

B 6 KA 7/17 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 16 KA 1155/13
Datum
12.02.2014
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 44/14
Datum
08.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 7/17 R
Datum
02.08.2017
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Den auch aus der Überversorgung eines Planungsbereichs mit Ärzten einer Arztgruppe folgenden Schwierigkeiten einer kleinen, bereits lange bestehenden Arztpraxis, durch Fallzahlsteigerungen den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen, muss nicht durch Sonderregelungen bei der Bemessung des Regelleistungsvolumens (RLV) oder durch Zuschläge zum Honorar Rechnung getragen werden.
2. Wenn die Kassenärztliche Vereinigung das RLV nicht wie gesetzlich vorgesehen vor Beginn eines Quartals zuweisen kann, weil die für die Berechnung erforderlichen Vereinbarungen mit den Verbänden der Krankenkassen noch nicht zustande gekommen sind, darf sie das RLV vorläufig zuweisen.
3. Die vorläufige Zuweisung des RLV darf mit Wirkung für die Zukunft, nicht jedoch rückwirkend zu Ungunsten des Arztes geändert werden. Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 8. November 2016 ([L 4 KA 44/14](#)) insoweit aufgehoben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 12. Februar 2014 ([S 16 KA 1155/13](#)) zurückgewiesen, als die Beklagte verpflichtet wird, über die Honorierung des Klägers im Quartal I/2010 unter Beachtung der Geltung des vorläufig zugewiesenen RLV in Höhe von 11 871,60 Euro bis einschließlich 4. Februar 2010 erneut zu entscheiden. Im Übrigen wird die Revision gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 8. November 2016 ([L 4 KA 44/14](#)) zurückgewiesen. Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 8. November 2016 ([L 4 KA 45/14](#)) wird zurückgewiesen. Die Kosten des Revisionsverfahrens trägt der Kläger zu 7/8 und die Beklagte zu 1/8. Die Kosten der Verfahren [S 16 KA 1155/13](#) und [L 4 KA 44/14](#) trägt der Kläger zu 3/4 und die Beklagte zu 1/4, die Kosten der Verfahren [S 16 KA 1156/13](#) und [L 4 KA 45/14](#) trägt der Kläger.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen des Klägers für die Quartale I/2010 und II/2010.

2

Der Kläger ist als Facharzt für Urologie zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Beklagten zugelassen. Mit Schreiben vom 11.12.2009 wies die Beklagte ihm für das Quartal I/2010 ein Regelleistungsvolumen (RLV) in Höhe von 11 871,60 Euro zu. Die Mitteilung müsse unter Vorbehalt gestellt werden, weil weder die Vereinbarung zur Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2010 abgeschlossen sei, noch die Berechnungen des Fallwertes hätten abgeschlossen und überprüft werden können. Mit RLV-Mitteilung vom 1.2.2010 wurde dem Kläger dann für das Quartal I/2010 ein RLV in Höhe von 10 689,26 Euro zugewiesen. Für das Quartal II/2010 wurde dem Kläger mit Schreiben vom 8.3.2010 ein RLV in Höhe von 11 131,30 Euro zugewiesen.

3

Der Kläger stellte einen Härtefallantrag, machte Praxisbesonderheiten geltend und legte jeweils Widerspruch gegen die RLV-Zuweisungen für die Quartale I/2010 und II/2010 ein.

4

Für das Quartal I/2010 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers einschließlich eines Zusatzbudgets für radiologische Diagnostik vor Abzug des Verwaltungskostenbeitrages auf insgesamt 25 940,76 Euro fest. Der Kläger hatte RLV-relevante Leistungen in einem Umfang von insgesamt 16 078,19 Euro erbracht, die in Höhe von 11 276,29 Euro vergütet wurden. Zur Verlustbegrenzung auf 12 % wurde ein Konvergenzzuschlag von 1711,45 Euro gewährt.

5

Für das Quartal II/2010 setzte die Beklagte den Honoraranspruch des Klägers einschließlich eines Zusatzbudgets für radiologische Diagnostik vor Abzug des Verwaltungskostenbeitrages auf 26 316,06 Euro fest. Erbrachte RLV-relevante Leistungen in einem Umfang von insgesamt 16 545,30 Euro wurden in Höhe von 11 776,47 Euro vergütet. Zur Verlustbegrenzung auf 12 % wurde ein Konvergenzzuschlag von 3192,96 Euro gewährt.

6

Gegen die Honorarabrechnungen für die Quartale I/2010 und II/2010 legte der Kläger jeweils Widerspruch ein und beantragte die Anerkennung von Praxisbesonderheiten sowie einen Ausgleich für eingetretene Honorarverluste.

7

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.11.2010 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die RLV-Zuweisungen für die Quartale I/2010 und II/2010 und gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/2010 (sowie gegen RLV-Zuweisungen und Honorarabrechnungen für die Quartale I/2009 bis IV/2009, die nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, sondern des Verfahrens zum Aktenzeichen [B 6 KA 3/17 R](#) sind; der Widerspruch des Klägers gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/2010 ist Gegenstand eines unter dem Aktenzeichen S 16 KA 30/14 R beim SG Kiel anhängigen Verfahrens) zurück. Sie stellte die angewandte Honorarverteilungssystematik dar. Werde das RLV nach Ablauf der Vierwochenfrist gemäß [§ 87b Abs 5 Satz 1 SGB V](#) aF, aber vor Beginn der Geltungszeiträume zugewiesen, führe dies nicht zu einer Fortgeltung des vorherigen RLV. Es handele sich nur um eine Ordnungsfrist. Die im Honorarverteilungsvertrag (HVV) enthaltene Regelung für Ärzte in der Wachstumsphase finde keine Anwendung, da der Kläger bereits mehr als fünf Jahre zugelassen sei. Durch die RLV werde ein Wachstum jeweils mit Wirkung für das entsprechende Quartal des Folgejahres zugelassen. Soweit auf Praxisbesonderheiten abgestellt werde, werde auf das Schreiben des HVM-Teams vom 16.9.2009 verwiesen. Fallwertzuschläge wegen Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe um 30 % seien nicht zu gewähren. Im Quartal I/2010 habe der Kläger den durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe um 2,36 % und im Quartal II/2010 um 0,82 % unterschritten.

8

Dagegen hat sich der Kläger mit seiner Klage gewandt, die zunächst unter dem Aktenzeichen [S 16 KA 376/10](#) geführt wurde. Das SG Kiel hat die Verfahren quartalsweise getrennt.

9

Das SG Kiel hat den Klagen bezogen auf die hier allein streitgegenständlichen Quartale I/2010 und II/2010 mit zwei Urteilen vom 12.2.2014 ([S 16 KA 1155/13](#) und [S 16 KA 1156/13](#)) stattgegeben und die Beklagte unter Änderung der RLV-Mitteilungen und der Honorarabrechnungen verpflichtet, die Honorierung des Klägers in den Quartalen I/2010 und II/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Das BSG habe bisher offengelassen, wie der Fachgruppendurchschnitt bei unterdurchschnittlich abrechnenden Altpraxen erreicht werden könne, deren Patientenzahlen wie im Fall des Klägers nicht mehr unproblematisch steigerbar seien. Eine solche unterdurchschnittliche Praxis sei besonders schutzwürdig, sodass hier eine Steigerung des Fallwertes maximal zum Fachgruppendurchschnitt ermöglicht werden müsse. In diesem Sinne müsse die Honorierung in den streitigen Quartalen erneut beschieden werden. Darüber hinaus hätte die Beklagte bei der Honorierung des Klägers die besondere Situation der Praxis im Sinne eines Härtefalles individuell würdigen und dieses in den jeweiligen Honorarabrechnungen berücksichtigen müssen.

10

Das LSG hat die Urteile des SG Kiel vom 12.2.2014 betreffend die Honorierung in den Quartalen I/2010 und II/2010 auf die Berufungen der Beklagten aufgehoben und die Klagen jeweils abgewiesen (Verfahren zu den Aktenzeichen [L 4 KA 44/14](#) und [L 4 KA 45/14](#)). Die Beklagte habe das RLV für die Quartale I/2010 und II/2010 sowie den Honoraranspruch des Klägers für das Quartal I/2010 rechtmäßig festgesetzt und einen höheren Honoraranspruch des Klägers zu Recht abgelehnt. Der gerichtlichen Prüfung von Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkten im Verfahren gegen die RLV-Mitteilung und den Honorarbescheid stehe nicht entgegen, dass das HVM-Team der Beklagten nicht gesondert über die in den jeweiligen Widerspruchsverfahren vorgebrachten Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkte entschieden habe. Die Beklagte habe das Ergebnis ihrer Prüfung im Widerspruchsbescheid dargestellt. Wenn ein Vertragsarzt die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nicht im Widerspruchsverfahren gegen die RLV-Mitteilung und die dort vorgenommene Berechnung, sondern in einem parallel geführten Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren geltend machen müsste, müsste er neben einer Klage gegen die RLV-Mitteilung eine Klage gegen die ablehnende Entscheidung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten erheben. Damit müsste der Vertragsarzt für einen Lebenssachverhalt - Bestimmung seines RLV - zwei Verwaltungs-, Widerspruchs- und Klageverfahren führen, deren prozessuales Schicksal unterschiedlich verlaufen könnte. Die Anzahl der von einem Vertragsarzt für die Honorierung seiner in einem Quartal erbrachten Leistungen zu führenden Verfahren summiere sich auf vier, wenn er mit der Widerspruchsbegründung gegen die RLV-Mitteilung oder gegen den Honorarbescheid Härtefallgesichtspunkte geltend mache, deren Anerkennung die KÄV mit einem gesonderten Bescheid ablehne. Die Mehrzahl der Entscheidungen der KÄV führe für den Vertragsarzt zu einer erheblichen Erschwerung der Rechtsverfolgung.

