisionsverfahren nicht mehr berücksichtigt werden könnten. Der nach der Struktur der Honorarverteilungsregelungen maßgebende Regelfall war demgegenüber dadurch gekennzeichnet, dass der Punktwert von 4,87 Cent nur ein rechnerischer Zwischenschritt war und auch das aRVV keine durchgreifende Bedeutung hatte: Die oben dargestellte Quotierung (vgl oben RdNr 18) ergab zwar noch eine arztgruppeneinheitliche Begrenzung, aber hinzu kam, dass bei jedem einzelnen Arzt das von ihm in Ansatz gebrachte Punktzahlvolumen nach Maßgabe des von ihm im Jahr 2004 erreichten Punktzahlvolumens begrenzt war (hierzu vgl noch unten RdNr 33-36). Das aRVV, das sich aus dem Durchschnitt der pRVV in der Arztgruppe ergab, hatte überhaupt nur für die jungen und kleinen Praxen durchschlagende Bedeutung, wie auch der VM selbst deutlich macht (Anlage B unter Nr 3 Buchst a Satz 1: "Zur Ermittlung der Abrechnungsbegrenzung für die nach dem 30.06.1999 zugelassenen Vertragsärzte wird ein aRVV gebildet").

25

Schließlich enthielt der VM auch keine Regelung für eine Vergütung von Leistungsmengen, die über die Begrenzungen hinausgehen, nach abgestaffelten Punktwerten. Vielmehr wurden die über die Begrenzungen hinausgehenden Leistungs- bzw Punktemengen überhaupt nicht vergütet.

26

2. Die Regelungen des VM genügten auch nicht den Anforderungen der Übergangsregelung, die der BewA durch Beschluss vom 29.10.2004 normiert hat (Teil III. Nr 2.2 BRLV, DÄ 2004, A 3129 ff; - zur Vereinbarkeit mit der zugrunde liegenden Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) iVm Abs 4 Satz 7 und 8 SGB V aF 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). Die dort festgelegten Voraussetzungen - Fortführung von Steuerungsinstrumenten, die mit der gesetzlichen Regelung in ihren Auswirkungen vergleichbar sind - wurden nicht erfüllt.

27

a) Wie das LSG zutreffend ausgeführt hat, fehlte 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: Die Regelung des BewA über die "Fortführung" stand zwar grundsätzlich Honorarverteilungsregelungen entgegen, die von den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF wegführen (BSG aaO RdNr 22, 25), hinderte aber nicht einzelne Änderungen der Honorarverteilung, soweit die wesentlichen

Grundzüge des Steuerungsinstruments unverändert blieben (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 24 und Nr 70 RdNr 21). Nach diesen Maßstäben hatte der zum 1.4.2005 vom Schiedsamt festgesetzte VM die bis zum 31.3.2005 geltenden Steuerungsinstrumente in ausreichendem Maße "fortgeführt". Nach den Ausführungen des LSG, das insoweit auf sein Urteil vom selben Tag mit dem Az [L 1 KA 22/09](#) verwiesen hat, waren auch schon die vorhergehenden Honorarverteilungsregelungen durch pRVV enthalten (damals in der Anlage B "Vergütung nach praxisbezogenen Regelersorgungsvolumina"). Dies hat der zum 1.4. 2005 vom Schiedsamt festgesetzte VM, wie sich aus obigen Ausführungen (oben RdNr 24) ergibt, weitergeführt.

28

b) Indessen ist nicht erkennbar, dass die fortgeführten Steuerungsinstrumente im Sinne des weiteren Erfordernisses der Übergangsregelung "in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar sind" (Teil III. Nr 2.2 BRLV, DÄ 2004, A 3129 ff).

29

aa) Das in der Übergangsregelung normierte Tatbestandsmerkmal der "vergleichbaren Auswirkungen" bedarf der Auslegung bzw Konkretisierung. Wie der Senat mit Blick auf die Regelungskompetenz des BewA auf der Grundlage des [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) letzter Teilsatz SGB V aF in seinen Urteilen vom 17.3.2010 und vom 14.12.2011 ausgeführt hat ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 21 sowie BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 28 und Nr 70 RdNr 23), ist nicht eine sofortige volle Übereinstimmung mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF erforderlich; eine solche Forderung wäre vielmehr wegen des berechtigten Interesses der Ärzte an Kontinuität beim Honorierungsumfang und im Hinblick auf die Verwaltungspraktikabilität problematisch gewesen. Deshalb hat der Senat den BewA als befugt erachtet, eine nur allmähliche Anpassung genügen zu lassen und übergangsweise noch Abweichungen zu tolerieren. Ausgeschlossen ist indessen eine Auslegung der Übergangsvorschrift, die faktisch zu einer vollständigen Suspensierung der gesetzlichen Vorgaben - überdies für einen weit über eine Übergangsphase hinausgehenden Zeitraum - geführt haben würde. Deshalb kann es im Rahmen der Übergangsvorschrift nicht gestattet sein, dass eine Honorarverteilungsregelung sich im Vergleich zu den bisherigen - sei es auch nur vorübergehend - weiter von den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF entfernt (BSG aaO RdNr 21 f bzw 28 f bzw 23 f). Dies erfordert entweder, dass die zu prüfende Honorarverteilungsregelung dem gesetzlichen Ziel deutlich näher steht als die Vorgängerregelung, oder, dass die Regelung bereits - ohne dass es einer Änderung bedurfte - eine ausreichende Nähe zu den gesetzlichen Vorgaben aufweist (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 30 und Nr 70 RdNr 24). 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 31-33 und Nr 70 RdNr 25 f; vgl auch oben RdNr 22).

30

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 und Nr 70 RdNr 27). Dies erforderte insbesondere Grenzwerte, die auf (arztgruppen-)durchschnittlichen Werten beruhen. Daran fehlte es, wenn das Honorarvolumen des Arztes im Sinne eines typischen Individualbudgets durch praxisindividuelle Werte aus vorangegangenen Vergütungszeiträumen bestimmt wurde. 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 und Nr 70 RdNr 27 f).

31

Der Gesetzgeber ist mit der Vorgabe arztgruppenspezifischer Grenzwerte erkennbar von der bis 2003 weit verbreiteten Praxis der KÄVen abgewichen - und hat davon abweichen wollen -, Honorarbegrenzungsregelungen in Form von Individualbudgets zu normieren (zur früheren grundsätzlichen Billigung von Individualbudgets vgl zusammenfassend BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 32 und Nr 70 RdNr 26). Dass es sich bei der arztgruppenbezogenen Bestimmung des Grenzwerts bzw des Vergütungsvolumens um eine grundlegende Richtungsentscheidung des Gesetzgebers gehandelt hat, zeigt sich auch an der späteren Gesetzesentwicklung: Auch unter Geltung der vom 1.1.2009 bis 31.12.2011 geltenden RLV waren die Werte nach Arztgruppen festzulegen ([§ 87b Abs 3 Satz 1 SGB V](#)). Arztgruppenspezifische Werte liegen 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.