11

Diese Bewertung stehe nicht im Widerspruch zur Entscheidung des BSG vom 15.8.2012 ([B 6 KA 38/11 R](#)). Dort habe das BSG klargestellt,

dass für die gerichtliche Klärung von gesonderten Feststellungen (Bemessungsgrundlagen, Budgets, RLV), Teilelementen und Vorfragen der Bestimmung des Quartalshonorars nur dann und solange Raum sei, wie die jeweiligen Quartalshonorarbescheide noch nicht bestandskräftig seien. Das gelte auch dann, wenn entsprechende Feststellungen durch gesonderten Verwaltungsakt erfolgt seien. Der Gesetzgeber habe in [§ 87b Abs 3 Satz 3 SGB V](#) vorgesehen, dass Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen seien, soweit dazu Veranlassung bestehe. Sie seien danach bereits bei der Zuweisung des RLV zu berücksichtigen. Das RLV lasse sich nicht aufteilen in die standardisierte Berechnung aus RLV-relevanter Fallzahl des Arztes, RLV-Fallwert der Arztgruppe und arztindividuellem Morbiditätsfaktor einerseits und einem ausschöpfbaren Mehrbetrag für anerkannte Praxisbesonderheiten andererseits. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten habe der Gesetzgeber in [§ 87b Abs 3 Satz 3 SGB V](#) antragsunabhängig formuliert. Auch das spreche gegen die Notwendigkeit von zwei gesonderten Verwaltungs-, Widerspruchs- und Klageverfahren für die Bestimmung aller Berechnungselemente des in die Honorarabrechnung einzustellenden RLV. Gleiches gelte für die Anerkennung von Härtefallgesichtspunkten. Das SGB V enthalte keine Regelungen für die Anerkennung von Härtefallgesichtspunkten im Rahmen der vertragsärztlichen Honorarabrechnung. Jedoch eröffne der Bewertungsausschuss den Partnern der Gesamtverträge in seinem Beschluss vom 22.9.2009 die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen befristete Ausgleichszahlungen für Honorarverluste vorzusehen und sich über das Verfahren zu einigen.

12

Der RLV-Mitteilungsbescheid vom 1.2.2010 sei rechtmäßig. Er sei zwar verspätet ergangen. Bei [§ 87b Abs 5 Satz 1](#), 2. Halbsatz SGB V, wonach das RLV dem Vertragsarzt jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn seiner Geltungsdauer zugewiesen sein müsse, handele es sich jedoch um eine reine Ordnungsfrist, sodass die Fristversäumnis nicht zur Unwirksamkeit der Zuweisung führe. In der RLV-Mitteilung vom 1.2.2010 habe die Beklagte in zulässiger Weise von dem Vorbehalt in der Mitteilung vom 11.12.2009 Gebrauch gemacht und das RLV neu berechnet.

13

Zu Unrecht rüge der Kläger, dass die Berechnung ihres RLV nicht nachvollziehbar und die Bescheide daher zu unbestimmt seien. Aus den RLV-Mitteilungen sei die Höhe des RLV einschließlich des Zusatzbudgets für radiologische Diagnostik eindeutig hervorgegangen. Auch das Begründungserfordernis des [§ 35 Abs 1 SGB X](#) sei nicht verletzt. Nach der Rechtsprechung des BSG dürften bei Honorarbescheiden die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden, da sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richteten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut sei bzw zu dessen Pflichten es gehöre, über die Grundlagen der Abrechnungen der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. An die RLV-Mitteilung seien keine höheren Anforderungen zu stellen. Unabhängig davon könne allein wegen einer fehlenden oder fehlerhaften Begründung einer Verwaltungsentscheidung gemäß [§ 42 Satz 1 SGB X](#) nicht deren Aufhebung begehrt werden, wenn diese die Entscheidung erkennbar nicht beeinflusst haben könne.

14

Es sei nicht zu beanstanden, dass sich der Fallwert des Klägers an dem durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe der Urologen orientiere. Die RLV seien in [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) als arztgruppenspezifische Grenzwerte definiert, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten seien. Der Bezug zur Arztgruppe sei verbindlich.

15

Das BSG habe gebilligt, dass der EBewA in seinem Beschluss vom 22.9.2009 auf die Einbeziehung des Geschlechts als Differenzierungskriterium verzichtet habe, nachdem er keinen nachhaltigen Einfluss dieses Kriteriums auf die Höhe der Honorare habe feststellen können. Dass der Kläger bzw die Fachgruppe der Urologen im Fall der Ermittlung von geschlechtsspezifischen Gewichtungsfaktoren einen für sie im Vergleich zu anderen Fachgruppen günstigeren morbiditätsbedingten arztindividuellen Anpassungsfaktor zu erwarten hätten, sei nicht dargelegt und nicht erkennbar.

16

Zu Unrecht wende der Kläger sich dagegen, dass die Fallwerte nicht zumindest die Vergütung für die Ordinationsgebühr und die Sonografie abdecken würden. Diese Betrachtung übersehe, dass die Fallwerte Durchschnittswerte darstellten und zB eine Sonografie nicht in jedem Fall zwingend geboten sei. Ein Vertragsarzt habe keinen Anspruch darauf, dass sich die fachgebietsspezifischen wesentlichen Leistungen in der Höhe eines jeden einzelnen Behandlungsfalles und damit im RLV widerspiegeln. Es sei auch nicht zu beanstanden und auf die regional unterschiedlichen Ausgestaltungen der RLV zurückzuführen, dass in anderen KV-Bezirken andere Fallwerte für die RLV zugrunde gelegt würden.

17

Praxisbesonderheiten seien nicht anzuerkennen. Nach dem Beschluss des EBewA vom 22.9.2009 ergäben sich Praxisbesonderheiten aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe um mindestens 30 % vorliege. Nach der ab dem 1.1.2010 geltenden Honorarvereinbarung könnten sich Praxisbesonderheiten aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn dadurch der durchschnittliche Gruppenfallwert um 30 % überschritten werde. Eine solche Fallwertüberschreitung liege bei dem Kläger in den streitbefangenen Quartalen nicht vor. Er habe den Gruppenfallwert vielmehr unterschritten.

18

Die von dem Kläger gegenüber der Beklagten geltend gemachten Besuchsleistungen bei Versicherten in Pflegeheimen und die Ziffer 32013 seien bei dem Kläger in den streitgegenständlichen Quartalen bereits nicht RLV-relevant gewesen und daher nicht budgetiert vergütet worden. Die Ziffern 01410, 02322 und 02323 EBM-Ä machten keinen sicherstellungsrelevanten Anteil am Leistungsgeschehen der Praxis

des Klägers aus.

19

Soweit die Beklagte den Kläger im Rahmen des Honorarbescheides für das Quartal I/2010 einen Konvergenzzuschlag in Höhe von 1711,45 Euro gewährt habe, begrenze dies den Verlust des Klägers gegenüber den entsprechenden Quartalen des Jahres 2008 auf 12 %. Für das Begehren des Klägers, keinen Verlust gegenüber 2008 zu erleiden, gebe es keine entsprechende Regelung in den Vorgaben des EBewA für die Honorarverteilungssystematik ab 1.1.2010. Die geltend gemachte Existenzgefährdung sei nicht erkennbar und begründe auch keinen Ausgleichsanspruch aufgrund einer allgemeinen Härteklausele.

20

Der Kläger sei ferner nicht in dem Wachstum seiner Praxis unzulässig eingeschränkt. Dass bei der Honorarverteilung in der RLV-Systematik Fallzahlsteigerungen im Abrechnungsquartal dem Vertragsarzt erst im Folgejahresquartal für die Bestimmung des RLV zugutekommen, habe das BSG in mehreren Entscheidungen gebilligt. Seine wirtschaftlichen Einbußen führe der Kläger maßgeblich darauf zurück, dass es in K. eine Überversorgung mit Fachärzten für Urologie gebe. Dieser Umstand sei bei der Honorarverteilung nicht zu berücksichtigen. Das unternehmerische Risiko, im Vergleich zu seinen Kollegen derselben Fachgruppe einen geringeren Zulauf von Versicherten zu haben, habe die Honorarverteilungssystematik einem Vertragsarzt nicht abzunehmen.

21

Der Kläger macht mit seinen Revisionen geltend, die Vereinbarungen zur Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen seien aufgrund der fehlenden Berücksichtigung der schutzwürdigen Belange unterdurchschnittlich abrechnender Altpraxen, die ihren Sitz in einem Überversorgten Zulassungsgesperrten Gebiet hätten, rechtswidrig. Die Vorgaben verstießen gegen das Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars sowie gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und das Willkürverbot. Sie stünden weder mit dem von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) verfolgten Ziel der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis noch mit sonstigen legitimen Zielen wie der Erhöhung der Kalkulationssicherheit und der Punktwertstabilität in Einklang. Er gehöre dem überwiegenden Teil von über 70 % unterdurchschnittlich abrechnender Urologen an, was durch die fortgesetzte Zulassung weiterer Urologen im gesperrten, drastisch Überversorgten Planungsbereich der Stadt K. durch die Beklagte verursacht werde. Dies treffe kleine Praxen besonders hart, da die Betriebskosten im Verhältnis zu den Einnahmen überproportional stiegen. Systembedingt sei ihm weder eine Fallzahlsteigerung noch - aufgrund des fallzahlabhängigen Vergütungsmodells - eine Umsatzsteigerung möglich. Seine Fallzahlen hätten sich von 577 im Quartal I/2009 auf 537 im Quartal II/2010 kontinuierlich verringert. Im selben Verhältnis habe sich die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe von 923 im Quartal I/2009 auf 888,7 im Quartal II/2010 verringert.

22

Auch sei die Beklagte ihren Beobachtungs- und Reaktionspflichten beim Abschluss der Gesamtverträge nicht nachgekommen. [§ 87a Abs 2 Satz 2 SGB V](#) gestatte es den Vertragspartnern, einen Zuschlag auf den Orientierungspunktwert zu vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen und dabei der im Planungsbereich herrschenden Überversorgung Rechnung zu tragen.

23

Erforderlich sei eine Sonderregelung, die - vergleichbar der Regelungen für psychotherapeutische Praxen - ein Wachstum innerhalb von fünf Jahren nicht nur zum Durchschnittshonorar der Gruppe, sondern zum Durchschnittsüberschuss ermöglichen müsse. Die bundesgesetzlichen Vorgaben in [§ 87a Abs 2 Satz 2](#) und [§ 87 Abs 2 f SGB V](#) schlossen dies nicht aus. In Planungsbereichen, in denen schon lange vor Einführung der RLV-Vergütungssystematik eine eklatante Überversorgung mit einem überwiegenden Anteil von unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen vorhanden gewesen sei, überschreite die unterschiedslose Anwendung des Regelungskonzeptes die Grenze der Rechtssetzungsbefugnis des Normgebers.

24

Das Rechtsschutzbedürfnis des Klägers werde nicht dadurch in Frage gestellt, dass er zur Vermeidung überproportionaler Verluste einen Konvergenzzuschlag erhalten habe und dass seine das RLV überschreitende Honorarforderung abgestaffelt vergütet worden sei. Es verblieben Honorarverluste. Zudem sei die Konvergenzregelung eine reine Übergangsregelung mit zeitlich beschränkter Dauer, die auf alle Praxen zur Anwendung gekommen sei und sich daher nicht eigne, die bei ihm bestehenden Besonderheiten zu kompensieren.

25

Die Beklagte habe seine mit der Widerspruchseinlegung gestellten Anträge auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkten nur einmalig betreffend die Quartale I/2009 und II/2009 beschieden. Eine Einbeziehung nach [§ 86 SGG](#) sei nicht zutreffend. Bezüglich der Quartale III/2009 bis II/2010 sei im laufenden Widerspruchsverfahren keine Entscheidung über die Anträge ergangen. Die Entscheidung sei vielmehr erst im Widerspruchsbescheid durch den funktional und sachlich unzuständigen Vorstand getroffen worden. Eine "erstinstanzliche" Behördenentscheidung über die Anträge des Klägers sei insoweit nicht getroffen worden. Dies stelle einen schweren Verfahrensfehler dar, da über den Antrag gesondert zu entscheiden gewesen sei.

26

Im HVV für das Jahr 2009 fehle es an einer Regelung zur Geltendmachung von Praxisbesonderheiten. Die Beklagte sei nicht befugt, an die Stelle einer fehlenden Regelung für 2009 den Grundsatzbeschluss des Vorstandes vom 4.3.2009 zu setzen. Die Regelungen seien im HVV

selbst zu treffen. Für das Jahr 2009 sei somit auf die allgemeine Regelung durch den EBewA mit Beschluss vom 27.2.2009, Teil A Punkt 4, abzustellen. Danach habe eine Praxisbesonderheit im Einzelfall auch bei einer Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von unter 30 % festgestellt werden können; feste Grenzwerte seien nicht vorgegeben gewesen. Dem Kläger sei aus Sicherstellungsgründen ein Fallwertzuschlag aufgrund der höheren Anzahl von Leistungen im Bereich der Besuchs- und Visitentätigkeit bei Patienten zu Hause und in Pflegeheimen nach Ziffer 01410 EBM-Ä (Ansatzhäufigkeit 8,4 % Kläger, 3,8 % Erbringerpraxen der Fachgruppe), Ziffer 01413 EBM-Ä (8,3 % Kläger, 2,3 % Erbringerpraxen der Fachgruppe) und Ziffer 01415 EBM-Ä (2,0 % Kläger, 0,6 % Erbringerpraxen der Fachgruppe) zu gewähren. Er habe zudem einen überdurchschnittlichen Anteil der Versorgung von Patienten mit Kathetern nach Ziffer 02322 EBM-Ä (7,4 % Kläger, 5,9 % Erbringerpraxen der Fachgruppe), Ziffer 02323 EBM-Ä (16,7 % Kläger, 5,3 % Erbringerpraxen der Fachgruppe). Zudem bestehe ein Schwerpunkt bei der Abklärung von Fertilitätsstörungen nach Ziffer 32013 EBM-Ä (1,8 % Kläger, 0,8 % Erbringerpraxen der Fachgruppe). Richtigerweise könne es nur auf die Sicherstellung im Planungsbereich K. ankommen, sodass der Vergleich der Ansatzfrequenz noch deutlich höher zugunsten des Klägers ausfallen würde. Soweit das LSG ausführe, Besuchsleistungen seien nicht RLV-relevant, übersehe es, dass für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nicht nur auf Leistungen aus dem budgetierten Bereich abzustellen sei.

27

Ferner sei ihm das RLV für das Quartal II/2009 verspätet zugewiesen worden. Daher stehe ihm ein höheres RLV zu, dass auf der Grundlage von Fallzahlen und Fallwerten aus vorangegangenen Quartalen zu berechnen sei.

28

Ferner halte er daran fest, dass die fehlende Umsetzung der Vorgaben in [§ 87b Abs 3 Satz 6 SGB V](#), wonach "Alter" und "Geschlecht" gleichwertig als Morbiditätskriterien nebeneinander stünden, rechtswidrig sei.

29

Der Kläger beantragt, die Urteile des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 8.11.2016 ([L 4 KA 44/14](#) und [L 4 KA 45/14](#)) aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen die Urteile des SG Kiel vom 12.2.2014 ([S 16 KA 1155/13](#) und [S 16 KA 1156/13](#)) zurückzuweisen.

30

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

31

Gesonderte Regelungen für das Wachstum unterdurchschnittlich abrechnender Altpraxen seien im Hinblick auf die Honorarverteilungssystematik entbehrlich, da jeder Arzt die Möglichkeit habe, durch Fallzahlerhöhungen innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren den Durchschnitt der Fachgruppe zu erreichen. Für das vom Kläger darüber hinausgehend geltend gemachte Wachstum zum Durchschnittsüberschuss gebe es keine Grundlage. Hieran ändere auch die Überversorgung im Planungsbereich K. nichts. Das BSG habe stets betont, dass dem Vertragsarzt im Hinblick auf Berufsfreiheit und Honorarverteilungsgerechtigkeit die Chance bleiben müsse, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder durch bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Das wirtschaftliche Risiko bleibe beim Vertragsarzt und es obliege auch nicht der KÄV, durch Honorarverteilungsregelungen regulierend in den Markt einzugreifen.

32

Hinsichtlich der Anerkennung von Praxisbesonderheiten sei in den HVV eine Regelung aufgenommen worden, die im Einklang mit dem insoweit maßgebenden Beschluss des EBewA vom 27.2.2009 stehe. Dass die Gesamtvertragspartner nicht von der dort eröffneten Möglichkeit Gebrauch gemacht hätten, eine Regelung zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei einer Überschreitung des Fallwertes der Arztgruppe um weniger als 30 % zu treffen, sei nicht zu beanstanden.

33

Entgegen der Auffassung des LSG seien Praxisbesonderheiten nicht bereits bei der Zuweisung von RLV zu berücksichtigen. Die Gesamtvertragspartner hätten sich auf ein Antragsverfahren zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten in einem gesonderten Verwaltungsverfahren verständigt. Auch seien Zahlungsansprüche bei einer nachträglichen Erhöhung des RLV gemäß [§ 87b Abs 5 Satz 5 SGB V](#) rückwirkend zu erfüllen. Wenn entsprechende Anträge nicht gestellt oder bestandskräftig abgelehnt worden seien, seien Praxisbesonderheiten oder Härtefallgesichtspunkte, für die ebenfalls ein Antragserfordernis bestehe, im Rahmen angefochtener Honorarabrechnungen folglich nicht zu prüfen. Es handele sich bei der isolierten Bescheidung von Anträgen auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten bzw Härtefällen um die isoliert anfechtbare Festlegung von Bemessungsgrundlagen, die bei der Ermittlung des Honoraranspruchs heranzuziehen seien.

34

Der Senat hat die Verfahren [B 6 KA 7/17 R](#) und [B 6 KA 8/17 R](#) mit Beschluss vom 3.7.2017 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Aktenzeichen [B 6 KA 7/17 R](#) verbunden.

II

35

Die Revision des Klägers hat insofern Erfolg, als die Beklagte verpflichtet wird, über das Honorar des Klägers im Quartal I/2010 unter Beachtung der Geltung des für das Quartal I/2010 vorläufig zugewiesenen Regelleistungsvolumens in Höhe von 11 871,60 Euro bis einschließlich 4.2.2010 erneut zu entscheiden. Im Übrigen bleibt die Revision erfolglos.

36

1. Rechtsgrundlage der hier maßgebenden Regelungen zur Vergütung von Vertragsärzten ist [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) in der vom 1.7.2008 bis 22.9.2011 geltenden und deshalb in den streitbefangenen Quartalen anzuwendenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26.3.2007 ([BGBl I 378](#); im Folgenden: aF). Danach wurden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1.1.2009 von den KÄVen auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs 2 SGB V](#) vergütet. Dieser Vergütung lag die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige KÄV zu zahlende Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KÄV ([§ 87a Abs 3 Satz 1 SGB V](#)) zugrunde. Nach [§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) in der genannten Fassung waren zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Ein RLV in diesem Sinne war nach [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) aF die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs 2 SGB V](#) aF enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten war. Abweichend von [§ 87b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) war die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten ([§ 87b Abs 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V](#) aF). Nach [§ 87b Abs 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) aF waren die Werte für die RLV nach [§ 87b Abs 2 SGB V](#) aF morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen. Die Morbidität nach Satz 1 war gemäß [§ 87b Abs 2 Satz 6 SGB V](#) aF mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen. Die Aufgabe, bundeseinheitliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu treffen, welche von den regionalen HHV-Partnern zu beachten waren, war dem BewA - zusätzlich zu seiner originären Kompetenz der Leistungsbewertung nach [§ 87 Abs 2 SGB V](#) - übertragen worden (BSG Urteil vom 19.8.2015 - [B 6 KA 34/14 R - BSGE 119, 231](#) = SozR 4-2500 § 87b Nr 7 RdNr 25 mwN). Nach [§ 87b Abs 4 Satz 1 SGB V](#) aF hatte der BewA erstmalig bis zum 31.8.2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach [§ 87b Abs 2](#) und 3 SGB V aF sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten zu bestimmen.