32

Hinzu kommt, 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 ist, anhand welcher Kriterien der maßgebliche Grenzwert bzw das "privilegierte" Vergütungsvolumen bestimmt wird (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 37 und Nr 70 RdNr 29). Durch die Vergütung der den Grenzwert überschreitenden Leistungen mit abgestaffelten Punktwerten - und damit auch schon durch die Bestimmung des hierfür maßgeblichen Grenzwerts - soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen und zum anderen der ökonomische Anreiz zu übermäßiger Leistungsausweitung begrenzt werden (vgl Begründung zum Gesetzentwurf für das GMG, [BT-Drucks 15/1525 S 101](#) zu Art 1 Nr 64 Buchst h Doppelbuchst cc = [§ 85 SGB V](#)). Im Hinblick auf diese Ziele ist es bedeutsam, ob bei der Bestimmung des "privilegierten" Vergütungsvolumens arztgruppenspezifische Durchschnittswerte herangezogen werden oder ob dabei das ggf "übermäßige" individuelle Abrechnungsverhalten des Vertragsarztes in der Vergangenheit zugrunde gelegt wird. Es liegt auf der Hand, dass sich das Ziel einer Mengenbegrenzung sachgerechter anhand von arztgruppenspezifischen Durchschnittswerten als durch eine Fortschreibung vorhandener Besitzstände erreichen lässt. Zu berücksichtigen ist schließlich, dass Durchschnittswerte den Versorgungsbedarf der Versicherten zuverlässiger widerspiegeln als praxisindividuelle Werte (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 37 und Nr 70 RdNr 29).

33

bb) Bei Zugrundelegung dieser Maßstäbe, wonach Regelungsstrukturen, die in wesentlichem Ausmaß Individualbudgets ähneln, nicht die

Anforderungen der Übergangsregelung des BewA erfüllen, weil dies keine Steuerungsinstrumente sind, die "in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar sind" (Teil III. Nr 2.2 BRLV, DÄ 2004, A 3129 ff), waren auch die vorliegend zu beurteilenden Bestimmungen des vom Schiedsamt zum 1.4.2005 festgesetzten VM rechtswidrig. Die Regelungen des VM wiesen die Struktur von Individualbudgets auf. Das Honorarvolumen des Arztes wurde nämlich in wesentlichem Ausmaß durch praxisindividuelle Werte aus vorangegangenen Vergütungszeiträumen bestimmt.

34

Zwar war die abrechenbare Punktemenge jeden Arztes nicht nur durch die Bindung an die von ihm im Jahr 2004 zur Abrechnung gebrachte Punktzahlvolumen begrenzt, sondern außerdem durch die ggf eingreifende - alle Ärzte der Arztgruppe gleichmäßig treffende - Quotierung, die dann eingriff, wenn das Honorarkontingent der Gesamtgruppe nicht ausreichte, um alle Leistungen mit dem sog kalkulatorischen Punktwert von 4,87 Cent zu vergüten. Diese zusätzliche Begrenzung änderte aber nichts an der Relevanz der jeweiligen individuellen Begrenzung nach Maßgabe seines Leistungsvolumens im Jahr 2004, wodurch die für den Arzt abrechenbare Punktemenge entscheidend begrenzt war. Diese Regelungen in dem VM mit der Anknüpfung an praxisindividuelle Werte vorangegangener Vergütungszeiträume - Individualbudgets - hatten ungeachtet der außerdem bestehenden Quotierungsregelungen prägende Bedeutung.

35

Keine solche individuelle Begrenzung gab es lediglich, wie oben dargestellt (vgl oben RdNr 20), unter bestimmten Voraussetzungen für junge und kleine Praxen sowie für Praxisübernehmer, nämlich dann, wenn bei ihnen ihr pRVV an sich unter dem aRVV lag und deshalb für sie das aRVV galt (§ 11 Abs 6 VM iVm Anlage B Nr 3 Buchst a). Diese Regelung betraf aber eben nur die Sonderfälle der jungen und kleinen Praxen, nicht die klassische Konstellation einer schon länger etablierten Praxis; diese aber ist als struktureller Regelfall die Beurteilungsgrundlage für die Vereinbarkeit mit den Regelungen des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF. Daher ist es rechtlich ohne Relevanz, dass - wie die Beklagte herausstellt - die jungen und kleinen Praxen in Hamburg faktisch in der Mehrheit seien, sodass das nicht-individuelle aRVV für die Mehrzahl der Praxen gegolten habe. In diesem Zusammenhang ohne Bedeutung ist auch der Hinweis der Beklagten darauf, diese besonderen Strukturen in Hamburg seien durch die große Zahl hoch spezialisierter Praxen bedingt, die in erheblichem Umfang auch Leistungen erbrächten, die anderswo nur stationär erbracht würden, und die in großer Zahl auch von Patienten aus dem Umland aufgesucht würden.