37

Seinem hierauf gründenden Regelungsauftrag ist der EBewA für den streitbefangenen Zeitraum durch den - in der Folge mehrfach geänderten - Beschluss nach [§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) in seiner 7. Sitzung am 27./28.8.2008 (DÄ 2008, A-1995) mit Wirkung vom 1.9.2008 nachgekommen. Nach Teil F Ziffer 1.2.1 des vorgenannten Beschlusses werden die RLV nach Maßgabe von Teil F Ziffern 2 und 3 für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Den Rechenweg für die Bestimmung des arztindividuellen RLV hat der EBewA in der Anlage 2 zu Teil F Ziffer 1 des Beschlusses vom 27./28.8.2008 wie folgt vorgegeben: Zunächst ist anhand der im Beschluss festgelegten Berechnungsformel und auf der Grundlage des (angepassten) Vergütungsvolumens 2007 das "vorläufige RLV-Vergütungsvolumen" - getrennt nach hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich - zu ermitteln und sodann aus diesem unter Vornahme vorgegebener Abzüge (insbesondere für abgestaffelte Leistungen, erwartete Zahlungen für Neupraxen, für Ärzte und Einrichtungen, die kein RLV erhalten, sowie der Vergütungen des Jahres 2007 für bestimmte Leistungen, im hausärztlichen Bereich auch für zu erwartende Zahlungen für Qualitätzuschläge) das jeweilige "RLV-Vergütungsvolumen" eines Versorgungsbereichs zu bilden (Ziffer 2). Gemäß der unter Teil F Ziffer 3 vorgegebenen Formel ist anschließend der arztgruppenspezifische Anteil hieran zu berechnen, und gemäß Teil F Ziffer 4 der arztgruppenspezifische Fallwert. Die Multiplikation dieses Fallwertes mit der Fallzahl des Arztes (Ziffer 5) sowie eine morbiditätsbezogene Differenzierung nach Altersklassen gemäß der unter Ziffer 6 aufgeführten Formel ergibt dann unter Anwendung der konkreten (regionalen) Berechnungsformel das arztindividuelle RLV. Vereinfacht dargestellt ergibt sich die Höhe des arzt- und praxisbezogenen RLV damit aus der Multiplikation der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert. Ferner sollten die Partner der Gesamtverträge gemäß Teil F Ziffer 3.6 Regelungen für Praxisbesonderheiten und gemäß Teil F Ziffer 3.7 Regelungen als Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten schaffen.

38

Die für den Bezirk der beklagten KÄV geschlossene Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2010 nimmt in Teil D Ziffer 1.2 für die Berechnung der RLV Bezug auf die Vorgaben der Beschlüsse des EBewA Teil F nebst Anlagen 1 und 2, soweit nichts abweichendes bestimmt ist.

39

2. Die dargestellten gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben hat die Beklagte bei der Festsetzung der RLV des Klägers zutreffend umgesetzt und dieses RLV in nicht zu beanstandender Weise der Bemessung des Honorars zugrunde gelegt. Anhaltspunkte für Fehler bezogen auf die Berechnung des RLV oder die Honorarberechnung sind auch unter Berücksichtigung des umfangreichen Vorbringens des Klägers nicht ersichtlich.

40

a) Entgegen der Auffassung des Klägers ist sein Honorar nicht deshalb fehlerhaft zu niedrig festgesetzt worden, weil die Vorgabe aus [§ 87b Abs 3 Satz 6 SGB V](#) aF nicht umgesetzt worden wäre. Wie oben dargelegt, war die bei der Festlegung der RLV zu berücksichtigende Morbidität gemäß [§ 87b Abs 3 Satz 6 SGB V](#) aF mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen. In seinem Beschluss vom 27./28.8.2008 hat der EBewA dazu unter Teil F Nr 3.2.2 festgestellt, dass das abgerechnete Volumen durch das Kriterium "Geschlecht" nicht signifikant beeinflusst wird. Dementsprechend konnte der EBewA die gesetzlichen Vorgaben nur umsetzen, indem er dem Geschlecht keinen Faktor oder - gleichbedeutend - den Faktor 1,0 zuordnet. Eine Vorgabe dahin, dass der BewA fiktiv von anderen als den tatsächlich bestehenden Verhältnissen auszugehen hätte, kann [§ 87b Abs 2 Satz 6 SGB V](#) aF nicht entnommen werden (vgl bereits BSG Urteil vom 11.12.2013 - [B 6 KA 4/13 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 5 RdNr 29).

41

b) Auch die Konvergenzregelungen, die mit der Neugestaltung des Vergütungssystems zum 1.1.2009 eingeführt worden sind, verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Dabei kann offen bleiben, ob die vom BewA und von den Gesamtvertragspartnern getroffenen Regelungen zur Begrenzung überproportionaler Honorarverluste insgesamt rechtmäßig sind. Nach [§ 87b Abs 3 Satz 5 SGB V](#) (idF des GKV-WSG) können Anteile der Gesamtvergütung für die Bildung von Rückstellungen zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben und zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten verwendet werden. Der EBewA hat in seiner 7. Sitzung am 27./28.8.2008 unter Teil F einen Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach [§ 87b Abs 2](#) und 3 SGB V aF gefasst (DÄ 2008, A-1988). In Teil F Ziffer 3.7 ermächtigte er die Partner der Gesamtverträge zu Ausgleichszahlungen im Fall von Honorarverlusten um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, die durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet waren, dass extrabudgetäre Leistungen nicht fortgeführt worden waren. Mit Beschlüssen vom 15.1.2009 (DÄ 2009, A-308) und vom 27.2.2009 (DÄ 2009, A-574) machte der EBewA weitere Vorgaben zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste und übertrug den Gesamtvertragspartnern die nähere Ausgestaltung. Für Schleswig-Holstein vereinbarten die Vertragspartner des HVV eine Begrenzung der Verluste und Gewinne, wobei der Kläger von der Verlustbegrenzung auf maximal 12 % in den Quartalen I/2010 und II/2010 profitierte. Allerdings ist der Honorarbescheid II/2010 nicht Gegenstand des vorliegenden, sondern eines unter dem Aktenzeichen S 16 KA 30/14 R beim SG Kiel anhängigen Verfahrens, sodass über die Rechtmäßigkeit der Konvergenzregelung bezogen auf das Quartal II/2010 hier nicht zu entscheiden ist. Ob die von den Gesamtvertragspartnern getroffene Regelung zur Begrenzung von Gewinnen mit höherrangigem Recht vereinbar ist (vgl zu dieser Problematik, allerdings bezogen auf eine abweichende Fallgestaltung: BSG Urteil vom 5.6.2013 - [B 6 KA 47/12 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 3 RdNr 16 ff), kann hier dahingestellt bleiben, weil sie auf den Kläger wegen der in allen streitgegenständlichen Quartalen eingetretenen Honorarverluste keine Anwendung gefunden hat.

42

3. Der Umstand, dass der Kläger im Vergleich zu anderen im Bezirk der Beklagten niedergelassenen Urologen in erheblich unterdurchschnittlichem Umfang vertragsärztliche Leistungen abrechnet, begründet keinen Anspruch auf Erhöhung des RLV oder auf ein höheres Honorar. Der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes ist grundsätzlich auf die angemessene und leistungsgerechte Teilhabe an der von den Krankenkassen an seine KÄV entrichteten MGV entsprechend Art und Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der geltenden Verteilungsregelungen begrenzt (vgl BSG Urteil vom 23.3.2011 - [B 6 KA 6/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 63 RdNr 13, 25 mwN). Für eine Verpflichtung der Vertragspartner auf Bundesebene, die Kostenstrukturen kleinerer Praxen unabhängig von Fragen der Sicherstellung der Versorgung besonders zu berücksichtigen, gibt es keine Grundlage (zu Laborpraxen vgl BSG Urteil vom 11.10.2006 - [B 6 KA 46/05 R](#) - BSGE 97, 170 = [SozR 4-2500 § 87 Nr 13](#), RdNr 37). Auch soweit der Kläger im Berufungsverfahren einen Mindestfallwert begehrt hat, der zumindest die Ordinationsgebühr und die Leistung Sonografie abdecken müsse, besteht hierauf kein Anspruch. 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.

43

4. Der Kläger wird durch die im Bezirk der beklagten KÄV geltenden Regelungen auch nicht rechtswidrig in seinen Wachstumsmöglichkeiten eingeschränkt. Nach ständiger Rechtsprechung müssen umsatzmäßig unterdurchschnittliche Praxen allerdings die Möglichkeit haben, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen (vgl zB BSG Urteil vom 28.1.2009 - [B 6 KA 5/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 24 ff; BSG Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - BSGE 83, 52, 59 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 28](#) 208 f; BSG Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - BSGE 92, 10 = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), RdNr 19 mwN). Der Vertragsarzt muss die Chance haben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern (stRspr, vgl BSG Urteil vom 5.6.2013 - [B 6 KA 32/12 R](#) -; BSGE 113, 298 = [SozR 4-2500 § 85 Nr 76](#), RdNr 49; BSG Urteil vom 17.7.2013 - [B 6 KA 44/12 R](#) - [SozR 4-2500 § 87b Nr 2](#) RdNr 17; BSG Urteil vom 28.1.2009 - [B 6 KA 5/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 24; BSG Urteil vom 3.2.2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 50](#) RdNr 14; BSG Urteil vom 17.2.2016 - [B 6 KA 4/15 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 85](#) RdNr 34). Die Wachstumsmöglichkeiten dürfen sich nicht auf Praxen in der Aufbauphase beschränken, sondern sind auch auf bereits etablierte Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz zu beziehen (vgl BSG Urteil vom 17.2.2016 - [B 6 KA 4/15 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 85](#) RdNr 34; BSG Urteil vom 28.1.2009 - [B 6 KA 5/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 25 mwN). Während Praxen in der Aufbauphase ein sofortiges Wachstum auf den Fachgruppendurchschnitt möglich sein muss, ist es bezogen auf andere unterdurchschnittlich abrechnende Praxen ausreichend, wenn der Fachgruppendurchschnitt binnen fünf Jahren erreicht werden kann (BSG Urteil vom 28.1.2009 - [B 6 KA 5/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 29 mwN).

44

Diesen Vorgaben werden die in Teil F des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 und im HVV der Beklagten getroffenen Regelungen zur Wachstumsmöglichkeit von Praxen gerecht:

45

a) Nach Teil F Ziffer 3.5 des og Beschlusses des EBewA beschließen die Partner der Gesamtverträge für Neuzulassungen von Vertragsärzten und die Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Gesamtvertragspartner. Die für den Bezirk der beklagten KÄV geschlossene Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2010 enthält unter Teil D Ziffer 2.1 eine entsprechende Sonderregelung für Praxen in der Wachstumsphase, die innerhalb des abzurechnenden Quartals weniger als fünf Jahre niedergelassen sind und deren RLV-relevante Fallzahl unterdurchschnittlich ist. Diesen Ärzten werden die Leistungen bis zu einer individuellen Obergrenze aus individueller Fallzahl bis maximal zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe und RLV-Fallwert der Arztgruppe nach der Euro-Gebührenordnung vergütet.

46

Auf den Kläger findet diese für Praxen in der Aufbauphase geschaffene Regelung keine Anwendung, da er seine vertragsärztliche Praxis in den streitgegenständlichen Quartalen bereits seit mehr als fünf Jahren geführt hatte. Die Praxis des Klägers ist somit keine Aufbau Praxis, sondern eine sonstige unterdurchschnittlich abrechnende Praxis. Sein Honorar lag in den hier maßgebenden Quartalen nur wenig über der Hälfte des Fachgruppendurchschnitts. So erzielte er im Quartal I/2010 ein Honorar in Höhe von 25 940 Euro, während der Fachgruppendurchschnitt bei 48 600,92 Euro lag.

47

Damit ist es grundsätzlich ausreichend, dass er die Möglichkeit hat, den Fachgruppendurchschnitt innerhalb von fünf Jahren zu erreichen. Diesen Anforderungen werden die hier maßgebenden Vorschriften zur Honorarverteilung gerecht, ohne dass es dazu einer Sonderregelung bedarf. Die og Anforderungen zu den Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen gelten unabhängig von der Ausgestaltung der Honorarverteilung und der Art der Begrenzungsregelung (BSG Urteil vom 3.2.2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 50 RdNr 16) und damit auch für die Festlegung von RLV (BSG Urteil vom 5.6.2013 - [B 6 KA 32/12 R](#) = [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 50). Anders als etwa bei Individualbudgets, die an das Honorar einer Praxis in einem vorangegangenen Abrechnungsquartal anknüpfen, kann der Arzt sein Budget unter Geltung der RLV aber bereits durch eine Erhöhung seiner Fallzahl bis zum Durchschnitt der Fachgruppe und auch darüber hinaus steigern. Da das RLV des einzelnen Arztes nach Anlage 2 Nr 5 des Beschlusses vom 27/28.8.2008 im Grundsatz durch die Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal berechnet wird, führt eine Erhöhung der Fallzahl zu einer entsprechenden Erhöhung des RLV im entsprechenden Quartal des Folgejahres. Der Umstand, dass sich eine Erhöhung der Fallzahlen nicht im aktuellen Quartal, sondern jeweils erst im entsprechenden Quartal des Folgejahres in Form einer Erhöhung des RLV auswirkt, ist nicht zu beanstanden. Ausschlaggebend ist, dass der Fachgruppendurchschnitt auch unter Berücksichtigung eines solchen "Moratoriums" innerhalb von fünf Jahren realistisch und in effektiver Weise erreicht werden kann (BSG Urteil vom 28.1.2009 - [B 6 KA 5/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 32 f; vgl BSG Urteil vom 17.7.2013 - [B 6 KA 44/12 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 2 RdNr 39, 41). Das ist hier der Fall. Der Kläger hat eine Erhöhung des RLV nur deshalb nicht erreicht, weil er seine Patientenzahlen - nach seinen Darlegungen aufgrund der Konkurrenzsituation (vgl dazu nachfolgend c), RdNr 51 ff) - tatsächlich nicht wesentlich steigern konnte.

48

b) Soweit der Senat in einer Entscheidung vom 28.1.2009 ([B 6 KA 5/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 27) erwogen hat, ob eine Steigerungsmöglichkeit auch in der Form gewährt werden kann oder muss, dass anstelle eines Fallzahlzuwachses (oder zumindest gleichberechtigt daneben) auch Fallwertsteigerungen zu berücksichtigen sind, hat er in einer Entscheidung vom 17.2.2016 ([B 6 KA 4/15 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 85 RdNr 35; vgl auch BSG Beschluss vom 28.6.2017 - [B 6 KA 89/16 B](#) - RdNr 9; Clemens in Wenzel, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 3. Aufl 2013, Kap 13 RdNr 268; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand 10/2016, K § 85 RdNr 256g) klargestellt, dass eine solche Verpflichtung nur in besonderen Fallkonstellationen in Betracht kommen kann, etwa im Zusammenhang mit einer Änderung der Praxisausrichtung. Dafür gibt es hier keine Anhaltspunkte. Neben der Fallzahl lag auch der Fallwert der klägerischen Praxis im hier maßgebenden Zeitraum unter dem Durchschnitt der Fachgruppe.

49

Der Kläger möchte eine Leistungsmengensteigerung und eine Steigerung seines individuellen Fallwertes belegen, indem er seinen arztindividuellen Fallwert, den er durch Division der eigenen Honorarforderung im RLV-Bereich durch die eigene RLV-relevante Fallzahl berechnet, mit dem arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert seiner Arztgruppe vergleicht. Der arztgruppenspezifische Fallwert spiegelt aber nicht das tatsächliche Leistungsgeschehen in der Arztgruppe im Durchschnitt wider, sondern ist Ergebnis der vom EBewA in Anlage 2 Nr 4 zum Beschluss vom 27./28.8.2008 vorgegebenen Rechenoperation. Eine Fallwertüberschreitung im Verhältnis zum durchschnittlichen Gruppenfallwert lag beim Kläger nach den gemäß [§ 163 SGG](#) für den Senat bindenden Feststellungen des LSG im Quartal I/2010 nicht vor. Gesichtspunkte, die Anlass geben könnten, an deren Richtigkeit zu zweifeln, kann der Senat auch dem Vorbringen des Klägers nicht entnehmen. Wie die Beklagte im angefochtenen Widerspruchsbescheid nachvollziehbar dargelegt hat, hat der Kläger den Gruppenfallwert auch im Quartal II/2010 (geringfügig) unterschritten.

50

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass einer mit höheren Fallwerten verbundenen besonderen Praxisausrichtung nach dem Beschluss des BewA vom 27/28.8.2008 sowie dem für den Bezirk der Beklagten vereinbarten HVV, ua durch die Möglichkeit zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen war. Dass der Kläger von diesen Regelungen nicht profitiert, ist darauf zurückzuführen, dass keine im vorliegenden Zusammenhang maßgebenden Praxisbesonderheiten vorliegen (vgl dazu nachfolgend 5., RdNr 56).

51

c) Im Übrigen macht der Kläger nicht in erster Linie geltend, dass er an einem Wachstum gerade durch die Regelungen zur Honorarverteilung gehindert würde, sondern dass er den Umfang seiner Tätigkeit aufgrund einer zunehmenden Überversorgung mit Urologen in dem Planungsbereich, in dem er seinen Sitz hat, nicht wesentlich habe steigern können.

52

Zutreffend ist, dass der Kläger weder seine Fallzahlen noch seinen Fallwert nennenswert gesteigert hat. Soweit der Kläger dabei einen Zusammenhang mit - aus seiner Sicht ungerechtfertigten - Sonderbedarfszulassungen herstellt, ist schon nicht deutlich geworden, ob solche in den letzten Jahren in seinem Planungsbereich (Stadt K.) erteilt worden sind. Der Hinweis auf eine aktuelle Sonderbedarfszulassung eines Urologen in N. geht an der Sache vorbei. Wenn in dem Planungsbereich N. trotz genereller Überversorgung für die Stadt N. ein Versorgungsdefizit bestehen sollte, läge auf der Hand, dass eine Sonderbedarfszulassung dort nicht mit der Begründung abgelehnt werden kann, in der 35 km entfernten Stadt K. stünden mehrere unterdurchschnittlich ausgelastete urologische Praxen zur Verfügung, die Patienten aus N. übernehmen könnten.

53

Feststellungen zu der Frage, ob sich der Grad der Überversorgung in dem Planungsbereich tatsächlich in den letzten Jahren erhöht hat, hat das LSG nicht getroffen und auf der Grundlage der vom LSG getroffenen Feststellungen kann auch nicht beurteilt werden, ob etwaige Entscheidungen der Zulassungsgremien rechtmäßig sind. Darauf kommt es für die vorliegende Entscheidung indes nicht an. Selbst wenn dem Kläger durch die Zulassung weiterer Vertragsärzte wirtschaftliche Nachteile entstanden sein sollten, wäre die Beklagte nicht verpflichtet, dies durch Gewährung zusätzlichen Honorars auszugleichen. Es existieren weder gesetzliche noch verfassungsrechtliche Bestimmungen, die es gebieten würden, die fehlende Auslastung einer Praxis aufgrund geringer Patientenzahlen und daraus folgende geringe Honorarforderungen - losgelöst von Fragen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung oder von einzelfallbezogenen Härten - durch Ausgleichsregelungen bei der Honorarverteilung dauerhaft zu kompensieren. Ein subjektives Recht auf Ausgleich der durch die Konkurrenz bedingten Einkommenseinbußen gibt es nicht, und auch Grundrechte gewähren kein Recht auf Fernhaltung von Konkurrenz (BSG Urteil vom 7.2.2007 - [B 6 KA 8/06 R](#) - [BSGE 98, 98](#) = [SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), RdNr 23).