36

Da mithin der VM durch Regelungsstrukturen im Sinne von Individualbudgets geprägt war, wies er keine Steuerungsinstrumente auf, die "in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar sind" (Teil III. Nr 2.2 BRLV, DÄ 2004, A 3129 ff). Der VM erfüllte somit nicht die Anforderungen der Übergangsregelung des BewA.

37

3. Der daraus abzuleitenden Verpflichtung der Beklagten zur Neuregelung der Honorarverteilung steht nicht entgegen, dass - wie sie einwendet - die Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF iVm der Übergangsregelung im Beschluss des BewA vom 29.10.2004 (Teil III. Anlage 2) nicht umsetzbar seien. Dies trifft nicht zu.

38

Zwar mögen in der Tat Schwierigkeiten bestehen, im Rahmen der Vorgabe arztgruppenspezifischer Grenzwerte umfassend dem Erfordernis Rechnung zu tragen, alle erbrachten Leistungen jeweils einer bestimmten Arztgruppe zuzuordnen; die richtige Zuordnung ist problematisch, soweit Arztgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxen bzw Berufsausübungsgemeinschaften betroffen sind und eine Zeit in Frage steht, als individuelle Zuordnungen mit Hilfe lebenslanger Arztnummern noch nicht erfolgten. Für vergleichbare Schwierigkeiten hat der Senat aber in seiner Rechtsprechung bereits mögliche Lösungswege aufgezeigt.

39

So hat der Senat in seinen Urteilen vom 20.1.1999 eine bundesmantelvertragliche Regelung gebilligt, die die Budgetierung der Basislaborleistungen durch Fallpunktzahlen in der Weise umsetzt, dass bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen der arithmetische Mittelwert aus den Laborkontingenten der beteiligten fachverschiedenen Ärzte gebildet wird (BSG USK 9990 S 519, 523 und [SozR 3-2500 § 87 Nr 20](#) S 103). Mit Urteil vom 26.6.2002 hat der Senat im Zusammenhang mit Auflösungen von fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen Regelungen über Honorar-Aufteilungen nach Kopfteilen akzeptiert (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 47](#) S 398 ff, 402 f). Hieran hat er mit Urteil vom 21.3.2012 angeknüpft für die Frage, wie bei fachübergreifenden Job-Sharing-Gemeinschaftspraxen der Zuwachs um 3 % ermittelt werden kann (- [B 6 KA 15/11 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr 12 RdNr 21 ff iVm RdNr 23 und 26). In ähnlicher Weise hat der Senat zu [§ 106 SGB V](#) ausgeführt, dass bei der Prüfung der für eine effektive Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlichen Mindestzahl an Behandlungsfällen eine Relation zur Zahl der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft herzustellen ist (vgl BSG vom 21.3.2012 - [B 6 KA 17/11 R](#) - SozR 4-2500 § 106 Nr 35 RdNr 24).

40

Gegenüber der Rechtsfolge notwendiger Neuregelung der Honorarverteilung greift schließlich auch nicht der Einwand durch, dass der Zuschnitt von RLV in weitem Umfang nur mit Hilfe von Schätzungen bewältigt werden könnte. Der Rückgriff auf Schätzungen ist hier ebenso wie sonst in Angelegenheiten des Honorarwesens und der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht von vornherein ausgeschlossen (vgl zB [BSGE 106, 222](#) = SozR 4-5520 § 32 Nr 4, RdNr 69, und BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 34 RdNr 38).

41

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat die Beklagte die Kosten des erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)). Eine Erstattung der Kosten Beigeladener ist nicht veranlasst; diese haben im Revisionsverfahren keine Anträge gestellt ([§ 162 Abs 3 VwGO](#); vgl [BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3](#), RdNr 16).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2013-09-19