54

Wie das BSG bereits im Zusammenhang mit der Anfechtungsbefugnis bei Konkurrentenklagen entschieden hat, dienen die Vorschriften zur Bedarfsplanung nicht dem Schutz der wirtschaftlichen Interessen der bereits niedergelassenen Vertragsärzte, sondern der Sicherung der Leistungsfähigkeit und der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als Gemeinwohlaufgabe (BSG Urteil vom 7.2.2007 - [B 6 KA 8/06 R](#) - [BSGE 98, 98](#) = [SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), RdNr 16, 21; vgl auch BVerfG Beschluss vom 27.4.2001 - [1 BvR 1282/99](#) - [MedR 2001, 639](#) RdNr 9). Auch das GG garantiert umfassenden Rechtsschutz nur unter der Voraussetzung, dass die Verletzung einer Rechtsposition geltend gemacht wird, die die Rechtsordnung im Interesse des Einzelnen gewährt. Welche Rechte der Einzelne danach geltend machen kann, bestimmt sich - abgesehen von Grundrechten und sonstigen verfassungsmäßigen Rechten - nach den Regelungen des einfachen Rechts (BVerfG Beschluss vom 23.5.2006 - [1 BvR 2530/04](#) - [BVerfGE 116, 1](#), 11; BVerfG Beschluss vom 9.1.1991 - [1 BvR 207/87](#) - [BVerfGE 83, 182](#) f, jeweils mwN).

55

Wenn die wirtschaftlichen Interessen des Klägers dagegen nicht durch die Erteilung regulärer Zulassungen, sondern durch Sonderbedarfszulassungen oder Ermächtigungen wesentlich beeinträchtigt worden sein sollten, hätte er wegen des Vorrangs seiner Zulassung grundsätzlich die Möglichkeit gehabt, mit Widerspruch und Klage gegen die Entscheidung der Zulassungsgremien vorzugehen, um rechtswidrige Entscheidungen zu verhindern (vgl BVerfG Beschluss vom 17.8.2004 - [1 BvR 378/00](#) - [SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#)). Die zur Verwirklichung des Grundrechts aus [Art 12 Abs 1 GG](#) erforderliche angemessene Verfahrensgestaltung ist damit gewährleistet. Soweit subjektive Rechte des Klägers durch Zulassungsentscheidungen nicht verletzt werden, er von der Möglichkeit, gegen rechtswidrige Zulassungsentscheidungen vorzugehen keinen Gebrauch macht oder sich die Entscheidung der Zulassungsgremien als rechtmäßig erweist, hat er keine rechtlichen Möglichkeiten, gegen die dadurch möglicherweise bedingten Einkommenseinbußen vorzugehen. Vielmehr muss er sich darum bemühen, die Auslastung seiner Praxis etwa durch ein besonders attraktives Angebot (bezogen auf Praxisausstattung, Praxisorganisation, Öffnungszeiten, ua) zu steigern und dadurch seine Position im Wettbewerb mit anderen zugelassenen Vertragsärzten zu verbessern. Zwar findet die Berufsausübung des Vertragsarztes in einem staatlich regulierten Markt statt (BVerfG Beschluss vom 17.8.2004 - [1 BvR 378/00](#) - [SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#) RdNr 24; BVerfG Urteil vom 20.3.2001 - [1 BvR 491/96](#) - [BVerfGE 103, 172](#), 185 ff = [SozR 3-5520 § 25 Nr 4](#)) und das System der Bedarfsplanung bedingt - auch wenn darin nicht das primäre Ziel liegt - dass dieser nicht in gleichem Maße wie andere freiberuflich tätige Berufsgruppen der Konkurrenz ausgesetzt ist (vgl BVerfG Beschluss vom 17.8.2004 - [1 BvR 378/00](#) - [SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#) RdNr 21). Andererseits ist auch die Tätigkeit des Vertragsarztes durch ein erhebliches Maß an Handlungsfreiheit in beruflicher und persönlicher Hinsicht geprägt. Dementsprechend bestimmt § 32 Abs 1 Satz 1 Ärzte-ZV, dass der Vertragsarzt seine Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben hat (vgl BSG Urteil vom 30.11.2016 - [B 6 KA 38/15 R](#) - [BSGE](#) (vorgesehen) = [SozR 4-2500 § 75 Nr 18](#), RdNr 102). Kennzeichnend für die freiberufliche Tätigkeit des Vertragsarztes ist, dass er das wirtschaftliche Risiko der Praxis trägt (BSG Urteil vom 23.6.2010 - [B 6 KA 7/09 R](#) - [BSGE 106, 222](#) = [SozR 4-5520 § 32 Nr 4](#), RdNr 37 f). Dies verkennt der Kläger, wenn er geltend macht, dass es ihm gerade wegen der unbefriedigenden Erlössituation nicht möglich sei, die Attraktivität seiner Praxis etwa durch weitere Investitionen in die Praxisausstattung zu steigern und dass die dadurch bedingten Einkommenseinbußen durch besondere Regelungen zum Honoraranspruch kleiner Praxen kompensiert werden müssten. Auch wenn es dem Kläger ohne eigenes Verschulden nicht gelingt, die Attraktivität seiner Praxis zu steigern und dadurch die Fallzahlen zu erhöhen, gibt es keine Verpflichtung der beklagten KÄV, dies durch eine entsprechende Ausgestaltung des Honorarsystems zu kompensieren. Der BewA sowie die Partner des HVV dürften nicht einmal berechtigt gewesen sein, Regelungen zu treffen, mit denen kleine Praxen mit niedrigen Patientenzahlen unabhängig von Sicherstellungserfordernissen dauerhaft gestützt werden, weil dies mit dem gesetzlich vorgegebenen System der RLV grundsätzlich nicht zu vereinbaren ist (für den hier maßgebenden Zeitraum der Jahre 2009 bis 2011 vgl BSG Urteil vom 5.6.2013 - [B 6 KA 47/12 R](#) - zu der für Abrechnungszeiträume bis zum 31.12.2008 maßgebenden Rechtslage vgl bereits BSG Urteil vom 18.8.2010 - [B 6 KA 27/09 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 58](#) RdNr 38 ff; BSG Urteil vom 6.2.2013 - [B 6 KA 13/12 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 73](#)). Darauf kommt es hier indes nicht an; entscheidend ist, dass jedenfalls keine entsprechende Verpflichtung des Gesetzgebers oder der untergesetzlichen Normgeber bestand.

56

5. Der Kläger kann auch nicht aufgrund von Praxisbesonderheiten oder aufgrund einer Härteklauseel ein höheres RLV bzw ein höheres Honorar beanspruchen. Der Senat ist zwar nicht an einer inhaltlichen Prüfung gehindert (a). Praxisbesonderheiten (b) oder ein Härtefall (c) liegen jedoch nicht vor.

57

a) Das LSG ist zutreffend davon ausgegangen, dass die Klage bezogen auf die geltend gemachten Praxisbesonderheiten und die Härtefallentscheidung nicht bereits deshalb als unzulässig abzuweisen ist, weil es an entsprechenden Verwaltungsentscheidungen fehlen würde. Die Beklagte hat in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid im Zusammenhang mit der Frage der Rechtmäßigkeit der RLV-Zuweisung und der Honorarhöhe auch zu der Frage Stellung genommen, ob Praxisbesonderheiten oder ein Härtefall vorliegen. Entgegen der Auffassung des Klägers ist der Widerspruchsbescheid auch nicht mit der Begründung als teilweise fehlerhaft anzusehen, dass es insoweit an

einem Ausgangsbescheid fehlen würde (zu einer solchen Konstellation vgl BSG Urteil vom 18.1.2011 - [B 2 U 15/10 R](#) - [SGb 2012, 178](#) RdNr 13; BSG Urteil vom 30.3.2004 - [B 4 RA 48/01 R](#) - Juris RdNr 14 f). Die Beklagte durfte die Frage, ob das RLV bzw das Honorar aufgrund von Praxisbesonderheiten oder eines Härtefalles zu erhöhen war, zum Gegenstand des anhängigen Widerspruchsverfahrens machen, obwohl im Ausgangsbescheid zu dieser Frage nicht ausdrücklich Stellung genommen wird und obwohl gesonderte Entscheidungen dazu im laufenden Widerspruchsverfahren allein bezogen auf die (hier nicht streitgegenständlichen) Quartale I und II/2009 ergangen sind.

58

Dem steht nicht die Rechtsprechung des Senats entgegen, nach der die Zuweisung des RLV ebenso wie andere Bemessungsgrundlagen für die Honorarfestsetzung gesondert durch Bescheid festgestellt werden können (vgl BSG Urteil vom 15.8.2012 - [B 6 KA 38/11 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 1 RdNr 10 mwN). Aus dem Umstand, dass die Möglichkeit zur Klärung von Bemessungsgrundlagen in einem gesonderten Verwaltungsverfahren besteht, kann nicht geschlossen werden, dass die Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren in jedem Fall getrennt geführt werden müssten. Das gilt auch für die Entscheidung über das Vorliegen eines Härtefalles (aA Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand 10/2016, § 85 RdNr 257j, § 87b RdNr 114). Zwar ist der Senat in einem Urteil vom 9.12.2004 ([B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#) RdNr 16; vgl auch BSG Urteil vom 8.2.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) - [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 23](#) RdNr 39) davon ausgegangen, dass ein gesonderter Bescheid, der das Vorliegen eines Härtefalles zum Gegenstand hat, nicht nach [§ 86 SGG](#) Gegenstand des Verwaltungsverfahrens oder nach [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird, das die Rechtmäßigkeit eines Honorarbescheides zum Gegenstand hat. Die Besonderheit dieses Falles bestand jedoch darin, dass der Honorarverteilungsmaßstab eine Entscheidung über den Härtefall auf gesonderten Antrag vorsah und dass bei Vorliegen eines Härtefalles "Sonderzahlungen" geleistet wurden, über die nach dem dort maßgebenden HVM erst nach der Entscheidung über den Honoraranspruch entschieden werden konnte. Vorliegend hat die Beklagte dagegen nach Teil D Ziffer 4.4.1 der für den Bezirk der beklagten KÄV geschlossene Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2010 antragsunabhängig über das Vorliegen eines Härtefalles zu entscheiden. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten erfolgt nach Teil D Ziffer 4.4.2 der Vereinbarung zwar antragsabhängig. Ausschlaggebend ist indes, dass die Anerkennung eines Härtefalles - ebenso wie die Anerkennung von Praxisbesonderheiten - keinen Anspruch auf eine Sonderzahlung auslöst, sondern dass es sich dabei um einen von mehreren Faktoren handelt, die Bedeutung für die Höhe des RLV bzw des Honoraranspruchs haben. Da die Höhe des RLV bzw des Honoraranspruchs Gegenstand der Ausgangsbescheide ist, hat die Beklagte die Möglichkeit auch die - hier vom Kläger bereits in der Widerspruchsbegründung ausdrücklich angesprochenen - Fragen zum Vorliegen von Praxisbesonderheiten und eines Härtefalles zum Gegenstand des Widerspruchsbescheides zu machen. Für eine solche Entscheidung ist nach der Verfassung der KÄV deren Vorstand zuständig.

59

b) Die Entscheidung der Beklagten, bei Festsetzung des RLV des Klägers keine Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, ist auch inhaltlich nicht zu beanstanden.

60

Nach [§ 87b Abs 3 Satz 3 SGB V](#) aF sind "Praxisbesonderheiten" (zum Begriff im Rahmen der Honorarverteilung vgl BSG Urteil vom 22.6.2005 - [B 6 KA 80/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr 10](#) RdNr 35) zu berücksichtigen, soweit Veranlassung dazu besteht. Das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach [§ 87b Abs 2](#) und 3 SGB V aF - und damit auch zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten nach Abs 3 Satz 3 - bestimmt nach [§ 87b Abs 4 Satz 1 SGB V](#) aF erstmalig zum 31.8.2008 der Bewertungsausschuss. In Umsetzung dieser Vorgabe bestimmt Teil F Ziffer 3.6 Sätze 1 bis 3 des Beschlusses vom 27/28.8.2008, dass Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt werden. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Nach Teil A Ziffer 4 des Beschlusses des EBewA aus seiner 10. Sitzung vom 27.2.2009 (DÄ 2009, A-574 f) können die Partner der Gesamtverträge aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend von diesem Grenzwert (Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in Höhe von mindestens 30 %) im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt.

61

Von der Möglichkeit zu einer solchen abweichenden Feststellung haben die Gesamtvertragspartner in Schleswig-Holstein keinen Gebrauch gemacht, sodass es bei der durch den BewA festgelegten Grenze der Überschreitung des Fallwertes der Arztgruppe um mindestens 30 % bleibt. Zur weiteren Umsetzung haben sie unter Teil D Ziffer 4.4.2 der für den Bezirk der beklagten KÄV geschlossene Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2010 vereinbart, dass der Arzt für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe beantragen kann. Der Antrag soll die Leistungen unter Angabe der EBM-Ä-Ziffern benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt. Praxisbesonderheiten können sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt.

62

Es bedarf hier keiner Auseinandersetzung mit der von dem Kläger aufgeworfenen Frage, ob die Grenzziehung bei einer Überschreitung des Gruppenfallwertes um mindestens 30 % rechtmäßig ist. Der Anerkennung von Praxisbesonderheiten steht jedenfalls entgegen, dass der Fallwert des Klägers den Durchschnitt der Fachgruppe nach den Feststellungen des LSG, an die der Senat gemäß [§ 163 SGG](#) gebunden ist, in den hier maßgebenden Quartalen nicht überschreitet. Es liegt auf der Hand, dass eine Anhebung des RLV aufgrund von Praxisbesonderheiten jedenfalls ausgeschlossen ist, wenn der Arzt den durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe - wie hier - nicht überschreitet, sondern dahinter zurückbleibt.

63

c) Der Kläger kann schließlich auch nicht unter Härtegesichtspunkten ein höheres Honorar beanspruchen.

64

Nach Teil D Ziffer 4.4.1 der für den Bezirk der Beklagten geschlossenen Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2010 gilt eine Praxis insbesondere dann als Härtefall, wenn eine unangemessene Auswirkung der Abstufungsregelung bei Bildung der RLV je Arzt vorliegt, oder wenn das Gesamthonorar je Arzt mindestens 15 % gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 gefallen ist und die Einbuße auf einer Inhomogenität gegenüber der RLV-Gruppenbildung beruht.

65

Eine Reduzierung des Gesamthonorars um mindestens 15 % ist bei dem Kläger bereits aufgrund der og Konvergenzregelungen nicht eingetreten, die die Verluste in den streitbefangenen Quartalen auf maximal 12 % begrenzen. Damit werden existenzbedrohende Honorarminderungen ausgeschlossen. Dass es erforderlich sein könnte, das RLV des Klägers aus Gründen der Sicherstellung zu erhöhen, steht ebenfalls nicht in Frage. Soweit der Kläger eine spezielle Ausrichtung seiner Praxis unter Hinweis auf erbrachte Allgemeine Laboruntersuchungen nach Ziffer 32013 EBM-Ä (Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen) geltend macht, steht einer Berücksichtigung nicht nur der geringe Anteil der Behandlungsfälle entgegen, in denen er diese Leistung abgerechnet hat, sondern auch der Umstand, dass diese nach Teil F Abschnitt I Ziffer 2.2 iVm Anlage 2 Nr 2 Buchst b zu Teil F des Beschlusses des BewA vom 22.9.2009 (DÄ 2009, A-2103) im hier maßgebenden Zeitraum nicht dem RLV unterlagen, sodass deren Erbringung von vornherein keine Erhöhung des RLV rechtfertigen kann. Weitere vom Kläger zur Begründung eines Härtefalles angeführte Leistungen betreffen arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen. Der Kläger verweist indes selbst auf eine erhebliche Überversorgung mit Urologen im Planungsbereich seiner Niederlassung, und es gibt auch unter Berücksichtigung seines Vorbringens keine Anhaltspunkte dafür, dass er Leistungen erbringen würde, die von anderen Vertragsärzten nicht in ausreichendem Umfang erbracht würden. Auch liegen keine konkreten Hinweise auf eine Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis oder auf gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur vor. Unter diesen Umständen liegt der nach ständiger Rechtsprechung (vgl BSG Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 84 RdNr 26 mwN; BSG Urteil vom 8.2.2012 - [B 6 KA 14/11 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 69 RdNr 25; BSG Urteil vom 29.6.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 29) als Voraussetzung für einen Härtefall zu fordernde unabweisbare Stützungsbedarf eindeutig nicht vor.

66

6. Der Umstand, dass die Beklagte dem Kläger das RLV für die Quartale I und II/2010 nicht spätestens vier Wochen vor Beginn des Geltungszeitraums des RLV zugewiesen hat, hat nicht die Rechtswidrigkeit der Bescheide zur Folge und führt auch nicht nach [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) aF zur Fortgeltung des RLV aus dem Vorquartal (a). Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die Zuweisung für das Quartal I/2010 zunächst nur vorläufig und erst nach Quartalsbeginn mit Bescheid vom 1.2.2010 endgültig erfolgt ist (b). Teilweise rechtswidrig ist dagegen der Bescheid der Beklagten vom 1.2.2010, mit dem die Zuweisung von RLV für das Quartal I/2010 aus dem Bescheid vom 11.12.2009 nach Quartalsbeginn zu Ungunsten des Klägers geändert worden ist (c).

67

a) [§ 87b Abs 5 Satz 1 SGB V](#) aF bestimmt, dass die KÄV dem Arzt das RLV spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des RLV zuzuweisen hat. Diese Frist ist weder im Quartal I/2010 (Zuweisungsbescheid vom 11.12.2009) noch im Quartal II/2010 (Zuweisungsbescheid vom 8.3.2010) gewahrt. Wie der Senat bereits in einer Entscheidung vom 15.8.2012 ([B 6 KA 38/11 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 1 RdNr 18 ff, 26) im Einzelnen dargelegt hat, handelt es sich bei der genannten Vier-Wochen-Frist jedoch um eine bloße Ordnungsfrist. [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) aF regelt die Folgen einer nicht rechtzeitigen Zuweisung von RLV (in Gestalt einer vorläufigen Fortgeltung des RLV aus dem Vorquartal), ohne dabei an die Vier-Wochen-Frist des Satzes 1 anzuknüpfen. "Rechtzeitig" wird in [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) aF vielmehr mit "vor Beginn des Geltungszeitraums" gleichgesetzt. Da die RLV für die Quartale I und II/2010 hier jeweils vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen wurden, ist die Zuweisung "rechtzeitig" im Sinne dieser Vorschrift erfolgt.

68

b) Dass das RLV für das Quartal I/2010 mit Bescheid vom 11.12.2009 nur vorläufig festgesetzt worden ist, hat auch nicht zur Folge, dass das RLV aus dem Vorquartal (IV/2009) nach [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) aF fortgelten würde. Auch eine vorläufige Festsetzung kann grundsätzlich "rechtzeitig" iS des [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) aF sein und damit die für den Fall der verspäteten Zuweisung vorgesehene vorläufige Fortgeltung des RLV aus dem Vorquartal ausschließen. Im Hinblick auf die mit der Einführung von RLV verbundene Zielsetzung, die Vergütung für den einzelnen Arzt kalkulierbar zu machen (vgl [BT-Drucks 16/3100 S 123](#) zu § 85b Abs 1 und S 126 zu § 85b Abs 4 des Gesetzentwurfs; zur angestrebten Kalkulationssicherheit vgl auch BSG Urteil vom 17.7.2013 - [B 6 KA 45/12 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 26 mwN), kann einer nur vorläufigen Festsetzung des RLV diese Wirkung allerdings nicht generell zukommen. Anderenfalls würde die in [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) aF getroffene Regelung, nach der das bisherige RLV im Falle einer nicht rechtzeitigen Festsetzung weitergilt, weitgehend leerlaufen. Auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, dass die Weitergeltung des RLV aus dem Vorquartal bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die KÄV in der Lage ist, ein RLV endgültig zuzuweisen, zu erheblichen Verwerfungen führen kann. Das gilt besonders, wenn das RLV über einen längeren Zeitraum nicht verbindlich festgelegt werden kann, weil die erforderlichen Berechnungsgrundlagen noch nicht feststehen, etwa weil sich das Zustandekommen von Vereinbarungen zur Gesamtvergütung oder zur Honorarverteilung verzögert. Zudem kann aufgrund der bekannten Rahmenbedingungen und der üblichen jahreszeitlichen Schwankungen bereits feststehen, dass das RLV im Folgequartal deutlich niedriger festzusetzen sein wird als im Vorquartal. Vor diesem Hintergrund geht der Senat davon aus, dass auch eine nur vorläufige Festsetzung des RLV die Fortgeltung des RLV aus dem Vorquartal nach [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) aF jedenfalls in solchen Fällen ausschließt, in denen die KÄV an der rechtzeitigen endgültigen Festsetzung gehindert ist, weil die erforderlichen Bemessungsgrundlagen nicht bis zum Beginn des Bemessungszeitraums feststehen. Diese Voraussetzung war hier erfüllt; die zur Festlegung des RLV erforderlichen Vereinbarungen mit den Verbänden der Krankenkassen sind erst nach Beginn des Quartals I/2010 zustande gekommen.

69

c) Teilweise rechtswidrig ist jedoch der das RLV im Quartal I/2010 betreffende Bescheid vom 1.2.2010, mit dem die Beklagte die vorläufige Festsetzung des RLV aus dem Bescheid vom 11.12.2009 nach Beginn des Quartals rückwirkend zu Ungunsten des Klägers geändert hat. Die Beklagte durfte das RLV nur für die Zeit nach Zugang des Bescheides vom 1.2.2010, nicht jedoch rückwirkend herabsetzen.

70

aa) Nach ständiger Rechtsprechung des BSG haben Honorarbescheide grundsätzlich vorläufigen Charakter und können auch noch nachträglich korrigiert werden (sog nachgehende Berichtigung, vgl BSG Urteil vom 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#) - [BSGE 96, 1](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 22](#), RdNr 12; BSG Urteil vom 12.12.2001 - [B 6 KA 3/01 R](#) - [BSGE 89, 90](#), 94 = [SozR 3-2500 § 82 Nr 3](#) S 7; BSG Urteil vom 31.10.2001 - [B 6 KA 16/00 R](#) - [BSGE 89, 62](#), 66 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 42](#) S 345). Die Vorschrift des [§ 45 SGB X](#) findet auf die Rücknahme von Honorarbescheiden keine unmittelbare Anwendung, weil mit den Regelungen zur Honorarberichtigung (in der Vergangenheit § 45 Abs 1 Satz 2 BMV-Ä aF bzw § 34 Abs 4 Satz 1 und 2 EKV-Ä; im hier maßgebenden Zeitraum des Jahres 2010 [§ 106a Abs 1](#) und 2 SGB V idF des GKV-WSG) abweichende Regelungen iS des [§ 37 Satz 1 SGB I](#) bestehen (BSGE aaO). Ob die Vorschriften über die Honorarberichtigung (heute [§ 106d Abs 1](#) und 2 SGB V) unmittelbar und umfassend auch für die Korrektur von RLV-Zuweisungsbescheiden gelten, kann der Senat offenlassen. Jedenfalls gibt es zwei Konstellationen, in denen für die Korrektur der RLV-Zuweisung keine anderen Maßstäbe gelten können, nämlich zunächst dann, wenn sich fehlerhafte Abrechnungen des Arztes in der Vergangenheit auf die Höhe des RLV für das laufende Quartal ausgewirkt haben, und weiterhin, wenn bei Bekanntgabe des RLV die erforderlichen Berechnungsgrundlagen für eine "richtige" Zuweisung (noch) nicht vorliegen, sodass ohne die Möglichkeit der Berichtigung mit erheblichen Verwerfungen zu rechnen wäre (vgl oben b).

71

Ebenso wie bei der Änderung von Honorarbescheiden ist die Änderung der RLV-Zuweisung allerdings an besondere Voraussetzungen gebunden, wenn die erforderlichen Grundlagen bei Erlass des Bescheides noch nicht vollständig vorliegen und die KÄV deshalb weiß, dass der Bescheid nach Vorlage der Daten zu überprüfen ist. Da ihr die daraus folgende Ungewissheit bekannt ist, ist sie dazu verpflichtet, trotzdem ergehende Bescheide mit einem Hinweis auf die Vorläufigkeit der Festsetzung zu versehen (zu Honorarberichtigungen vgl BSG Urteil vom 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#) - [BSGE 96, 1](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 22](#), RdNr 20; BSG Urteil vom 28.8.2013 - [B 6 KA 43/12 R](#) - [BSGE 114, 170](#) = [SozR 4-2500 § 106a Nr 11](#), RdNr 27). Dafür genügt nicht, dass nachträgliche Berichtigungen zB in Form sachlicher und rechnerischer Richtigstellungen oder aufgrund rückwirkender Änderungen in der Honorarverteilung vorbehalten seien. Vielmehr ist zu fordern, dass die KÄV dem Arzt deutlich macht, aus welchen Gründen sie das Honorar nur vorläufig zuweisen kann, etwa weil substantielle Grundlagen für die Verteilung der Vergütung an die Vertragsärzte fehlen (vgl BSG Urteil vom 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#) - [BSGE 96, 1](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 22](#), RdNr 20; BSG Urteil vom 28.8.2013 - [B 6 KA 43/12 R](#) - [BSGE 114, 170](#) = [SozR 4-2500 § 106a Nr 11](#), RdNr 27). Auf die Änderung einer RLV-Zuweisung zu Ungunsten des Arztes ist diese zur Honorarberichtigung ergangene Rechtsprechung im Grundsatz zu übertragen.

72

Unter Zugrundelegung der danach geltenden Maßstäbe lagen die Voraussetzungen einer Änderung der RLV-Zuweisung zu Ungunsten des Arztes hier vor. Mit Bescheid vom 11.12.2009 hat die Beklagte dem Kläger das RLV in Höhe von 11 871,60 Euro ausdrücklich unter Hinweis auf die Vorläufigkeit zugewiesen und in der Begründung des Bescheides erläutert, dass eine endgültige Zuweisung noch nicht möglich sei, ua weil Vereinbarungen mit den Krankenkassenverbänden noch nicht zustande gekommen seien. Angesichts der nur vorläufigen Festsetzung aus dem Bescheid vom 11.12.2009 und den dem Bescheid beigegebenen Hinweisen wird schutzwürdiges Vertrauen des Klägers durch die Absenkung des RLV für das Quartal I/2010 auf 10 689 Euro nicht verletzt, soweit sich diese Absenkung auf die Zukunft bezieht.

73

bb) Der Bescheid vom 1.2.2010 ist jedoch rechtswidrig, soweit eine Herabsetzung des RLV mit Wirkung für die Vergangenheit verfügt wird. Dass das RLV in der vorliegenden Fallgestaltung nur mit Wirkung für die Zukunft reduziert werden kann, folgt aus dem Regelungsgedanken des [§ 87b Abs 5 Satz 4](#) und 5 SGB V aF: Für den Fall der nicht rechtzeitigen Zuweisung des RLV gilt danach das RLV des Vorquartals fort. Damit soll eine "kontinuierliche Geltung des Mengensteuerungsinstruments" gewährleistet werden (vgl [BT-Drucks 16/3100 S 126](#) zu § 85b Abs 6 des Entwurfs eines GKV-WSG). Allein für den Fall der späteren Zuweisung eines höheren RLV wird bestimmt, dass die daraus folgenden Zahlungsansprüche rückwirkend zu erfüllen sind. Die rückwirkende Zuweisung eines niedrigeren RLV ist danach ersichtlich nicht vorgesehen. Mit dem darin zum Ausdruck kommenden Grundsatz der zukunftsbezogenen RLV-Festsetzung wäre es nicht zu vereinbaren, das vorläufig (niedriger als im Vorquartal) festgesetzte RLV nach Beginn des Geltungszeitraums noch einmal rückwirkend zu reduzieren.

74

Danach hat der Kläger bis einschließlich zum Tag der Zustellung des Bescheides vom 1.2.2010 Anspruch auf ein Honorar unter Zugrundelegung des vorläufig festgesetzten RLV in Höhe von 11 871,60 Euro. Weil das Datum der tatsächlichen Zustellung des Bescheides vom 1.2.2010 nicht bekannt ist, ist gemäß [§ 37 Abs 2 Satz 1 SGB X](#) von einer Bekanntgabe am 3. Tag nach der Aufgabe zur Post und damit hier dem 4.2.2010 auszugehen. Die Absenkung des RLV auf 10 689 Euro wirkt also ab dem 5.2.2010. Ebenso wie im Falle der vorläufigen Fortgeltung eines höheren RLV aus dem Vorquartal (vgl dazu BSG Urteil vom 15.8.2012 - [B 6 KA 38/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 87b Nr 1](#) RdNr 24) ist das Quartals-RLV auf dieser Grundlage pro rata temporis zu ermitteln.

75

7. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat der Kläger die Kosten des unter dem Aktenzeichen [L 4 KA 44/14](#) geführten Berufungsverfahrens und des vorangegangenen Klageverfahrens zu 3/4 und die Beklagte zu 1/4 zu tragen, da sie jeweils teilweise unterlegen sind ([§ 154 Abs 1](#), [§ 155 Abs 1 Satz 1 VwGO](#)). Bezogen auf das Quartal II/2010, das Gegenstand der beim Schleswig-Holsteinischen LSG unter den Az [L 4 KA 45/14](#) geführten

Berufungsverfahren und des vorangegangenen Klageverfahrens war, bleibt es bei der Kostentragung durch den Kläger; die dagegen eingelegte Revision war ohne Erfolg, sodass ihm die Kosten zur Last fallen ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)). Für das Revisionsverfahren hat der Senat das teilweise Obsiegen des Klägers zu 1/4 in einer von zwei Revisionen nach [§ 155 VwGO](#) mit insgesamt 1/8 bewertet.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2018-04-13